



مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران خود ایمن، جسمانی و افراد سالم

زینب السادات ارشاد (نویسنده مسئول)

کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد تهران

zeinab.ershad@gmail.com

دکتر طهمورث آقاجانی

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب تهران

Taghajani47@yahoo.com

دکتر آتنا اصفهانی خالقی

استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملارد تهران

esfahani.university@yahoo.com

چکیده

هدف از انجام پژوهش مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران خود ایمن، جسمانی و افراد سالم بود. روش تحقیق از نوع علی-مقایسه ای است. جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش کلیه افراد مبتلا به بیماری خودایمنی، بیماری جسمی و افراد سالم شهر تهران در سال ۱۳۹۵ بودند. حجم نمونه ۱۸۰ نفر در سه گروه بیماران خود ایمنی، بیماران جسمانی و افراد سالم بودند که به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و بر اساس سن، جنس و تحصیلات همتاسازی شدند. از پرسشنامه‌هی طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۲۰۰۵). داده‌ها با تحلیل واریانس چند متغیره و آزمون تعقیبی روش حداقل اختلاف معنی دار تجزیه و تحلیل شده است. نتایج نشان داد در تمام انواع طرحواره های ناسازگار، بین سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد، بدین ترتیب که بالاترین نمرات در طرحواره های ناسازگار را بیماران خود ایمن، سپس به ترتیب بیماران جسمانی و افراد سالم داشتند. ($P < 0/001$)

کلیدواژه‌ها: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بیماران خود ایمن، بیماران جسمانی.



Abstract

The aim of the study was comparison of early maladaptive schemas in autoimmune diseases, physically and healthy individuals. The research method is causal-comparative. The statistical population studied in this research were included all patients with autoimmune diseases, physical illness and healthy people of Tehran in 1395. A sample size of 180 people in three groups of autoimmune diseases, illness and healthy individuals were selected by purposive sampling based on age, sex and education matched. For the collected data, questionnaire of early maladaptive schemas Yang (2005)) was used. The data is analyzed with multivariate variance analysis and post hoc test with the method of least significant differences. The results showed that in all types of maladaptive schema, there are significant differences between the three groups, so that the highest scores was in the maladaptive schema autoimmune diseases, then by physical diseases and healthy individuals ($P < 0.001$).

Keywords: early maladaptive schemas, autoimmune diseases, physical illness



مقدمه

با وجود قدم‌های بزرگی که در راه پیش برد دانش پزشکی برداشته شده اما هنوز به مواردی از بیماری‌ها بر می‌خوریم که دانش رو به رشد انسان تاکنون قادر به یافتن پاسخ دقیق معمای علت بروز آن‌ها نبوده است. با تغییرات ایجاد شده در شیوه‌های زندگی و پیشرفت‌های علم و فناوری سیمای سلامت به مقدار زیادی تغییر چهره داده است به طوری که در منطقه خاورمیانه، بیماری‌های مزمن حدود ۴۷ درصد از کل بیماری‌ها را به خود اختصاص داده و منجر به ۸۰ درصد مرگ و میر در کشورهای با درآمد پایین تا متوسط می‌گردد (حسن زادگان، رادفر، شفیعی کندجانی و شیخی، ۱۳۹۴). از جمله بیماری‌هایی که مزمن و ناتوان کننده هستند و در بسیاری از افراد جوان و میانسال دیده می‌شود شیوع بیماری‌های خودایمنی است (هدستروم، بارنهیلم، السون و الفردسون، ۲۰۱۱). بیماری خودایمنی وقتی ایجاد می‌شود که دستگاه ایمنی بدن به طور اشتباه حمله به خود بدن را شروع می‌کند. بیماری‌های خودایمنی می‌توانند اندام‌ها و بافت‌هایی از جمله گلبول‌های سرخ خون، عروق خونی، غده تیروئید، لوزالمعده، عضلات، مفاصل و پوست را درگیر کنند (سما، اوزلم، بتول و سما، ۲۰۱۶). سبب شناسی مختلفی برای بیماری‌های خود ایمنی مطرح شده است که از جمله آنها می‌توان به عوامل ژنتیکی، عفونت‌های ویروسی اما در کل علت قطعی بروز این دسته از بیماری‌ها نامشخص است (صدوقی و تمنایی فر، ۱۳۹۰).

بر اساس تحقیقات مولفه‌های شناختی-هیجانی چون طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماری‌های خودایمن نقش دارد. به طوری که اشاره است بیماران خودایمنی بیشتر از افراد دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند (عباسقلی زاده قانع، ۱۳۹۲). طرحواره‌ها سازه‌هایی هستند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرند و به عنوان واسطه، پاسخ‌های رفتاری افراد را تحت تاثیر قرار می‌دهند. در چهارچوب روان درمانی طرحواره به عنوان یک عامل سازمان بخش در نظر گرفته می‌شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است (تیم، ۲۰۱۰). برخی از طرحواره‌ها به ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیتی و مشکلات بین فردی باشند (یانگ، کلسکو و ویشار، ۲۰۰۳). یانگ، کلسکو و ویشار (۲۰۰۳)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه را الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب رسانی تعریف می‌کنند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته و در سیر زندگی تکرار شده و بر نحوه تعبیر و تفسیر تجارب و رابطه با دیگران تاثیر می‌گذارند (ویسی پور، ۱۳۹۴). طرحواره‌ها از ابتدای زندگی شکل گرفته (دوزویس، مارتین و بایلینگ، ۲۰۱۴) و در تمام طول زندگی، فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهند (یانگ، ۲۰۰۵). اما طرحواره‌های اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند، و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (زانگ و هه، ۲۰۱۰).

نتایج پژوهش می‌تواند گامی در جهت در کمک به بیماران خود ایمنی برای سازگاری روانشناختی با بیماری خودایمنی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به آنچه گفته شد مساله اساسی پژوهش این است که چه تفاوتی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران خود ایمن، جسمانی و افراد سالم وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش علی-مقایسه‌ای (پس رویدادی) بود. جامعه آماری پژوهش شامل ۳ گروه بیماران خودایمنی (آرتریت روماتوئید، مولتی اسکلروز (MS)، لک و پیس (ویتیلیگو)، لوپوس و خودایمنی کبد)، بیماران جسمی (کبد چرب، روماتیسم، تومور و آکنه) و افراد سالم شهر تهران در سال ۱۳۹۵ را تشکیل دادند. حجم نمونه برای بیماران خودایمنی ۷۰ نفر (۴۳ نفر زن و ۲۷ نفر مرد)، بیماران جسمی ۶۰ نفر (۳۵ نفر زن و ۲۵ نفر مرد) و افراد سالم شامل ۵۰ نفر (۲۲ نفر زن و ۲۸ نفر مرد) در مجموع ۱۸۰ نفر به شیوه نمونه گیری هدفمند وارد پژوهش شدند.

ابزارهای پژوهش

الف) پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه

این پرسشنامه توسط یانگ (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس با ۷۵ سوال، مقیاس پاسخگویی ۶ درجه ای لیکرت و ۱۵ خرده مقیاس دارد. در هرکدام از طرحواره‌ها، که فرد نمره بیشتری کسب کند آن طرحواره به عنوان طرحواره ترجیحی وی در نظر گرفته می‌شود. اسمیت، جونز و یانگوتلچ (۱۹۹۵)؛ به نقل از لطفی، دنیوی و خسروی، ۱۳۸۶) ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده



مقیاس‌های این پرسشنامه را بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آوردند. همچنین نشان دادند این پرسشنامه با مقیاس‌های پریشانی روانشناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارد و بنابراین از روایی مطلوبی برخوردار است. در پژوهش ویسی پور (۱۳۹۴)، برای بررسی روایی همزمان ضریب همبستگی بین میانگین ۷۴ سوال اول و با سوال ۷۵ مقدار ۰/۸۲ به دست آمد و در بررسی روایی محتوایی ضریب روایی کل سوال‌های پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه ۰/۹۱ محاسبه شد. برای بررسی پایایی آزمون از روش همسانی درونی با استفاده از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب برای برای کل آزمون ۰/۸۸ به دست آمد.

داده‌های پژوهش با روش توصیفی با استفاده از میانگین و انحراف معیار و با آمار استنباطی به تحلیل واریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

قبل از بررسی فرضیه‌های پژوهش بررسی شد. آزمون کولموگروف-اسمیرنوف که سطح معنی داری در آزمون فوق‌الذکر از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است. با توجه به سطح معنی داری و عدم رد فرضیه صفر، توزیع داده‌ها طبیعی بود. مفروضه کرویت بارتلت برقرار بود. داده‌های پژوهش فرض تساوی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با آزمون لوین برای متغیرهای پژوهش رعایت شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های مورد مطالعه

جسمانی		خود ایمن		سالم		متغیر
SD	M	SD	M	SD	M	
۵/۸۹۰	۱۱/۰۵	۶/۲۲۰	۱۷/۰۹	۲/۲۳۲	۵/۵۸	محرومیت هیجانی
۴/۵۴۱	۱۰/۴۵	۶/۷۰۴	۱۵/۹۶	۱/۵۶۱	۵/۸۲	رها شدگی
۴/۰۱۰	۱۰/۴۳	۵/۷۵۰	۱۵/۴۷	۳/۲۰۱	۵/۶۰	بی اعتمادی
۳/۲۶۷	۸/۲۷	۵/۹۷۶	۱۲/۸۶	۱/۷۱۱	۵/۶۴	بیگانگی
۳/۸۳۹	۷/۳۳	۴/۸۹۹	۹/۸۳	۰/۸۰۸	۵/۲۰	شرم
۳/۹۳۸	۸/۳۲	۶/۱۱۸	۱۲/۲۳	۱/۵۱۵	۵۰/۳	شکست
۴/۰۲۹	۷/۹۷	۴/۸۶۳	۱۰/۶۴	۱/۴۶۹	۵/۳۸	بی کفایتی
۴/۴۱۶	۴/۶۰	۶/۶۷۳	۱۳/۲۹	۰/۳۶۴	۵/۱۰	آسیب پذیری
۴/۲۶۲	۸/۹۷	۶/۳۸۵	۱۳/۸۰	۲/۱۵۹	۵/۵۰	گرفتار
۴/۸۱۹	۸/۶۳	۶/۲۷۴	۱۳/۲۳	۲/۱۰۵	۵/۷۶	اطاعت
۵/۶۷۱	۱۸/۱۵	۵/۴۷۳	۱۹/۸۹	۵/۸۵۴	۱۴/۲۴	ایثار
۵/۱۶۳	۱۱/۳۰	۵/۹۸۷	۱۴/۱۱	۲/۷۰۶	۶/۰۶	بازداری هیجانی
۵/۴۱۲	۱۷/۶۰	۶/۱۲۵	۲۰/۷۷	۵/۴۱۱	۱۰/۳۰	سرسختانه
۵/۱۶۰	۱۴/۰۴	۴/۹۱۸	۱۷/۵۷	۴/۴۶۹	۸/۵۲	استحقاق
۴/۰۶۳	۱۲/۰۰	۵/۴۸۲	۱۴/۹۴	۱/۹۹۷	۵/۸۲	خویشتن داری

فرضیه اول: بین ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران خودایمن، جسمی و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه‌های مورد مطالعه

Eta	Sig	F	MM	Df	SS	متغیرهای وابسته
۰/۴۴۲	۰/۰۰۱**	۶۹/۹۸۶	۱۹۶۱/۳۹۸	۲	۳۹۲۲/۷۵۹	محرومیت هیجانی
۰/۴۰۸	۰/۰۰۱**	۶۱/۰۹۵	۱۵۳۱/۵۴۷	۲	۳۰۶۳/۰۹۳	رها شدگی



۰/۳۴۱	۰/۰۰۱**	۴۵/۷۸۵	۹۶۵/۴۰۹	۲	۱۹۳۰/۸۱۸	بی اعتمادی
۰/۳۳۳	۰/۰۰۱**	۴۴/۲۶۶	۹۰۹/۷۴۳	۲	۱۶۱۹/۴۸۶	بیگانگی
۰/۲۰۰	۰/۰۰۱**	۲۲/۰۶۹	۳۱۸/۸۵۱	۲	۶۳۷/۷۰۲	شرم
۰/۲۸۵	۰/۰۰۱**	۳۵/۳۵۷	۷۲۱/۰۸۷	۲	۱۴۴۲/۱۷۴	شکست
۰/۲۳۳	۰/۰۰۱**	۲۶/۸۲۸	۴۰۸/۵۹۷	۲	۸۱۷/۱۹۳	بی کفایتی
۰/۲۶۵	۰/۰۰۱**	۵۰/۷۷۶	۱۰۸۰/۶۸۲	۲	۲۱۶/۳۶۴	آسیب پذیری
۰/۳۳۶	۰/۰۰۱**	۴۴/۸۵۵	۱۰۴۲/۴۵۸	۲	۲۰۸۴/۹۱۷	گرفتار
۰/۲۸۵	۰/۰۰۱**	۳۵/۲۶۷	۸۵۷/۴۵۷	۲	۱۷۱۴/۹۱۵	اطاعت
۰/۱۴۳	۰/۰۰۱**	۱۴/۸۱۶	۴۷۲/۴۳۶	۲	۹۴۴/۸۷۲	اثر
۰/۳۰۲	۰/۰۰۱**	۳۸/۲۵۴	۹۵۱/۹۱۱	۲	۱۹۰۳/۸۲۲	بازداری هیجانی
۰/۳۶۱	۰/۰۰۱**	۵۰/۰۸۷	۱۶۲۷/۴۷۶	۲	۳۲۵۴/۹۵۲	سرسختانه
۰/۳۶۲	۰/۰۰۱**	۵۰/۱۸۴	۱۱۹۶/۰۳۹	۲	۲۳۹۲/۰۷۷	استحقاق
۰/۴۳۱	۰/۰۰۱**	۶۷/۰۴۵	۱۲۲۸/۴۵۵	۲	۲۴۵۶/۹۱۰	خویشتر داری

$P < 0.01^{**}$

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول ۲- نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سه گروه افراد خودایمن، جسمانی و عادی تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین نتایج آزمون LSD نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد خودایمن بالاتر از افراد جسمانی و عادی است. همچنین نمره افراد جسمانی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتر از افراد عادی است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه در سه گروه افراد خودایمن، جسمانی و عادی تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد خودایمن بالاتر از افراد جسمانی و عادی است. همچنین نمره افراد جسمانی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه بیشتر از افراد عادی است. در جستجوی پیشینه پژوهشی تحقیقی که به طور مستقیم به بررسی بین ابعاد سبک‌های دفاعی در بیماران خودایمن، جسمی و افراد سالم پرداخته شده باشد یافت نشد لذا همسویی مستقیم این یافته با یافته‌های قبلی مشخص نیست. اما می‌توان این نتیجه را به طور غیر مستقیم با تحقیقات یزدان فر، احمدپناه و خردمند (۱۳۹۳)، امامی مبینی (۱۳۹۳)، عباسقلی زاده قانع (۱۳۹۲)، عبدی، کامرانی، صاحب‌الزمانی و ظهور (۱۳۹۱)، محسنی، چیمه، پناعی و منصوری (۱۳۹۰)، بایایی نژاد بصیری، هریزچی قدیم و ناظمان (۱۳۸۹)، قادری و علی پور (۱۳۸۶)، ژانگ و همکاران (۲۰۱۶)، ماریجویتا و همکاران (۲۰۱۶)، نیشیمورا و همکاران (۲۰۱۶)، جورج و همکاران (۲۰۱۶)، فیلیس و همکاران (۲۰۱۴)، ال-شیناوی، گوپلی و ناصر (۲۰۱۳)، میرزا، پاپادوپولوس و مک بریدج (۲۰۱۲)، و گورتی و همکاران (۲۰۰۹) که به بررسی تفاوت برخی ویژگی‌های روانشناختی و فردی بین افراد بیمار خودایمن با جمعیت سالم پرداخته اند همسویی و همخوانی دارد.

می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار اولیه اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل داده و با حوادث منفی و فشارهای روانی زندگی تعامل دارند. با افزایش شیوع طرحواره‌های شناختی ناسازگار، شیوع برخی از اختلال‌ها و بیماری‌ها افزایش می‌یابد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند، و به طور معمول از ارضاء نشدن نیازهای اولیه بخصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (ژانگ و هی، ۲۰۱۰). در واقع طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طول زندگی ثابت و پا بر جا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این طرحواره‌ها به شخص کمک می‌کند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (مالتبی و دی، ۲۰۰۸؛ تیم، ۲۰۱۰). از نظر یانگ این طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان یک چهار چوب مرجع یاد می‌شود. ساختارهای پایدار و بادوامی هستند که به مثابه‌ای عدسی‌هایی بر ادراک فرد از جهان، خود و دیگران اثر می‌گذارد. این طرحواره‌های ناسازگار اولیه در طی تجارب اوان کودکی شکل گرفته (که اکثرا در زندگی کودک نقش یک تروما را داشته‌اند)، و پاسخ فرد به رخداد‌های محیطی را کنترل می‌کند (یانگ، ۲۰۰۵). از نظر یانگ طرحواره‌های ناسازگار اولیه از طریق روابط متقابل با مراقبان اصلی در دوره کودکی ایجاد می‌شوند. در دوره کودکی یک طرحواره ابزاری برای کودک است تا محیط را درک و کنترل کند. در بزرگسالی طرحواره‌ها استفاده محدودتری دارند و زمانی که از طریق موقعیت‌های مرتبط با یک طرحواره خاص



فعال می‌شوند، اضطراب یا افسردگی ایجاد می‌کنند. منشا این طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیازهای هیجانی اصلی شامل پنج حیطه دلبستگی امن به دیگران، خودمختاری، رقابت و احساس هويت، آزادی بیان نیازها و هیجانها، بازی و خود انگیخته بودن و محدودیت های معقول و خود کنترلی، تجارب اولیه زندگی، ناکامی در ارضای نیازهای اولیه، ارضای بیش از حد و همانند سازی با رفتار نادرست والدین و مزاح هیجانی کودک است (یانگ، ۱۹۹۴). به نظر یانگ هر کدام از علائم آسیب شناسی روانی و حتی بیماری های جسمانی با یک یا تعداد بیشتری از طرحواره‌های ناسازگار اولیه مرتبط است (دیلات و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از شهامت، ۱۳۸۹). در پژوهش‌ها عنوان شده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه مکانسیم‌های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیر مستقیم به سلامتی فرد آسیب می‌رساند و منشا بروز بیماری در فرد می‌شود (مارمون و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از شهامت، ۱۳۸۹). بنابراین آنچه گفته شد منطقی است که بین ابعاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه در بیماران خودایمن، جسمی و افراد سالم تفاوت وجود داشته باشد.

محدود بودن جامعه ی پژوهش به شهر تهران و ابزار پژوهش به پرسشنامه از محدودیت های پژوهش حاضر است. دشواری در جلب رضایت مسئولان مراکز درمانی برای همکاری در تکمیل پرسشنامه ها یکی دیگر از محدودیت هایی بود که پژوهشگر با آن مواجه بود. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه صورت بگیرد و در آن بیماران خودایمنی که در سطح پیشرفته تر بیماری هستند مورد مطالعه قرار گیرند. با توجه به نتایج حاصل از پژوهش حاکی از اینکه شیوع بیماری های خود ایمنی در زنان بیشتر از مردان است در پژوهش های آتی از حجم نمونه ی گستره تری استفاده شود تا با اطمینان بیشتری بتوان این نتیجه را تعمیم داد که زنان بیشتر مبتلا به بیماری خود ایمنی می گردند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی تاثیر دارو درمانی با درمان ترکیبی دارودرمانی و روان درمانی در بهبود بیماری خود ایمنی مقایسه گردد. همچنین پژوهشی مشابه در دیگر شهر ها انجام گردد و نتیجه ی آن با نتیجه ی پژوهش حاضر مقایسه گردد و در پژوهش‌های آتی علاوه بر پرسشنامه از فنونی چون مشاهده و مصاحبه نیز استفاده گردد.

با توجه به اینکه بیماری‌های خودایمنی هم فرد را از لحاظ جسمی و هم روانی درگیر می‌کند و نیاز مبرم این دسته از بیماران به مشاوره و حمایت های روانشناس، پیشنهاد می‌شود این خدمات روانشناختی به این بیماران تحت پوشش بیمه قرار گیرد تا با صرف هزینه‌های اندک یا در صورت امکان رایگان این عزیزان در مسیر درمان خود از خدمات روانشناسی و مشاوره نیز بهره ببرند. همچنین پیشنهاد می‌شود طرحواره‌های ناسازگار بیماران شناسایی شود و در کنار پیگیری برای درمان، از خدمات مشاوره ای برای تعدیل طرحواره‌های ناسازگار آنها بهره گرفته شود.



مراجع

- ابراهیم پورفینی، محبوبه؛ فائزی، سیده طاره؛ اکبریان، محمود؛ اخلاقی، معصومه؛ خیراندیش، معصومه؛ شاهعلی، اشرف؛ غریب دوست، فرهاد؛ شهرام، فرهاد؛ ناجی، عبدالهادی، جمشیدی، احمدرضا؛ داوچی، فریدون. (۱۳۹۰). تظاهرات بالینی و پاراکلینیکی بیماری لوپوس اریتماتوی سیستمیک. *مجله پزشکی هرمزگان*، ۱۱۵(۱)، ۳۳-۳۹.
- خدامرادی، صادق؛ بشارت، محمدعلی؛ همتی، آزاد. (۱۳۹۲). مقایسه سبک‌های دفاعی در بیماران مبتلا به سرطان سینه با گروه غیربالینی. *فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان*، ۱۵(۳)، ۷۶-۸۶.
- شهامت، فاطمه. (۱۳۸۹). پیش بینی نشانه های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه. *پژوهش های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۵(۲۰)، ۱۰۳-۱۲۴.
- طالع بکتاش، سهیلا؛ یعقوبی، حسن؛ یوسفی، رحیم. (۱۳۹۲). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری با افراد عادی. *دو ماهنامه علمی-پژوهشی فیض*، ۱۷(۵)، ۴۷۱-۴۸۱.
- بابایی نژاد بصیری، شهلا؛ هریزچی قدیم، حمیده؛ ناظمیان، لیلا. (۱۳۸۹). فراوانی بیماری های خود ایمنی در مبتلایان به ویتیلیگو در مقایسه با جمعیت نرمال. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، ۳۲(۲)، ۱۵-۱۸.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۷). نارسایی هیجانی و سبک های دفاعی. *مجله علمی- پژوهشی اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۳)، ۱۸۱-۱۹۰.
- حسن زادگان، فریبا؛ رادفر، مولود؛ شفیعی کندجانی، علیرضا؛ شیخی، ناصر. (۱۳۹۴). بررسی ارتباط بین مشکلات فردی و سطح سلامت روان با میزان هیپنوتیزم پذیری زنان مبتلا به بیماری مولتیپل اسکروزیس. *روان پرستاری*، ۳(۳)، ۷۶-۸۵.
- صدوقی، مجید؛ تمنای فر، محمدرضا. (۱۳۹۰). روانشناسی سلامت. اصفهان: جهاد دانشگاهی.
- عباسقلی زاده قانع، مونا. (۱۳۹۲). مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه و سبک‌های مقابله ای و شیوه‌های فرزندپروری در مبتلایان به بیماری‌های خودایمنی و بهبودیافتگان از سرطان و افراد سالم. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء.
- عبدی، محمدرضا؛ کامرانی، فرهاد؛ صاحب‌الزمانی، محمد؛ ظهور، علیرضا. (۱۳۹۱). مقایسه کیفیت زندگی بیماران مبتلا به پسوریازیس با ویتیلیگو مراجعه کننده به درمانگاه‌های پوست مراکز درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی شهر تبریز. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۳(۵)، ۴۹۹-۵۰۵.
- قادری، رضا؛ علی پور، آرش. (۱۳۸۶). ارتباط بین بیماری ویتیلیگو و گروه‌های خونی A, B, O و Rh. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۱۴(۱)، ۹-۱۵.
- لطفی، راضیه؛ دنیوی، وحید؛ خسروی، زهره. (۱۳۸۶). مقایسه طرحواره های ناسازگارانه اولیه در سربازان مبتلا به دسته ب اختلالات شخصیت و سربازان سالم. *مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران*، ۵(۲)، ۱۲۶۱-۱۲۶۶.
- محسنی، مصطفی؛ چیمه، نرگس؛ پناعی، لیلی؛ منصور، نادر. (۱۳۹۰). مقایسه کارکرد خانواده و هیجان ابراز شده در خانواده های بیماران مبتلا به آرتريت روماتوئید و اسکیزوفرنی. *خانواده پژوهی*، ۷(۲۷)، ۳۷۳-۳۹۰.
- ویسی پور، مسلم. (۱۳۹۴). بررسی نقش واسطه ای سبک های مقابله ای در ارتباط بین طرحواره های ناسازگار اولیه با استرس شغلی دانشجویان - معلمان دانشگاه فرهنگیان کرمانشاه در سال تحصیلی ۹۴-۹۳. پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام.
- یگانلی، فاطمه. (۱۳۹۴). مقایسه موقعیت های پرخطر و هیجان طلبی در معنادان موفق و ناموفق در ترک مواد محرک. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات البرز.
- Begley, T. M. (1994). Expressed and suppressed anger as predictors of health complaints. *Journal of Organizational Behavior*, 15, 503-516.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2010). The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Rev Psiq Clin Journal*. 37(4), 145-151.
- Davidson, K.W., Macgregor, M.W., Johnson, E.A., Woody, E.Z., & Chaplin, W.F. (2008). The relation between defense use and adaptive behavior. *J Res Pers*. 38, 105-129.



- Dozois, D.J., Martin, R.A., & Bieling, P.J. (2014). Early maladaptive schemas and adaptive/maladaptive styles of humor. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 33(6), 585-596.
- El-Shinnawy, H., Goueli, T., & Naser, M. (2013). Assessment of the psychiatric symptoms and the adaptive functions in a sample of patients with multiple sclerosis. *Egyptian Journal of Psychiatry*, 34(1), 34.
- Goretti B., Portaccio. E., Zipoli, V., Hakiki. B., Siracuca. G., & Sorbi. S. (2009). Coping strategies , psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurol Sci*. 30(1), 15-20.
- Hedstrom, A.K., Baarnhielm, M., Olsson, T., & Alfredsson, L. (2011). Exposure to environmental tobacco smoke is associated with increased risk for multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*. 17(7), 788-793.
- Jörg, S., Grohme, D. A., Erzler, M., Binsfeld, M., Haghikia, A., Müller, D. N., & Kleinewietfeld, M. (2016). Environmental factors in autoimmune diseases and their role in multiple sclerosis. *Cellular and Molecular Life Sciences*, 1-12.
- Kwon, P., & Olson, M.L. (2007). Rumination and depressive symptoms: moderation role of defense style immaturity, Personality and Individual Differences. 43,715 – 724 .
- Maltby, J. & Day, L. (2008). Forgiveness and defense style. *Journal of Genetic Psychology*, 165 (1), 99-110.
- Margiotta, D. P., Vadacca, M., Navarini, L., Basta, F., & Afeltra, A. (2016). Alexithymia in Systemic Lupus Erythematosus: A Tight Relation with Mood States. *Rheumatology: Current Research*.
- Mizara , L., Papadopoulous & S.R., McBride, K. (2012).Core beliefs and psychological distress in patients with psoriasis and atopic eczema attending secondary care . The role of schemas in chronic skin diseases. *The British Journal of Dermatology*. 166(5), 986-993.
- Nishimura, K., Omori, M., Katsumata, Y., Sato, E., Kawaguchi, Y., Harigai, M., & Ishigooka, J. (2016). Psychological distress in corticosteroid-naive patients with systemic lupus erythematosus: A prospective cross-sectional study. *Lupus*, 25(5), 463-471.
- Phillips, L. H., Henry, J. D., Nouzova, E., Cooper, C., Radlak, B., & Summers, F. (2014). Difficulties with emotion regulation in multiple sclerosis: Links to executive function, mood, and quality of life. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 36(8), 831-842.
- Sema, C., Ozlem, S., Betul, E., & Sema, Y. (2016). The higher incidence of autoimmune thyroid disease in prolactinomas than in somatotrophinomas. *Growth Hormone & IGF Research*. 29, 45-49.
- Spiegel, D. (2005). Essentials of psychotherapeutic intervention for cancer patients. *Journal of Support Care Cancer*. 3:252-256.
- Thimm, J.C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380.
- Thimm, J.C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 373-380.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New.
- Young, J.E. (1994). *Schema Therapy: Conceptual Model*, Available in www.therapist-training.com.au/young.pdf.
- Young, J.E. (2005). *Young Schema Questionnaire–Short Form*. New York: Schema Therapy Institute.
- Zhang, D.H., & He, H.L. (2010). Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Social Behavior and Personality*, 38(8), 1119-1122.
- Zhang, L., Xia, Y., Zhang, Q., Fu, T., Yin, R., Guo, G., & Gu, Z. (2016). The correlations of socioeconomic status, disease activity, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with rheumatoid arthritis. *Psychology, Health & Medicine*, 1-9.