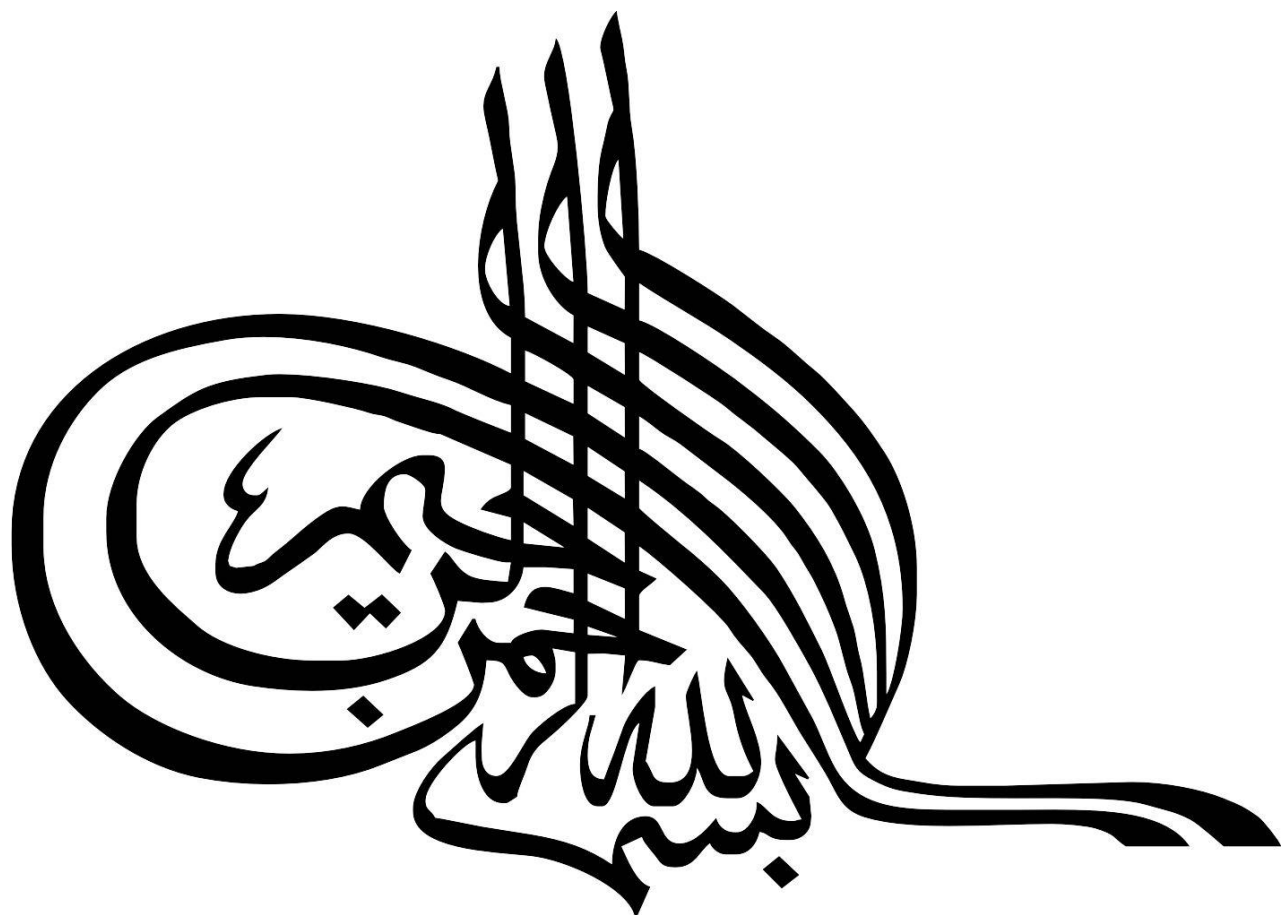






دانشگاه اراک

دانشکده علوم و ادبیات انسانی

گروه روانشناسی

پایان نامه تحصیلی جهت اخذ مدرک کارشناسی رشته روانشناسی

عنوان :

مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و سلامت روان دانشجویان روان شناسی و الهیات

استاد راهنما :

جناب آقای دکتر منصور عبدی

نگارنده :

مریم فلاح

بهار 1401



Arak University
Faculty of Humanities and Literature
Department of Psychology

Subject:

Comparison of early maladaptive schemas and mental health of psychology and theology students

Thesis Advisor:

Mr. Dr. Mansour Abdi

By:

Maryam Falah

Spring 202

فصل اول	5
1-1-مقدمه	6
فصل دوم	11
1-2-سلامت روان	12
2-2-طرحواره ناسازگار اولیه	18
فصل سوم	22
1-3-روش پژوهش	23
فصل چهارم	24
1-4-نتایج	25
2-4-بحث و نتیجه گیری	27
منابع	30

فصل اول

در بافت روانشناسی و روان درمانی، طرحواره یک اصل سازمان بخش کلی است که برای درک تجارب زندگی فرد لازم است (همتا و همکاران، ۱۳۹۵). روانشناسان طرحواره را به عنوان موضوعی گسترده و فراگیر که شامل هیجان، حافظه و شناخت راجع به خود شخص یا ارتباط با دیگران است که در دوره کودکی با نوجوانی رشد و پرورش می یابد و چگونگی تفکر انسان از محرک ها را هدایت کرده و در طول زندگی پیچیده و تا حد زیادی ناکارآمد می شود تعریف می کنند (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۵) واژه ای طرحواره در روان شناسی و به طور گسترده تر در حوزه ی شناختی، تاریخچه ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل میگیرد تا به افراد کمک کند تجارت خود را تبیین کنند. طرحواره بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده ی یک واقعه است. به عبارت دیگر طرح کلی از عناصر برجسته یک واقعه را طرحواره می گویند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳)

اصطلاح طرحواره برای اولین بار توسط آدلر (۱۹۲۹) به کار رفت آدلر معتقد بود که آسیب شناسی روانی بازتاب طرحواره ناسالم و روان نژند است. که زیر بنای سبک زندگی بکار می رود. در روان شناسی طرحواره بیشتر با کارهای، پیازه تداعی می شود چرا که او در مراحل مختلف رشد شناختی به تفصیل در خصوص طرحواره رده است. در حوزه ی رشد شناختی، طرحواره به عنوان « نقشه ی انتزاعی شناختی) در نظر گرفته می شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است . از روان شناختی که بگذریم ، در حوزهی شناخت درمانی ، بک (۱۹۷۶) در اولین نوشته هایش به مفهوم

طرحواره اشاره نموده است. با این حال در روان شناسی و روان درمانی طرحواره به عنوان یک اصل سازمان بخش در نظر گرفته می شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم جدی و بنیادین حوزه روان درمانی ، این است که بسیاری از طرحواره ها در اوایل زندگی شکل می گیرند، به حرکت خود ادامه می دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی حتی اگر هیچ کاربرد دیگری نداشته باشند. این مسئله همان چیزی است که از آن گاهی اوقات به عنوان نیاز به « هماهنگی شناختی» یاد می شود ، یعنی « حفظ دیدگاهی با ثبات درباره ی خود و دیگران » ؛ حتی اگر این دیدگاه نادرست یا تحریف شده باشد . با این تعریف کلی طرحواره می تواند مثبت یا منفی ، سازگار با تاسازگار باشد و همچنین می تواند در اوایل زندگی یا در مسیر بعدی زندگی شکل بگیرد (یانگ و همکاران، 2009)

ترس، شادی و غمگینی، اندوه و افسردگی و غیره مولفه های هستند که از آنها به عنوان طرحواره یاد میکند که این طرحواره گاه افراد را فعال و گاهی غیر فعال می کند. بانگ اذعان دارد که شاید نافع‌الی در یک محله زمانی دیگر در نتیجه تغییر در نوع درون دادهایی که از محیط دریافت می کند، انرژی کسب کرده و به سرعت فعال شود. این امر موجب سوگیری ها در آسیب شناسی روانی بین فردی و درون فردی به صورت سوء تفاهم ها، نگرش های تحریف شده، فرض های غلط، اهداف و انتظارات غیر واقع بینانه تجلی پیدا می کند (یانگ، ۲۰۰۵). طبق تعریف یانگ، طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند، در مسیر زندگی تداوم دارند، به رابطه می فرد با خود و با دیگران مربوط می شود و به شدت ناکارآمد هستند (یانگ، ۲۰۰۴). یانگ مجموعه ای از طرحواره ها را مشخص کرده است

که به آن ها طرحواره های ناسازگار اولیه می گوید (یانگ، ۲۰۰۳). وی پانزده طرح واره را بیان می کند که این پانزده طرحواره عبارتند از : 1- محرومیت هیجانی 2- طرد / رهاشدگی 3- بی اعتمادی / بدرفتاری 4- انزوای اجتماعی 5- تقص

شرم 6- شکست 7- وابستگی { بی کفایتی 8- آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری 9- گرفتاری 10- اطاعت 11- ایثار 12- بازداری هیجانی 13- معیارهای نامنصف 14- استحقاق 15- خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی این ۱۵ طرحواره در درون ۵ حوزه مطابق با حوزه های تحولی اولیه قرار می گیرند (یانگ، ۲۰۰۳). زمانی که نیاز خاصی ارضا نشود، طرح واره ی ناسازگاری در آن حیطه ایجاد می شود. با ارضا نشدن نیازهای دلبستگی و صمیمت و سرخوردگی از روابط عاطفی اولیه، طرحواره های ناسازگار مربوط به روابط صمیمانه و دلبستگی ایجاد می شود (یانگ، ۲۰۰۷). این باورها و طرح واره های مربوط به روابط بین فردی در بزرگسالی در انتخاب همسر و شغل و غیره نمود مییابد و بر آن تاثیر مخرب می گذارد (یانگ، ۱۹۹۸). هم چنین طرحواره ها به واسطه ی ارتباط و تاثیری که بر سبک دلبستگی، احساس تنهایی، اختلالات شخصیت و اختلالات خلقی از جمله افسردگی و اضطراب می گذارند (یانگ، ۲۰۰۴) میتواند تاثیر مستقیم بر روابط فرد با دیگران نیز بگذارد. به طوری که افسردگی، اضطراب و غم و اندوه از شایعترین اختلالات در بزرگسالان به شمار می آید. تعریف طرحواره : برای طرحواره تعاریف گوناگونی ارائه شده است و هر یک از این تعاریف به جنبه های از طرحواره پرداخته اند در زیر به چند تعریف اشاره می شود. بارتلت (۱۹۳۰) طرحواره را به عنوان سازماندهی فعال واکنشها یا تجارب گذشته توصیف کرد که به طور معمول با عمل کردن به صورت پاسخ منسجم فرض می شود. یک (۱۹۷۶) این تعریف را ارائه

داده است: طرحواره‌ها الگوهای شناختی ثابتی هستند که پایه ای برای غربالگری، تمایز و کدگذاری محرکی که فرد در مقابل آن قرار گرفته است را فراهم می آورد. در تعریف دیگری بک (۱۹۹۰) بیان کرده است: طرحواره ها قوانین خاصی را برای پردازش اطلاعات و رفتار ایجاد می کنند. یانگ آن دسته از طرحواره‌ها را که منجر به شکل گیری مشکلات روانشناختی می شود طرحواره های ناسازگار اولیه می نامد. ماهونی (۱۹۸۲) ۶۴ طرحواره ها را به عنوان ساختارهایی تعریف می کند که در سیر تحول ثبات پیدا کرده و در برابر تغییر مقاومند. و بالاخره در تعریف فتسکو و مک کلور (۲۰۰۵) طرحواره عبارت است از الگوهای سازمان یافته اندیشه و عمل که در تعامل بین انسان و محیط بکار میروند (سرخوش، ۱۳۹۴)

علم سلامت روان، شاخه ای از علم بهداشت روان است که با پیشگیری از اختلالات روانی و حفظ شیوه های بهینه زندگی و بهداشت عاطفی سر و کار دارد. علم سلامت روان فرایندی همیشگی است که از بدو تولد تا هنگام مرگ ادامه می یابد این علم به چهار هدف: شکوفایی توان بالقوه ، شادکامی، رشد و تحول هماهنگ و زندگی موثر و کارآمد سعی می کند از طریق آموزش به کارکنان بهداشت روانی پیشگیری و درمان اختلالهای روانی و حفظ و تداوم بهداشت روانی اشخاص سالم، شرایطی ایجاد کند که شهروندان جامعه بتواند در خانه ، مدرسه، جامعه، محیط های کاری و نهایتاً با خویش سازگار شوند.

بهداشت روانی از پیشینه ای به قدمت انسان متمدن و تاریخچه ای کوتاه به لحاظ علمی برخوردار است با اینکه فلاسفه هزاران سال در خصوص "سلامت" داد سخن می راندند صرفاً در سال 1908 بود که نخستین جمعیت برای سلامت روان تاسیس گردید و در سال 1919 جامعه ملی سلامت روان تشکیل شد که به تدریج به کمیته بین المللی سلامت روان تبدیل شد و نشریه ای به نام سلامت روان منتشر نمود تا یافته های پیشرو حتی سراسر جهان را گردآوری کند و ارتباط و همکاری دست اندرکاران این حوزه را تسهیل نماید.

نمونه کنونی سلامت روان را می توان در روانشناسی و مراکز بهداشت روانی جامعه نگر یافت که با هدف سه نوع پیشگیری در سطح وسیع و اجتماعی فعالیت دارد. (ساپینگتون، 1379)

هدف از این پژوهش بررسی سلامت روان و طرحواره ناسازگار اولیه در دانشجویان روان شناسی و الهیات می باشد .

فصل دوم

علاقه قابل توجهی به چیزی به نام سلامت روان، نه فقط بیماری روانی، می تواند در بریتانیا به سال های بین دو جنگ بازگردد. به عبارت دیگر، محصول خدمات بهداشت ملی جدید نبود. در واقع، امید به اینکه خدمات جدید ممکن است فرصتی را برای یک برنامه دولتی قوی با هدف سلامت روان فراهم کند، ناامید شد. درک اهمیت سلامت روان با درس هایی در مورد بهداشت نظامی و غیرنظامی در جنگ جهانی دوم تقویت شده بود، اما NHS جدید راه کمی برای ابتکارات جدید فراهم کرد. مطمئناً سلامت روانی را با سلامت جسمی برابری نمی کند. علاوه بر این، بیماران روانی همچنان در همان موسسات تقریباً منزوی و ویکتوریایی که در قرن گذشته در بریتانیا ساخته شده بودند، اسکان داده شدند: دور از چشم، دور از ذهن.

علاوه بر زیر سوال بردن ایده سال 1948 به عنوان نقطه عطفی در مورد سلامت روان، باید درک کنیم که یک گزارش کاملاً منفی از سیستم مراقبت قبل از NHS نیاز به اصلاح دارد. از نظر تلاش و سرمایه گذاری عمومی، ساخت این سیستم گسترده از نهادهای عمومی اکنون چشمگیر به نظر می رسد. به یک معنا، این یک «سیستم پناهندگی ملی» بود، خیلی قبل از اینکه دولت مسئولیت ارائه خدمات رایگان بیمارستانی برای بیماران جسمی تحت NHS را بپذیرد. مشکل این بود که برای معالجه کسانی که در چنین مکان هایی نیاز به مراقبت داشتند، می توان کاری انجام داد. در مواجهه با جمعیت رو به رشد بیماران به ظاهر لاعلاج، بدبینی فراگیر شد. از آنجایی که ترس های

اصلاح نژادی گسترده‌تر منجر به سیستم موازی مراقبت نهادی برای افراد دارای ناتوانی‌های ذهنی شد، تشدید شد. از این. با این حال، تا حدی به این دلیل بود که به نظر می‌رسید این مؤسسات به عنوان مکان‌های درمانی شکست خورده بودند که علاقه به درمان مراحل خفیف تر و اولیه بیماری‌های روانی از محل پناهندگی در سال‌های بین دو جنگ دور شد. این اغلب توسط خیریه‌ها حمایت می‌شد. اما علاوه بر این، مقامات محلی شروع به ارائه نظارت در جامعه - مراقبت اجتماعی در جنین کردند. بیمارستان‌های عمومی شروع به ارائه مراقبت‌های سرپایی کردند. پزشکان عمومی پیشرو به طور فزاینده‌ای دریافتند که بخش بزرگی از بیماری‌های جسمانی که با آنها مواجه می‌شوند دارای یک جزء روانی است. و کلینیک‌های راهنمایی و روانشناسی کودکان در سراسر کشور به وجود آمدند. علاوه بر این، با رونق ادبیات خودیاری، عموم مردم شروع به درک این موضوع کردند که سلامت روان یک نگرانی برای کل جمعیت است. به عبارت دیگر، بسیاری از قطعات برای چیزی بسیار جاه طلبانه‌تر از آنچه در سال 1948 ارائه شده بود، در رابطه با سلامت روان ساخته شده بودند.

در عوض، سال 1948 شاهد موارد مشابه بود. قانون دیوانگی ویکتوریا تا حد زیادی به قوت خود باقی ماند. در سال 1930 اصلاح شد تا امکان درمان داوطلبانه در جایی را فراهم کند که اکنون به جای پناهندگی، بیمارستان‌های روانی نامیده می‌شود. اما این امر همچنان بیماران روانی را به عنوان یک طبقه از هم جدا می‌کرد و در راه‌اندازی سرویس بهداشت ملی جدید اینگونه رفتار شد. بنابراین، دهه پس از 1948، به جای تغییر، شاهد رشد مستمری در اعدادی بود که به این مؤسسات

ختم می‌شدند و تا اواسط دهه 1950 به بیش از 150000 نفر رسید (40٪ از کل تخت‌ها در NHS).

اصلاح قوانین مربوط به بیماری روانی باید تا قانون بهداشت روانی سال 1959 منتظر می ماند. عنوان این قانون نماد آرزوی ادغام در NHS بود. در قلب آن تصمیمی بود که ورود به بیمارستان روانی به جای قضاوت قانونی، یک موضوع پزشکی باشد. با این حال، این هرگز به تنهایی برای از بین بردن انگی که این مؤسسات پیر را احاطه کرده بود کافی نبود. این قانون همچنین نشان دهنده قصد حرکت به سمت مراقبت اجتماعی است. این حرکت با سخنرانی وزیر بهداشت انوک پاول در سال 1961، که در مورد خلاص شدن از شر آسایشگاه های ویکتوریایی صحبت می کرد که «در ترکیب برج غول پیکر آب و دودکش به وجود آمده بودند، که به طور غیرقابل انکار و دلهره آور از حومه شهر بیرون آمده بودند»، شتاب بیشتری گرفت. راه حل دو چیز بود: از یک سو انتقال درمان بیماری های روانی به بخش ها و جناح های بیمارستان های عمومی. از سوی دیگر، توسعه خدمات جدید در جامعه با پشتیبانی حرفه مددکاری اجتماعی در حال گسترش. این دگرگونی اساسی به دلیل نسل جدیدی از داروها بسیار امکان پذیرتر شد. با این حال، از نظر وارد کردن مراقبت های بهداشت روانی به NHS، احتمالاً تنشی در این دیدگاه وجود داشت: بالاخره داروی امیدوارکننده تری برای بیماری های روانی وجود داشت. با این حال صحبت مبهم در مورد مراقبت از جامعه در واقع نشان دهنده آینده ای است که در آن مسئولیت مراقبت از بیماران روانی ممکن است تا حد زیادی در جای دیگری باشد، در زمینه مراقبت اجتماعی.

در دراز مدت، چشم انداز تحول قرار بود محقق شود. در واقع، شاید هیچ تغییر اساسی در کل تاریخ مراقبت NHS به اندازه این انتقال از بیمارستان به مراقبت اجتماعی برای بیماران روانی وجود نداشته باشد. از این نظر، مطالعه موردی قابل توجهی را برای کسانی که به دنبال تغییری مشابه از مرکزیت بیمارستان در رابطه با سلامت فیزیکی بوده اند، ارائه می دهد. اما تغییر در ابتدا آهسته بود و در طول این دوره تردیدهای جدی در مورد کیفیت خدماتی که حاصل شده بود وجود داشت. در اواخر دهه 1960 و اوایل دهه 1970، فقدان وقار برای بیماران در برخی از بیمارستان‌های روانی بزرگ و پرجمعیت باقیمانده در چندین گزارش عمومی کوبنده منتشر شد. نوشته‌های مد روز ضد روانپزشکی که از ضد فرهنگ بیرون می‌آیند، بر حس ناراحتی افزوده است. مهمتر از آن جنبش نوظهور کاربران خدمات بود که برای اولین بار تجربیات کسانی را که از نارسایی مراقبت‌های بهداشت روانی در NHS رنج می بردند به منصفه ظهور رساند.

پاول درباره خلاص شدن از شر مؤسسات ویکتوریایی صحبت کرده بود، اما اگرچه تعداد تخت‌ها شروع به کاهش کرد، چند بیمارستان تا دهه 1970 بسته شدند. از دهه 1980 سرعت تغییرات با کاهش چشمگیر 60 درصدی تخت‌های بیمارستان روانی از سال 1987 تا 2010 تسریع شد. با این حال، بسیاری در آن زمان احساس قوی داشتند که چنین مراقبت‌های اجتماعی اغلب بسیار ناامید کننده و بهانه ای برای کاهش هزینه ها بود. از سال 1997، تحت نیروی کار جدید، افزایش قابل توجهی در هزینه های مراقبت های بهداشت روانی وجود داشت، اگرچه این نشان دهنده افزایش

کلی تر هزینه ها در NHS بود و در واقع همچنان از روند کلی عقب بود. یکی از نتایج تعطیلی بیمارستان‌های روانی، نگرانی فزاینده‌ای بود که توسط تعداد کمی از موارد منتشر شده در مورد خطر رهاسازی بیماران روانی جدی در جامعه ایجاد شد. در چنین زمینه‌ای، مکان‌های مسکونی باقی‌مانده به‌طور فزاینده‌ای بر بیمارانی که برای جامعه گسترده‌تر «خطر» تلقی می‌شوند، هدف قرار می‌گیرند. همچنین مشخص شد که بسیاری از این افراد به سیستم زندان در حال گسترش کشور ختم می‌شوند. آنچه از سیستم بیمارستان روانی باقی مانده بود، اکنون هیچ راه حل واقعی برای تقاضای «پناهندگی» برای کسانی که خطری تلقی نمی‌شوند، و همچنین برای مشکل فزاینده زوال عقل که در عوض به دست خانواده‌ها و سیستم بیمار مراقبت اجتماعی افتاده است، ارائه نمی‌دهد.

چالش‌های قابل‌توجه تغییر از بیمارستان به سمت مراقبت‌های اجتماعی به این معنی بود که این موضوع بیماری روانی بود تا سلامت روان که در بیشتر این دوره به عنوان یک دغدغه اصلی سیاست‌گذاری باقی مانده بود. با این حال، وسوسه انگیز است که بگوییم قرن بیست و یکم شاهد چیزی است که نوع جدیدی از تحول است. از آغاز قرن اخیر، موضوع سلامت روان سرانجام در بحث در مورد جهت‌گیری آینده NHS مطرح شد. تحقیقات تأثیرگذار شروع به ادعا کردند که یک مورد اقتصادی قوی برای بهبود سلامت روان وجود دارد، که مشکلات سلامت روان عامل اصلی هزینه‌های دولت رفاه و کاهش بهره‌وری است. سیاستمداران شروع به صحبت در مورد بهبود شادی و در مورد بی‌توجهی به مراقبت از سلامت روان در NHS کردند. و قانون مراقبت‌های بهداشتی و اجتماعی در سال 2012 این الزام را برای NHS تعیین کرد که سلامت روان را هم‌تراز با سلامت جسمانی

قرار دهد. سیاست - IAPT بهبود دسترسی به درمان روان‌شناختی - امید نوع جدیدی از تسلیحات درمانی را برای NHS فراهم کرد که می‌توانست بسیار فراتر از جمعیتی که از سال 1948 تا کنون تمرکز مراقبت‌های روانپزشکی را داشته است، گسترش یابد. با به کارگیری ابزارهای خودیاری، به کمک انقلاب در ارتباطات که توسط اینترنت به وجود آمد و با گشودگی بیشتر در صحبت در مورد سلامت روان، رویکرد جدید به عنوان راهی برای غلبه بر مشکل دوگانه ای جذاب بود که همیشه مانع گسترش بود. خدمات بهداشت روان: ناکافی بودن بودجه و تخصص با این حال، این محدودیت‌ها همچنان در مبارزه برای دسترسی به خدمات حرفه‌ای آشکار می‌شد. در زمانی که NHS تحت فشار زیادی قرار داشت، قرار دادن سلامت روان واقعاً با سلامت جسمی یک چالش بزرگ بود.

علیرغم تمام مشکلات و محدودیت‌های جاری، وسوسه انگیز است که نتیجه بگیریم که حوزه مراقبت از سلامت روان یکی از حوزه‌های عمده‌ترین تحول در تاریخ NHS بوده است. این مورد اولاً مبتنی بر حرکت چشمگیر از بیمارستان به مراقبت اجتماعی است و ثانیاً بر تلاشی دیرپا اما رو به رشد برای رسیدگی به سلامت روانی جمعیت به عنوان یک کل است. در سال 1948 NHS واقعاً یک خدمات ملی سلامت جسمی (و تا حد زیادی بیماری) بود. این یک سرویس ملی بیماری روانی (آن جمعیت عظیم در بیمارستان‌های روانی) را به ارث برد، اما این به خوبی ادغام نشده بود و تا حد زیادی از دید پنهان بود. در تلاش‌های بعدی برای یکپارچه‌سازی، سیاست‌گذاران این سیستم نهادی رو به زوال را جایی در یک سرویس بهداشتی مدرن در نظر گرفتند. پس از آن موانع تا حدودی شکسته شدند، اگرچه انتقال از بیمارستان به مراقبت اجتماعی نیز باعث شد که مسئولیت تا حدودی به خانواده، خدمات اجتماعی و حتی در نهایت سیستم کیفری منتقل شود. اخیراً، نشانه‌هایی وجود

دارد که نشان می‌دهد NHS رسیدگی به سلامت روان را به همان اندازه بخشی از مسئولیت خود می‌بیند که تمرکز طولانی‌مدت آن بر سلامت جسمانی است. اینکه آیا واقعاً چنین است یا خیر، و اینکه آیا تحولات در رابطه NHS با بیماری روانی و سلامت روان واقعاً سازگار است یا خیر، باید دید.

2-2- طرحواره ناسازگار اولیه

۱. الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند. از ۲. از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت واژه‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده است.. ۳. درباره‌ی خود و در رابطه با دیگران می‌باشند. در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می‌گیرند. د. در جریان چرخه زندگی تداوم دارند. ۶. به شدت ناکارآمدند. به طور کلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌زایی می‌باشند

که در ابتدایی رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (بانگ ۲۰۰۵). یک طرحواره، بازنمایی انتزاعی مشخصات متمایز یک حادثه، یا نوعی از رد پا یا اثرات مهمترین عناصر گوناگون آن است. در روان‌شناسی، طرحواره یک نقشه‌ی شناختی انتزاعی است که به عنوان یک راهنما برای تفسیر اطلاعات و حل مسایل، عمل می‌کند. در شناخت درمانی (بک

۱۹۶۷) تعریف خاصی از طرحواره دارد. هر اصل سازمان دهنده گسترده ای که برای احساس کردن تجربیات زندگی فردی به کار می رود و بسیاری از آنها در اوایل زندگی شکل می گیرد (کلوسکو و ویشار، ۲۰۰۳؛ به نقل از یانگ، ۲۰۰۶) و آسیب زایی می باشد

طرحواره مثبت و منفی "همانگونه که طرحواره های مثبت و منفی وجود دارد طرحواره های اولیه و بعدی نیز وجود دارد با قبول مراحل روان شناختی اریکسون (۱۹۵۰). ممکن است ادعا شود حل موفقیت آمیز هر مرحله منجر به طرحواره های ناسازگارانه می شود در حالی که شکست در حل مرحله منجر به طرحواره های ناسازگارانه می شود. تجارب آزارنده ی کودکی اساس طرحواره های ناسازگار اولیه است. طرحواره هایی که زودتر و قوی تر ایجاد می شوند به طور معمول ریشه در خانواده ی هسته ای دارند. وقتی بیماران خود را در موقعیت های بزرگسالان می بینند که طرحواره های ناسازگار اولیه را فعال می سازد معمولاً رویدادهای هیجان آمیزی از دوران کودکی شان با یکی از والدینشان را تجربه می کنند. سایر تأثیر گذاران مانند همسالان، مدرسه، گروه های موجود در جامعه و فرهنگ با بزرگتر شدن کودک تأثیر بیشتری می گذارند و منجر به ایجاد طرحواره ها می شوند. اگر چه طرحواره هایی که بعداً ایجاد می شوند قوی نیستند (بک و همکاران، ۲۰۰۰)

تجارب اولیه زندگی و ایجاد طرحواره

نوع اول ناکامی در ارضای نیازها، این امر زمانی اتفاق می افتد که کودک تجارت خوشایندی را تجربه نکند و طرحواره هایی مانند محرومیت عاطفی یا رها شدگی به دلیل ضعف در محیط اولیه اش را رشد می دهد. نوع دوم تجارت اولیه ی زندگی تأثیر گذار در طرحواره ها آسیب زدگی یا قربانی شدن است در این صورت کودک آسیب می بیند یا قربانی می شود و طرحواره ای مثل بی اعتمادی سوء استفاده، نقص

شرم یا آسیب پذیری در برابر آسیب در ذهن او شکل می گیرد (یانگ، ۲۰۰۶). نوع سوم تجارب کودک چیزهای خوب را تجربه می کند والدین در جهت آسایش کودک همه کار می کنند در حالی که تأمین رفاه و راحتی در حد متعادل برای رشد سالم کودک لازم است. طرحواره هایی از قبیل بی لیاقتی رشد می کند و کودک به ندرت بی اعتماد است. در اثر اینگونه تجارب در ذهن کودکان طرحواره هایی نظیر وابستگی بی کفایتی با استحقاق بزرگ منشی به وجود می آید. در این حالت والدین به ندرت با کودک به طور جدی برخورد می کنند و کودک لوس بار می آید. در نتیجه نیازهای هیجانی کودک به خود گردانی یا محدودیت های واقع بینانه ارضاء نمی شود. والدین ممکن است بیش از حد درگیر زندگی کودک بشوند و یا ممکن است بدون هیچ گونه محدودیتی، آزادی عمل بسیاری به او بدهند.

نوع چهارم تجارب زندگی که باعث شکل گیری طرحواره می شود درونی سازی انتخابی یا همانند سازی با افراد مهم زندگی است. کودک به طور انتخابی با افکار، احساسات، تجارب و رفتارهای والدین خود همانند سازی کرده و آنها را درونی سازی می کنند. علاوه بر محیط اولیه می زندگی،

وامل دیگری در شکل گیری طرحواره ها نقش بازی می کنند که در این میان خلق و خوی هیجانی کودک از اهمیت بسزایی برخوردار است . اکثر والدین خیلی زود به این نکته پی می برند که هر کودکی از زمان تولد، شخصیت یا خلق و خوی منحصر به فرد و متمایزی دارد (رینگ و کلسکو، ۲۰۰۶).

فصل سوم

1-3-روش پژوهش

در این مطالعه توصیفی، جامعه آماری دانشجویان مقطع کارشناسی روان شناسی و الهیات دانشگاه اراک بررسی شدند. اطلاعات با استفاده از پرسشنامه دموگرافیک و پرسشنامه استاندارد SCL90 جمع آوری گردید.

در بخش طرحواره ناسازگار اولیه پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ مورد بررسی قرار گرفت

پرسشنامه استاندارد SCL90 برای سنجش سلامت روانی، این ابزار توسط در اکوتیس و همکاران در سال 1972 طراحی شده، 90 سئوالی بوده و استاندارد می باشد که در مقیاس لیکرت 5 درجه ای به صورت هیچ، کمی، تاحدی، زیاد و به شدت با نمره گذاری به ترتیب دارای 0،1،2،3،4،5 نمره می باشد. این آزمون دارای 90 پرسش است که نشانگان 9 گانه شایع حیطه روانپزشکی شامل شکایت جسمی، وسواس فکری و عملی، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روان پریشی را مورد بررسی قرار می دهد. هفت پرسش دیگر که در هیچ یک از ابعاد دیگر قرار نمی گیرند، به عنوان پرسش های اضافی برای تاکید بر افسردگی می باشد. این چک لیست در مطالعات داخل و خارج از کشور روا و پایا شده است. مصلی نژاد و همکاران یافته اند پایایی

0.88 را برای این ابزار گزارش داده اند و در سایر مطالعات به پایایی

0.94 و 0.86 نیز است (شهرکی واحد، مردانی حموله، اسدی بیدمشکی و حیدری، 1390)

فصل چہارم

1-4-نتایج

زیر مجموعه ها	گروهها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	مقدار t بدست آمده	سطح معناداری	درجه آزادی
رهاشدگی / بی ثباتی	روان شناسی	۵۰	۱۸/۶۰	۷/۸۸	۱/۷۳	۰/۰۸۶	۱۰۸
	الهیات	۶۰	۱۶/۱۶	۶/۸۴			
بی اعتمادی/بدرفتاری	-	۵۰	۱۹/۴۲	۷/۰۷	۵/۹۱	<۰/۰۰۰۱	۱۰۸
	-	۶۰	۱۱/۸۳	۶/۳۶			
محرومیت هیجانی	-	۵۰	۲۰/۸۲	۷/۸۹	۵/۲۷	<۰/۰۰۰۱	۱۰۸
	-	۶۰	۱۳/۲۵	۷/۱۳			
نقص /شرم	-	۵۰	۱۸/۲۸	۷/۲۶	۵/۸۸	<۰/۰۰۰۱	۹۳
	-	۶۰	۱۰/۸۱	۵/۷۶			
انزوای اجتماعی	-	۵۰	۱۶/۷۶	۸/۲۱	۴/۲۶	<۰/۰۰۰۱	۱۰۸
	-	۶۰	۱۳/۵۶	۷/۰۳			

جدول 1.بر اساس نتایج ازمون t مستقل در طرحواره ناسازگار اولیه دانشجویان روان شناسی و الهیات تفاوت معنا داری وجود ندارد .

مقدار p	دانشجو الهیات انحراف معیار ± میانگین	دانشجو روان شناسی انحراف معیار ± میانگین	ابعاد سلامت روان
* < .001	0.71 ± 0.41	1.12 ± 0.74	افکار پارانوئیدی
* < .001	0.62 ± 0.50	1.05 ± 0.66	وسواس اجباری
* < .001	0.57 ± 0.45	0.93 ± 0.75	حساسیت در روابط بین فردی
* < .001	0.52 ± 0.45	0.90 ± 0.77	افسردگی
* .003	0.52 ± 0.38	0.77 ± 0.69	شکایت جسمانی
0.657	0.62 ± 0.45	0.59 ± 0.60	روان پریشی
0.124	0.50 ± 0.36	0.61 ± 0.63	ترس مرضی
0.293	0.54 ± 0.38	0.62 ± 0.64	پرخاشگری
0.323	0.50 ± 0.34	0.57 ± 0.56	اضطراب

جدول 2. مقایسه میانگین ابعاد پرسشنامه scl-90 در دانشجویان روان شناسی و الهیات

ازمون t مستقل اختلاف میانگین ابعاد شکایت جسمانی، افسردگی، وسواس اجباری، افکار پارانوئید، و حساسیت در روابط بین فردی را در دانشجویان روان شناسی و الهیات معنادار نشان می دهد .

در پژوهش های اخیر نقش طرحواره های ناسازگار اولیه به عنوان عوامل پیش بینی کننده سلامت روان مورد توجه زیادی واقع شده اند. نتیجه این پژوهش نشان داد سلامت روان دانشجویان روان شناسی از الهیات بیشتر است اما طرحواره های ناسازگار اولیه دانشجویان الهیات از روان شناسی بهتر بود .

نتیجه این پژوهش نشان داد که با بالا رفتن نمره هر یک از 15 خرده مقیاس طرحواره ها، علائم آسیب شناسی روانی فرد افزایش پیدا می کند. تحلیل داده ها با رگرسیون گام به گام نشان داد که آسیب پذیری نسبت به بیماری یا ضرر ، محرومیت هیجانی ، خویشتن داری خود- انضباطی ناکافی ، بی اعتمادی بد رفتاری ، انزوای اجتماعی ایگانگی ، معیارهای سرسختانه عیب جویی ، بازداری ، هیجانی توانستند که سلامت روان را به خوبی پیش بینی کنند.

یافته های این پژوهش همسو با یافته های سایر پژوهش های انجام گرفته در این زمینه می باشد(هالند و همکاران (2011)، مارلین (2010)، لاملی و هارکنس (2007)، کالویت و همکاران (2005))، کازیونا(2004)، پینتو گویا و همکاران (2006)

در تبیین این نتایج می توان به این نکته اشاره کرد که سامانه شناختی همه انسانها دارای طرحواره هایی است که فرد را برای مقوله بندی اطلاعات و پیش بینی رخدادها توانا می سازد. این طرحواره ها از تجارب فردی، خانواده، فرهنگ، خصلت های شناختی و رخدادهای مثبت و منفی در طول

زندگی فرد تاثیر می گیرند. زمانی که این عوامل آسیب زا باشند و فرد را در جهت رشد سالم هدایت نکنند. سلامت فرد را دچار نقصان می کنند به این صورت که رفتارهای ناسازگار را به عنوان پاسخی در برابر طرحواره هایشان به کار می برند که با ادامه این رفتارهای ناسازگار، بهداشت روانی خود را بیشتر دچار کاستی می کنند.

(- م همچنین نتایج نشان داد با بالا رفتن عمل به مناسک دینی، سلامت روان افزایش می یابد. پس با توجه به این نتایج فرضیه دوم شامل رابطه بین باور دینی و سلامت روان در مورد مؤلفه عمل به مناسک دینی تایید و در مورد مؤلفه های اعتقاد به اصول دین و دوستی و بندگی خدا تایید نمی شود. ثمره کل ضرایب همبستگی سلامت روان با باورهای دینی ضریب همبستگی معکوس و از لحاظ آماری معنادار می باشد. قابل توجه است این نتایج با سایر پژوهشهای انجام شده در این زمینه هماهنگ است (اکس لاین (2008)، نیلمان و همکاران (1997)، پاین و همکاران (1991)، شهامت (1389)، پهلوان (1376)، کوئینینگ (، 2004)، والرو همکاران (2001)). بررسی رابطه میان عوامل تنش زا، میزان توکل به خدا و نشانگان استرس در دانشجویان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی ایران و تهران نشان داد که دارای استرس زیاد بوده اند. از میان عوامل تنش زا، ترس از مردود شدن در امتحان ها، مرگ یکی از بستگان نزدیک و دعوای شدید با پدر به ترتیب درصد بیشتری از دانشجویان را تحت تأثیر قرار داده بود. در زمینه نشانگان استرس، نگرانی، اضطراب و کمرویی بیش از سایر نشانه ها توسط آزمودنیهای پژوهش گزارش شده است. مقایسه نمرات دانشجویان در پرسشنامه توکل با نمرات آنان در پرسشنامه نشانگان استرس نشان داده که با بالا رفتن نمرات آنان در پرسشنامه توکل، نمرات آنان در پرسشنامه استرس کاهش یافته است (بوالهری، احسان منش، کریمی کیسمی،

1379). و از طرفی با برخی نتایج پژوهش های قبلی هماهنگ است (پاین، بر گین، بلمیا و جنکینس، 1991). بر این اساس در تبیین نتایج بدست آمده در این مطالعه می توان دلایلی برشمرد از جمله همراهی باور دینی با رفتار دینی انجام نشده است به این صورت که انجام رفتار دینی را نمی توان در حکم مذهبی بودن پذیرفت شاید آن رفتار فقط یک الگوپذیری ساده و یا عادت باشد. در پژوهش ها هم به این نتیجه رسیده اند که رفتار دینی به تنهایی کفایت نمی کند و شاید بتوان گفت باور و اعتقاد راسخ دینی می تواند مهم تر از رفتار دینی باشد و اگر فردی باور دینی داشته باشد آن را به عمل در می آورد که همان رفتار

سطحی بودن به طرف عمیق تر شدن آنها سوق دهیم. با توجه به نتایج این تحقیق می توان با برنامه ریزیهای آگاهانه و آموزش های لازم برای والدین از ایجاد طرحواره های ناسازگار در کودکان پیشگیری کرد و آینده ای روشن همراه با سلامتی روان بیشتر را برای نسل جدید رقم زد.

1. Beck AT. Depression: Causes and treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1967. [[Google Scholar](#)]
2. Beck AT. Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. In: , editor. In: Salkovskis P, editor. Frontiers of cognitive therapy. New York: Guilford; 1996. pp. 1–25. [[Google Scholar](#)]
3. Young JE. Cognitive Therapy for Personality Disorder: A Schema-Focused Approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc; 1990. [[Google Scholar](#)]
4. Young JE. Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. 2nd ed. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange; 1994. [[Google Scholar](#)]
5. Young JE, Klosko JS, Weishaar M. Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York: Guilford Publications; 2003. [[Google Scholar](#)]
6. Kempke S, Luyten P. Psychodynamic and cognitive-behavioral approaches of obsessive-compulsive disorder: Is it time to work through our ambivalence? Bull Menninger Clin. 2007;71:291–311. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
7. Pincus T, Morley S. Cognitive-processing bias in chronic pain: A review and integration. Psychol Bull. 2001;127:599–617. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]

8. Gladstone G, Parker G. Depressogenic cognitive schemas: Enduring beliefs or mood state artefacts? *Aus NZ J Psychiatry*. 2001;35:210–6. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
9. Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L. Attachment and symptoms of psychopathology: Early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clin Psychol Psychother*. 2010;17:374–85. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
10. Markin DR, Kivlighan DM., Jr Bias in psychotherapist ratings of client transference and insight. *Psychotherapy (Chic)* 2007;44:300–15. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
11. Lobbestael J, Arntz A, Löbbses A, Cima M. A comparative study of patients and therapists' reports of schema modes. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2009;40:571–9. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]
12. Young JE. The Young Schema Questionnaire: Short Form. [Last cited in 1998]. Available from: <http://www.schematherapy.com/id54.htm> .
13. Estevez A, Calvete E, Calvete E, Estévez A. Substance use in adolescents: The role of stress, impulsivity, and schemas related to lack of limits. *Adicciones*. 2009;21:49–56. [[PubMed](#)] [[Google Scholar](#)]