

# مقایسه طرح واره های ناسازگار اولیه و سبک های تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی و افراد عادی

رحیم یوسفی<sup>۱</sup>

<sup>۱</sup> استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران

## چکیده

### زمینه و هدف:

عوامل روان شناختی نقش مهمی در آسیب پذیری و تداوم اختلالات گوارشی عملکردی دارند. هدف پژوهش حاضر مقایسه طرح واره های ناسازگار اولیه و سبک های تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی و افراد عادی بود.

### روش بررسی:

به این منظور از جامعه بیماران اختلالات گوارشی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر ارومیه تعداد ۹۰ نفر بیمار مبتلا به این اختلال، به همراه ۹۰ نفر از افراد عادی با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. داده های پژوهش به وسیله نسخه کوتاه پرسشنامه طرح واره یانگ<sup>۱</sup> و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۲</sup> گردآوری شدند و از طریق روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها:

نتایج نشان داد که بین دو گروه از لحاظ طرح واره های ناسازگار اولیه به ویژه در حوزه های محدودیت های مختل و گوش به زنگی بیش از حد تفاوت معنادار وجود دارد. بین دو گروه از لحاظ سبک های تنظیم شناختی هیجان تفاوتی مشاهده نشد.

### نتیجه گیری:

طرح واره های ناسازگار اولیه از عوامل شخصیتی تاثیرگذار در اختلالات گوارشی عملکردی می باشند که باید به نقش آنها در این اختلالات توجه کرد. **کلید واژه:** طرح واره های ناسازگار، تنظیم هیجان، اختلالات گوارشی

گوارش/ دوره ۱۹، شماره ۴/ زمستان ۱۳۹۳/ ۲۶۴-۲۵۷

1. Young Schema Questionnaire (YSQ)
2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

### زمینه و هدف:

درمانی را شامل می شوند. (۲) این اختلالات حالت های بالینی مختلفی را مانند سوءهاضمه عملکردی<sup>۲</sup>، سندرم روده تحریک پذیر IBS<sup>۱</sup>، و سوزش سر دل<sup>۳</sup> و غیره را شامل می شوند. (۴ و ۳) این اختلالات بخش عمده ای از فعالیت بالینی و درمانی پزشکان عمومی و متخصصین گوارش را در بر می گیرد، و اغلب با موفقیت های درمانی اندکی همراه هستند. علت اصلی این عدم توفیق ناشی از سبب شناسی مبهم و پیچیده این دسته اختلالات است. (۵) مکانیسم های پاتوفیزیولوژیک زیربنایی در این دسته از اختلالات به طور دقیق شناخته نشده اند و به طور کلی به ناکارآمدی محور مغز-روده<sup>۶</sup> به عنوان عامل اصلی در پدیدآیی ناهنجاری های فیزیولوژیکی نظیر درد احشایی می دانند. (۴ و ۳) در واقع هیچ گونه ناهنجاری ساختاری و بیوشیمیایی قطعی برای نشانه های اختلالات گوارشی عملکردی مطرح نشده است. (۶ و ۷) شواهد پژوهشی اخیر از مدل زیستی-روانی-اجتماعی<sup>۷</sup> برای تبیین اختلالات گوارشی عملکردی حمایت می کنند که نقش و اهمیت عوامل روان شناختی و اجتماعی در شکل گیری این اختلالات را، در کنار عوامل زیستی در نظر می گیرد. (۸ و ۴)

3. Functional Dyspepsia
4. Irritable Bowel Syndrome
5. Functional Heartburn
6. Brain-Gut Axis
7. Bio-Psycho-Social

امروزه مطالعه اختلال هایی که ریشه در عوامل روان شناختی دارند، بسیار مورد توجه قرار گرفته است. اغلب روان شناسان معتقد هستند که دسته ای از عوامل روان شناختی به ویژه عوامل شخصیتی می توانند یک فرد را مستعد بیماری های روان تنی<sup>۱</sup> کنند. (۱) یکی از بیماری های روان تنی مهم اختلالات گوارشی عملکردی FGID<sup>۲</sup> هستند. این اختلالات از شایع ترین گروه اختلالات گوارشی هستند و حدود ۵۰ درصد از مراجعین به مراکز

### نویسنده مسئول: رحیم یوسفی

تبریز، ۳۵ کیلومتری جاده آذرشهر، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان،

دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، گروه روان شناسی

تلفن: ۰۴۱-۳۴۳۲۷۵۰۰

نمبر: ۰۴۱-۳۴۳۲۷۵۷۴

پست الکترونیک: yousefi@azaruniv.edu

تاریخ دریافت: ۹۳/۴/۱

تاریخ اصلاح نهایی: ۹۳/۸/۱۸

تاریخ پذیرش: ۹۳/۸/۱۹

1. Psycho-somatic
2. Functional Gastrointestinal Disorders (FGID)

های پاتولوژیک جسمانی مورد توجه قرار گرفته است. (۲۰-۱۸) هدف اصلی بررسی تنظیم هیجان، ارزیابی شناختی بوده است، که تفسیر مجدد موقعیت های فراخواننده هیجان را در مسیری که اثر هیجانی را تعدیل یا اصلاح می کند، در برمی گیرد. (۲۱) تنظیم هیجان جنبه اصلی در گرایش های پاسخ هیجانی است. (۲۲) در واقع تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می شود که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می رود. این مفهوم اغلب به منظور توصیف فرایند تعدیل عاطفه منفی<sup>۹</sup> به کار رفته است. تنظیم هیجان در مدیریت هیجان ها نقش اساسی ایفا می کند و شکل خاصی از خود نظم بخشی است. (۲۳) تنظیم هیجان نقش برجسته و مهمی در سازگاری یا وقایع استرس زای زندگی و پیامدهای زیستی و روانی آنها ایفا می کند. (۲۴-۲۶) و ممکن است کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد. (۲۷) تنظیم هیجانی به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر احساس درونی و هیجان های مرتبط با فرایندهای زیستی، روانی و اجتماعی تعریف می شود. (۲۸) نظریه پردازان برای باورند افرادی که قادر به مدیریت صحیح هیجانانشان در برابر رویدادهای روزمره نیستند، بیشتر نشانه های تشخیصی اختلال های درونی سازی شده نظیر اضطراب و افسردگی را نشان می دهند. (۲۹ و ۳۰) پژوهش های پیشین نه راهبرد متفاوت تنظیم شناختی را به صورت مفهومی شناسایی کرده اند: سرزنش خود<sup>۱۰</sup>، پذیرش<sup>۱۱</sup>، تمرکز مجدد مثبت<sup>۱۲</sup>، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی<sup>۱۳</sup>، ارزیابی مجدد مثبت<sup>۱۴</sup>، نشخوار فکری<sup>۱۵</sup>، دیدگاه پذیری<sup>۱۶</sup>، فاجعه انگاری<sup>۱۷</sup> و سرزنش دیگری<sup>۱۸</sup>. این راهبردها به دو دسته راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تقسیم شده است. راهبردهای سازگاران عبارتند از: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه پذیری. راهبردهای ناسازگاران عبارتند از: سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار فکری، فاجعه انگاری و پذیرش. نتایج پژوهش ها نشان می دهند افرادی که از سبک های شناختی ناسازگاران مانند نشخوار فکری، فاجعه انگاری و سرزنش خود استفاده می کنند، نسبت به دیگران بیشتر در برابر مشکلات هیجانی آسیب پذیر می باشند. (۳۱) پژوهشگران در بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مشکلات هیجانی، به این نتیجه رسیدند که مشکلات هیجانی نظیر اضطراب، افسردگی و استرس دارای رابطه مثبت معنادار با راهبردهای ناسازگاران تنظیم شناختی هیجان و دارای رابطه منفی با راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می باشند. (۳۱) توانایی تنظیم مناسب و سازگاران هیجان با پیامدهای سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی متعددی مرتبط است. (۳۲) بر همین اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه طرح واره های ناسازگار اولیه و سبک های تنظیم شناختی هیجان در بیماران دارای اختلالات گوارشی عملکردی و افراد عادی بوده است. فرضیه اصلی مطرح می کند که بین دو گروه

آشفته‌گی‌های روانی-اجتماعی در بیشتر مبتلایان به اختلالات گوارشی وجود دارد، به خصوص در افرادی که برای درمان مراجعه می‌کنند، ولی پزشکان اغلب در این زمینه تخصصی ندارند و یا تمایلی برای بررسی این جنبه از بیماران خود ندارند. (۵) به نظر می‌رسد باید به سبب شناسی اختلالات گوارشی، به صورت چندعاملی<sup>۱</sup> نگریست. به عبارت دیگر همسومبا مدل زیستی-روانی-اجتماعی باید به نقش عوامل روان شناختی به ویژه ویژگی های بنیادی شخصیتی توجه کرد. عوامل روان شناختی نه تنها بر عملکرد روده، بلکه بر علائم اختلالات گوارشی عملکردی و حتی پیامدهای درمانی تأثیر می‌گذارند. (۹)

دسته مهمی از عوامل شخصیتی بنیادی مهم در پدیدآیی پاتولوژی، طرح واره های ناسازگار اولیه EMS<sup>۲</sup> هستند. آن ها به عنوان الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب رسانی تعریف می شوند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته اند و در سیر زندگی تکرار می شوند. (۱۰) یانگ معتقد است برخی از این طرح واره ها-به ویژه آنها که به طور عمده در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند-ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک قرار بگیرند. یانگ هجده طرح واره ناسازگاران را در قالب پنج حوزه طرح واره معرفی می کند که عبارتند از: بریدگی و طرد<sup>۳</sup> (۱-رهاشدگی ایی ثباتی، بی-اعتمادی/سوء رفتار، ۳-محرومیت هیجانی، ۴-نقص/شرم، ۵-انزوای اجتماعی/بیگانگی)، خودمختاری و عملکرد مختل<sup>۴</sup> (۶-وابستگی ایی کفایتی، ۷-آسیب پذیری نسبت به ضرر/بیماری، ۸-خود تحول یافته، ۹-شکست)، محدودیت های مختل<sup>۵</sup> (۱۰-استحقاق/بزرگ منشی، ۱۱-خویشتر داری و خود-انضباطی ناکافی)، دیگر جهت مندی<sup>۶</sup> (۱۲-اطاعت، ۱۳-ایثار، ۱۴-پذیرش جویی/جلب توجه) و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری<sup>۷</sup> (۱۵-منفی گرایی/بدبینی، ۱۶-بازداری هیجانی، ۱۷-معیارهای سرسختانه/عیب جویی افراطی، ۱۸-تنبیه). طرح واره ها به دلیل ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود آمده اند. بیماران در اوایل زندگی به منظور انطباق با طرح واره ها، پاسخها و سبک های مقابله ای ناسازگاری را به وجود می آورند تا مجبور نشوند هیجان های شدید و استیصال کننده را تجربه کنند. این کار معمولاً منجر به تداوم طرح واره ها می شود. (۱۰) پژوهش ها نشان داده اند که طرح واره های ناسازگار اولیه با مشکلات و اختلال های روان شناختی مختلفی، نظیر اختلالات خوردن (۱۱ و ۱۲)، افسردگی (۱۵-۱۳)، استرس شغلی (۱۶)، و خودکشی گرایی (۱۷) مرتبط هستند.

از عوامل روان شناختی و شخصیتی دیگر که به نظر می‌رسد با بهزیستی روانی مرتبط است سبک تنظیم هیجان<sup>۸</sup> می باشد. اخیراً تنظیم هیجان به عنوان یک فرایند مهم در پژوهش و درمان آسیب شناسی روانی و برخی حالت

9. Negative Affect  
10. Self- Blame  
11. Acceptance  
12. Positive Refocusing  
13. Planning Refocusing  
14. Positive Reappraisal  
15. Rumination  
16. Putting into Perspective  
17. Catastrophising  
18. Blame-Others

1. Multifactorial  
2. Early Maladaptive Schemas  
3. Disconnection and Rejection  
4. Impaired Autonomy and Performance  
5. Impaired Limits  
6. Other-Directedness  
7. Overvigilance and Inhibition  
8. Emotion Regulation

فاتحی فر و عابدی (۳۵) ضریب اعتبار<sup>۴</sup> پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۴ و برای پنج حوزه آن به این شرح به دست آوردند: بریدگی و طرد ۰/۹۱، خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۹۰، محدودیت های مختل ۰/۷۳، دیگرجهت مندی ۰/۶۷ و گوش به زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۷۸. در مطالعه ای دیگر (۳۶) ضریب اعتبار پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ  $\alpha = 0.88$  به دست آمد. این ضریب برای حوزه های طرح واره ها در دامنه ای از ۰/۵۵ تا ۰/۸۹ قرار داشت.

#### پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان<sup>۵</sup> (CERQ)

این ابزار توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۲) تدوین شده است. پرسشنامه ای چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله ای شناختی افراد، پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت های منفی مورد استفاده قرار می گیرد. این پرسشنامه یک ابزار خود گزارشی است، و دارای ۳۶ ماده می باشد. که نحوه پاسخ به آن براساس مقیاس درجه بندی لیکرت در دامنه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. عبارات این پرسشنامه از نظر مفهومی ۹ خرده مقیاس متمایز از هم را تشکیل می دهند که هر یک به منزله راهبردی خاص از راهبرد های تنظیم شناختی هیجان و دارای ۴ عبارت است. خرده مقیاس ها عبارتند از سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری، فاجعه سازی، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، پذیرش. هر مقیاس نیز دارای چهار عبارت است که از طریق جمع بستن نمرات داده شده به هر عبارت، نمره ای هر خرده مقیاس (در دامنه ای از ۴ تا ۲۰) به دست می آید. در بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه گارنفسکی و همکاران اعتبار آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۸۷، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آوردند. (۳۷) در ایران اعتبار پرسشنامه از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ گزارش شد. (۳۸) در پژوهشی دیگر (۳۹) میزان آلفای کرونباخ ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ برای ۹ زیر مقیاس پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان به دست آمد.

داده های پژوهش با استفاده از روش های آماری توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیری و از طریق نرم افزار آماری SPSS<sup>۶</sup> مورد تحلیل قرار گرفت.

#### یافته ها:

اطلاعات و یافته های جمعیت شناختی گروه نمونه مانند سن، جنسیت، وضعیت تاهل و تحصیلات به تفکیک بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی و گروه کنترل در جدول ۱ گزارش شده است.

میانگین و انحراف استاندارد نمره های بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی و گروه کنترل در پنج حوزه طرح واره های ناسازگار اولیه و همچنین دو سبک تنظیم شناختی هیجان سازگاران و ناسازگاران در جدول ۲ ارائه شده است.

4. Reliability

5. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

6. Statistical Package for Social Science (SPSS)

از لحاظ طرح واره های ناسازگار اولیه و سبک تنظیم هیجان تفاوت وجود دارد.

#### روش بررسی:

پژوهش حاضر یک مطالعه پس رویدادی<sup>۱</sup> می باشد که به روش مقطعی<sup>۲</sup> انجام شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه افراد مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی مراجعه کننده به مراکز درمانی شهر ارومیه در سال ۱۳۹۲ را شامل شد. از جامعه فوق تعداد ۹۰ بیمار دارای تشخیص فوق که به بیمارستان امام خمینی و یک مطلب خصوصی متخصص گوارش مراجعه کرده بودند، پس از دریافت تشخیص اختلال گوارشی عملکردی توسط متخصص گوارش بر اساس ملاک های Rome III به محقق معرفی و به شیوه هدفمند انتخاب شدند. ملاک های ورود به مطالعه حاضر برای آزمودنی های بیمار، داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، دریافت تشخیص دقیق اختلال مورد نظر، جهت یابی سالم (وقوف به زمان و مکان) و همکاری و رضایت بیمار برای شرکت در مطالعه بود. گروه افراد عادی نیز از همراهان بیماران با توجه به همتا بودن از لحاظ متغیرهای تاثیرگذار به صورت دسترس انتخاب شدند. فقدان سابقه ی بیماری حاد جسمی و روانی، عدم مصرف داروهای روان گردان که به صورت خوداظهاری ارزیابی شد از ملاک های ورود افراد گروه کنترل به پژوهش بودند. رضایت شرکت کنندگان برای شرکت در پژوهش پس از توضیح کوتاه درباره پژوهش جلب شد، و سپس به وسیله ابزارهای پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که داده های پژوهش در یک بازه زمانی یک ماهه مراجعه به مراکز فوق گردآوری شد. در این پژوهش از پرسشنامه ویژگی های جمعیت شناختی، نسخه کوتاه پرسشنامه طرح واره های ناسازگار یانگ (YSQ-SF) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) استفاده شد.

#### نسخه کوتاه پرسشنامه طرح واره یانگ<sup>۳</sup> (YSQ-SF)

پرسشنامه طرح واره یانگ (فرم کوتاه): نسخه اصلی پرسشنامه طرح واره ها (YSQ)، توسط یانگ (۱۹۹۴) برای اندازه گیری طرح واره های ناسازگار اولیه ساخته شده است. همچنین شکل کوتاه پرسشنامه طرح واره ها (YSQ-SF) برای اندازه گیری ۱۵ طرح واره ناسازگار اولیه (یانگ، ۱۹۹۸) بر اساس فرم اصلی تهیه شده است. فرم بلند دارای ۲۰۵ سوال و فرم کوتاه ۷۵ سوال دارد. هر سوال بر روی یک مقیاس ۶ درجه ای (کاملاً غلط=۱، تقریباً غلط=۲، بیشتر درست تا غلط=۳، اندکی درست=۴، تقریباً درست=۵، کاملاً درست=۶) نمره گذاری می شود. در فرم کوتاه، هر طرح واره توسط پنج سوال سنجیده می شود. در این پرسشنامه، نمره بالا نشان دهنده طرح واره های ناسازگاران اولیه است. در پژوهش حاضر به منظور سنجش طرح واره های ناسازگار اولیه از فرم کوتاه (۷۵ سؤالی) پرسشنامه طرح واره یانگ استفاده شده است که ۱۵ طرح واره ناسازگار اولیه را در قالب ۵ حوزه می سنجد. پژوهش های مختلفی (۳۳ و ۳۴) ساختار عاملی و روایی سازه آن را تأیید کرده اند. ذوالفقاری،

1. Post Hoc

2. Cross-Sectional

3. Young Schema Questionnaire (YSQ)

جدول ۱: شاخص های جمعیت شناختی بیماران گوارشی و گروه کنترل

متغیر	سطح	بیماران گوارشی	گروه کنترل
سن	میانگین	۳۴/۵۱	۳۳/۶۵
	انحراف استاندارد	۱۲/۴۶	۸/۷۹
جنسیت	مرد	۴۵	۴۷
	زن	۴۵	۴۵
وضعیت تاهل	مجرد	۲۰	۲۳
	متاهل	۷۰	۶۹
	ابتدائی	۱۶	۱۵
تحصیلات	سیکل	۱۵	۱۰
	دیپلم	۳۲	۳۱
	کاردانی	۹	۱۳
	کارشناسی	۱۵	۱۹
	کارشناسی ارشد	۳	۴

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد گروه ها در حوزه های طرح واره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان

حوزه	گروه ها	میانگین	انحراف استاندارد
بریدگی و طرد	بیماران گوارشی	۵۲/۵۱	۱۵/۸۸
	گروه کنترل	۴۸/۹۵	۱۴/۴۸
خود گردانی و عملکرد مختل	بیماران گوارشی	۴۰/۲۸	۱۰/۶۶
	گروه کنترل	۳۷/۶۸	۹/۷۸
محدودیت های مختل	بیماران گوارشی	۲۸/۱۱	۷/۱۵
	گروه کنترل	۲۴/۷۷	۷/۰۳
دیگر جهت مندی	بیماران گوارشی	۲۶/۳۲	۶/۹۲
	گروه کنترل	۲۵/۷۰	۶/۱۵
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	بیماران گوارشی	۳۰/۴۲	۷/۵۵
	گروه کنترل	۲۷/۹۶	۶/۵۹
کل طرح واره ها	بیماران گوارشی	۱۷۷/۴۶	۳۴/۶۶
	گروه کنترل	۱۶۵/۰۵	۳۰/۲۷
تنظیم هیجان سازگارانه	بیماران گوارشی	۷۰/۳۱	۱۱/۵۳
	گروه کنترل	۶۹/۳۸	۱۱/۲۲
تنظیم هیجان ناسازگارانه	بیماران گوارشی	۴۷/۱۱	۹/۴۵
	گروه کنترل	۴۵/۷۷	۸/۶۷

بین دو گروه از لحاظ طرح واره های ناسازگار اولیه تفاوت وجود دارد، ولی از لحاظ تنظیم هیجان تفاوتی بین گروه ها یافت وجود نداشت. اگرچه پژوهش مشابهی که بتوان یافته های حاضر را با آن مقایسه کرد، یافت نشد، ولی نتایج

به منظور آزمون فرضیه پژوهش مبنی بر وجود تفاوت بین گروه بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی و گروه کنترل در پنج حوزه طرح واره های ناسازگار اولیه و همچنین دو نوع سبک تنظیم هیجان از روش تحلیل واریانس چند متغیری استفاده شد. برای استفاده از این روش ابتدا مفروضه های اساسی این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاصل از آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس متغیرها ( $F=۱/۸۶, p=۰/۱۷۳$ ) نشان داد که مفروضه یکسانی واریانس برقرار می باشد. همچنین نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای فرض نرمال بودن داده ها ( $Z=۰/۷۵۶, p=۰/۶۱۷$ ) نشانگر نرمال بودن توزیع نمره ها بود. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که اثر اصلی شاخص Hotelling Trace ( $F=۲/۷۳, p=۰/۰۲۱$ ) معنادار بود. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری برای مقایسه دو گروه در حوزه های طرح واره های ناسازگار اولیه و همچنین سبک های تنظیم هیجان در جدول ۳ ارائه شده است.

همان طور که نتایج جدول ۳ نشان می دهد تفاوت دو گروه در طرح واره های حوزه محدودیت های مختل، گوش به زنگی و همچنین نمره کل طرح واره ها معنادار می باشد. نتایج تحلیل تفاوت معناداری را بین دو گروه از لحاظ سبک های تنظیم هیجان نشان نداد.

به منظور بررسی دقیق تر تفاوت بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی و گروه کنترل در طرح واره ها به مقایسه نمره دو گروه در ۱۵ طرح واره ناسازگار اولیه پرداخته شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است. با توجه به این که بین دو گروه از لحاظ سبک های تنظیم هیجان سازگارانه و ناسازگارانه تفاوت معناداری یافت نشد، مقایسه دو گروه در زیرمقیاس های سبک های تنظیم هیجان انجام نگرفت.

### بحث:

اگرچه رابطه بین اختلال های روان شناختی و اختلالات گوارشی عملکردی هنوز به گونه ای روشن و شفاف مشخص نشده است، ولی این نکته که مشکلات و ویژگی های روان شناختی مختلفی با این اختلالات همراه هستند، انکارناپذیر می باشد. متأسفانه تلاش ها برای کشف عوامل روان شناختی و مهم تر از آن مکانیسم های تاثیر متقابل این عوامل با اختلالات گوارشی رضایت بخش نبوده است. اغلب بیماران درباره ارتباط بین اختلالات گوارشی و خصوصیات روان شناختی از بینش<sup>۱</sup> کافی برخوردار نیستند. بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی و گاهی حتی درمانگران آنها نیز، آگاهی اندکی از عوامل و ویژگی های روان شناختی و به ویژه شخصیتی تاثیرگذار در اختلالات گوارشی دارند که این امر منجر به تشخیص دیر هنگام بیماری، بررسی های غیرضروری، و موفقیت های درمانی اندک می شود. بسیاری از بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی از پذیرش نقش و تاثیر عوامل روان شناختی در پدیدآیی این دسته از اختلالات آکراه داشته و تمایلی به فرمول بندی مبتنی بر نقش عوامل روان شناختی ندارند. (۴) بر همین اساس هدف پژوهش حاضر مقایسه بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی با گروه کنترل از لحاظ طرح واره های ناسازگار اولیه و سبک های تنظیم هیجان بود. نتایج نشان داد که

1. Insight

جدول ۳: مقایسه گروه ها در حوزه های طرح واره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	حوزه های طرح واره
*NA	۲/۵۰	۵۷۸/۳۴	۱	۵۷۸/۳۴	بریدگی و طرد
NA	۲/۹۲	۳۵/۸۸	۱	۳۵/۸۸	خودگردانی و عملکرد مختل
۰/۰۰۲	۱۰/۱۲	۵۰۷/۳۲	۱	۵۰۷/۳۲	محدودیت های مختل
NA	۰/۴۱۷	۱۷/۸۶	۱	۱۷/۸۶	دیگر جهت مندی
۰/۰۱۶	۵/۵۱	۲۷۶/۵۹	۱	۲۷۶/۵۹	گوش به زنگی بیش از حد و بازداری
۰/۰۰۸	۶/۸۱	۷۲۱۱/۳۵	۱	۷۲۱۱/۳۵	کل طرح واره ها
NA	۰/۳۱۲	۳۹/۴۰	۱	۳۹/۴۰	تنظیم هیجان سازگاران
NA	۰/۹۹۳	۸۱/۶۱	۱	۸۱/۶۱	تنظیم هیجان ناسازگاران

\*NA : Not Significant

جدول ۴: نتایج مقایسه دو گروه در ۱۵ طرح واره ناسازگار اولیه

معناداری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	طرح واره
NA	۰/۷۵۳	۱۹/۳۲	۱	۱۹/۳۲	محرومیت هیجان
NA	۰/۵۶۰	۱۲/۵۹	۱	۱۲/۵۹	رهاشدگی
۰/۰۲۴	۵/۱۴	۱۰۳/۶۸	۱	۱۰۳/۶۸	بی اعتمادی/ بد رفتاری
NA	۱/۰۳	۱۴/۴۷	۱	۱۴/۴۷	بیگانگی/ انزوای اجتماعی
NA	۰/۳۱۲	۴/۴۸	۱	۴/۴۸	نقص/ شرم
NA	۱/۰۴	۱۴/۹۹	۱	۱۴/۹۹	شکست
NA	۰/۲۴۱	۲/۴۱	۱	۲/۴۱	وابستگی/ بی کفایتی
NA	۲/۵۴	۳۴/۸۲	۱	۳۴/۸۲	آسیب پذیری به ضرر/ بیماری
NA	۱/۸۰	۳۷/۹۸	۱	۳۷/۹۸	خود تحول نیافته/ گرفتار
NA	۰/۶۲۵	۱۰/۷۰	۱	۱۰/۷۰	اطاعت
NA	۰/۰۵۱	۰/۹۱۱	۱	۰/۹۱۱	ایثار
۰/۰۱۶	۵/۸۹	۱۱۸/۶۲	۱	۱۱۸/۶۲	بازداری هیجانی
NA	۱/۷۳	۳۲/۹۴	۱	۳۲/۹۴	معیارهای سرسختانه
۰/۰۲۵	۵/۱۱	۱۰۷/۳۲	۱	۱۰۷/۳۲	استحقاق
۰/۰۰۳	۹/۱۰	۱۴۸/۰۷	۱	۱۴۸/۰۷	خویشتن داری/ خودانظباطی ضعیف

\*NA : Not Significant

بررسی تحلیل یافته ها نشان می دهد که تفاوت عمده بیماران مبتلا به اختلالات گوارشی عملکردی و افراد عادی در طرح واره های ناسازگار اولیه به ویژه در حوزه محدودیت های مختل و همچنین گوش به زنگی بیش از حد و بازداری می باشد. بیمارانی که طرح واره های آنها در حوزه محدودیت های مختل قرار دارد، محدودیت های درونی شان در خصوص احترام متقابل و خویشتن داری به اندازه کافی رشد نکرده است. آنها ممکن است در خصوص احترام به حقوق دیگران، همکاری کردن، متعهد بودن یا دستیابی به اهداف بلندمدت مشکل داشته باشند. علاوه بر این، چنین بیمارانی اغلب خود

پژوهش حاضر به گونه غیر مستقیم با نتایج پژوهش های سایوو (۴) مبنی بر نقش مشکلات روان شناختی در اختلالات گوارشی عملکردی؛ مصطفائی، روشن، جدیری (۴۰) در زمینه مقایسه نگرش های ناکارآمد در بیماران مبتلا به زخم های گوارشی و افراد غیر مبتلا؛ مظاهری، افشار، محمدی، باقریان، ادیبی (۴۱) درباره بررسی ارتباط ویژگی های شخصیتی با اختلالات گوارشی عملکردی؛ و طاهری، جعفری، حسینیان (۴۲) در زمینه مقایسه ویژگی های شخصیتی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، بیماران مبتلا به سایر اختلالات گوارشی و افراد بهنجار همسو می باشد.

زنگ باشند و زندگی را طاقت فرسا در نظر بگیرند. این بیماران معمولاً در احساس بدبینی، نگرانی و ترس به سر می‌برند، به طوری که معتقدند اگر نتوانند در تمام لحظات خودهوشیار و مراقب باشند، ممکن است زندگی شان از هم بپاشد. (۳۶ و ۱۰) به نظر می‌رسد حالت هشدار و ترصد دائمی در این دسته از بیماران، منجر به ضعف قوای روانی و جسمانی آنها شده و سیستم ایمنی آنها را تضعیف می‌نماید و از این طریق باعث آسیب پذیری به اختلالات گوارشی می‌شوند. بیماران که طرح وارده بازداری هیجانی دارند، رفتارها، احساسات و روابط بین فردی خودانگیخته شان را محدود می‌کنند. آنها معمولاً این کار را برای جلوگیری از مورد انتقاد واقع شدن یا از دست دادن کنترل روی تکانه هایشان انجام می‌دهند. شایع ترین حوزه بازداری شامل بازداری خشم، و بازداری تکانه های مثبت مانند شوخی، محبت، برانگیختگی مثبت و سرزندگی، و همچنین تأکید بر عقلانیت و نادیده-گرفتن هیجان ها است. این بیماران اغلب افرادی کسالت آور، مقید، منزوی یا سرد و بی عاطفه به نظر می‌رسند. احتمالاً بر اساس الگوی زیستی-روانی-اجتماعی بازداری بیش از اندازه تکانه های مثبت درونی منجر به آسیب پذیری به اختلالات گوارشی می‌شود.

محدودیت روش شناختی عمده پژوهش حاضر عدم کنترل متغیرهای مختلف نظیر سطح مصرف داروهای گوارشی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی، و همچنین بررسی همابندی اختلالات گوارشی عملکردی با اختلال های روان شناختی بود. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود تا پژوهشگران در پژوهش های آتی ضمن بررسی همابندی<sup>۱</sup> اختلال های روانی با اختلالات گوارشی عملکردی، گروه های متجانس تری از این بیماران را انتخاب نمایند. همچنین بر اساس یافته های پژوهش حاضر به پزشکان به ویژه متخصصان گوارش توصیه می‌شود تا در هنگام کار با بیماران مبتلا به اختلالات گوارش عملکردی ضمن توجه به نقش عوامل روان شناختی، در صورت مشاهده پاتولوژی های روان شناختی موضوع ارجاع به روان شناس را مورد تأکید قرار بدهند تا از این رهگذر فرآیند درمان این بیماران با تکیه بر مدل زیستی-روانی-اجتماعی اثربخش واقع شود.

1. Comorbidity

خودخواه، بی مسئولیت یا خودشیفته به نظر می‌رسند. بیماران که طرح وارده استحقاق/بزرگ منشی دارند، خودشان را یک سر و گردن بالاتر از دیگران می‌دانند و در نتیجه حقوق و امتیازات خاصی برای خودشان قایل هستند. بیماران که این طرح وارده را دارند، خود را نسبت به رعایت احترام متقابل که پایه و اساس تعاملات اجتماعی سالم است، موظف نمی‌دانند. آن‌ها اغلب اصرار می‌کنند که می‌توانند هر کاری را که دلشان بخواهد، بدون توجه به هزینه‌ای که این کار برای دیگران دارد، انجام دهند. آنها دوست دارند به قدرت برسند تا بتوانند برتری خود را به رخ دیگران بکشند (مثل موفق شدن، مشهور شدن و پولدار شدن). این بیماران اغلب بیش از حد پرتوقع یا سلطه گر هستند و در روابط اجتماعی با مشکلات دیگران همدلی نمی‌کنند. به نظر می‌رسد این گونه الگوی رفتاری در زندگی افراد را مستعد ابتلا به اختلالات گوارشی می‌کند که واکنشی به مشکلات ناشی از الگوی طرح وارده ای آنها است. (۳۶ و ۱۰) بیماران که طرح وارده خویشتن داری/خودانضباطی ناکافی دارند، نمی‌توانند برای دستیابی به اهداف شان، خویشتن داری نشان دهند و ناکامی را به قدر کافی تحمل کنند. از سوی دیگر نمی‌توانند ابراز هیجان ها و تکانه های خودشان را کنترل کنند. در شکل های خفیف تر این طرح وارده، بیماران بر اجتناب از ناراحتی خیلی تأکید می‌کنند: به عنوان مثال سعی می‌کنند در روابط بین فردی، تعارضی ایجاد نکنند و از پذیرفتن مسئولیت های بیشتر، طفره می‌روند. (۳۶ و ۱۰)

بیمارانی که طرح وارده های آنها در حوزه گوش به زنگی قرار دارد، احساسات و تکانه های خودانگیخته را واپس زنی می‌کنند. آن‌ها اغلب تلاش می‌کنند تا بتوانند طبق قواعد انعطاف پذیر و درونی شده خودشان عمل کنند، حتی به قیمت این که خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط صمیمی یا سلامتی را از دست بدهند. دوران کودکی این بیماران ممکن است پر از خشونت، واپس زدگی و سختگیری بوده باشد و خویشتن داری و فداکاری بیش از حد بر خودانگیختگی و لذت غلبه داشته است. این بیماران احتمالاً در دوران کودکی به تفریح و شادی کردن تشویق نشده اند و در عوض یاد گرفته اند که در خصوص حوادث منفی زندگی گوش به

## REFERENCES

1. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatrybehavioral sciences. 10 th, trans; Rezaei F. Tehran: *Arjmand Publication*; 2010. [Persian].
2. Porcelli P, Affatati V, Bellomo A, De Carne M, Todarello O, Taylor GJ. Alexithymia and psychopathology in patients with psychiatric and functional gastrointestinal disorders. *PsychotherPsychosom* 2004;73:84-91.
3. Lembo T, Naliboff B, Munakata J, Fullerton S, Saba L, Tung S, et al. Symptoms and visceral perception in patients with pain-predominant irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol* 1999;94:1320-6.
4. Wu JC. Community-based study on psychological comorbidity in functional gastrointestinal disorder. *J GastroenterolHepatol* 2011;26:23-6.
5. Jones MP, Crowell MD, Olden KW, Creed F. Functional gastrointestinal disorders: an update for the psychiatrist. *Psychosom* 2007;48:93-102.
6. Drossman DA. The Rome Foundation and Rome III. *Neurogastroenterol Motil* 2007;19:783-6.
7. Talley NJ. Functional gastrointestinal disorders as a public health problem. *Neurogastroenterol Motil* 2008;20:121-9.
8. Levy RL, Olden KW, Naliboff BD, Bradley LA, Francisconi C, Drossman DA, et al. Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2006;130: 1447-58.
9. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, Todarello O. Alexithymia as predictor of treatment outcome in pa-

- tients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 2003;65:911-8.
10. Young, JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press.2003.
  11. Anderson K, Rieger E, Caterson I. A comparison of maladaptive schemata in treatment-seeking obese adults and normalweight control subjects. *J Psychosom Res* 2006;60:245-52.
  12. Leung N, Waller G, Thomas G. Core beliefs in anorectic and bulimic women. *J Nerv Ment Dis* 1999;187:736-41.
  13. Baranoff J, Oei T, Cho S, Kwon SM. Factor structure and internal consistency of the Young schema questionnaire (short form) in Korean and Australian samples. *J Affect Disord* 2006;93:133-40.
  14. Harris A, Curtin L. Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognit Ther Res* 2002;26:405-16.
  15. Waller G, Shah R, Ohanian V, Elliot P. Core beliefs in bulimia nervosa and depression: the discriminant validity of Young's Schema-Questionnaire. *Behav Ther* 2001;32:139-53.
  16. Bamber M, McMahon R. Danger – Early maladaptive schemas at work! The role of early maladaptive schemas in career choice and the occupational stress in health workers. *Clin Psychol Psychother* 2008;15:96-112.
  17. Dutra L, Callahan K, Forman E, Mendelsohn M, Herman J. Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *J Nerv Ment Dis* 2008;196:71-4.
  18. Kring AM, Sloan DM. Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, NY: Guilford.2010.
  19. Mennin D, Farach F. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clin Psychol* 2007;14:329-52.
  20. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In AM –Kring, DM. Sloan (Eds.), Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York, NY: Guilford.2010.
  21. Giuliani NR, Gross JJ. Reappraisal. In: Sander, D., Scherer, K.R. (Eds.), Oxford Companion to the Affective Sciences. Oxford University Press, New York, NY. 2009.
  22. Amstadter A. Emotion regulation and anxiety disorders. *Anxiety Disorder* 2008;22:211-22.
  23. Tice DM, Bratslavsky E. Giving in to feel good: The place of emotion regulation in the context of general self-control. *Psychol Inq* 2002;11:149-59.
  24. Garnefski N, kraaij V. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1659-69.
  25. Garnefski N, Grol M, Kraaij V, Hamming JF. Cognitive coping and goal adjustment in people with Peripheral Arterial Disease: Relationships with depressive symptoms. *Pati Educ Counsel* 2009;76:132-7.
  26. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, Cate RT. Brief report: cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc* 2009;32:449-54.
  27. Cakmak AF, Cevik EI. Cognitive emotion regulation questionnaire: Development of Turkish version of 18-item short form. *Afric J Bus Manag* 2010;4:2097-102.
  28. Vimz B, Pina w. The assessment of emotion regulation: Improving construct validity in research on psychopathology in Yoth. *J Psychol Behav Asse* 2010;10:169-178.
  29. Mennin D, & Farach F. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinica Psychol: Scie and Practi* 2007;14:329-52.
  30. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Pers Psychol Sci* 2008;:400-24.
  31. Samani S, Sadeghi L. Considering Ability of Psychometrics of cognitive emotion regulation Questionnaire. *Methods Journal & Psychological Models* 2009;1:51-62. [Persian].
  32. Gross JJ. Handbook of emotion regulation. New York: Guilford Press 2007.
  33. Oei, T, Baranoff J. Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Aust J Psychol* 2007;59:78-86.
  34. Lee CW, Taylor G, Dunn J. Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognit Ther Res* 1999;23:441-51.
  35. Sadooghi Z, Vafaiee M, Rasoolzadeh K, Esfahanian N. Factor analysis short-form Young schema questionnaire in Iranian nonclinical sample. *Iran J Psychiatry Clinical Psychology* 2007;4:214-9 [Persian].
  36. Yousefi R. The study effectiveness and comparison of schema-focused and life style-focused group training intervention in marital satisfaction enhancement. Doctoral Dissertation. Tehran; *Shahid Beheshti University* 2010 [Persian].
  37. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Pers Individ Dif* 2001; 30:1311-27.
  38. Yousefi F. The study relationship between cognitive emotion regulation styles with depression and anxiety in student. *Research Exceptional Children* 2006;6:871-92 [Persian].
  39. Abdi S, Babapoor J, Fathi H. Relationship between Cognitive Emotion Regulation Styles and General Health among University Students. *J Army Univ Med Sci Iran* 2011;8:258-64.
  40. Mostafae F, Roshan R, Jodeiri B. Comparing dysfunctional attitude and coping response between patients with peptic ulcer disease and healthy control. *J QUMS* 2012;16:44-50.
  41. Mazaheri M, Afshar H, Mohammadi N, Daghighzadeh H, Bagharian R, Adibi P. The Relationship the Dimensions of Alexithymia with Depression and Anxiety in patients with Functional Gastrointestinal Disorders. *J Res Behavioural Sci* 2010;16:94-104.
  42. Taheri M, Hasani J, Hosinian SM. The Comparison of the Personality Characteristics of the Irritable Bowel Syndrome Patients, Patients with other Gastrointestinal Diseases and Normal Individuals. *J Clin Psychol* 2012;4:53-61.

# The Comparison of Early Maladaptive Schemas and Cognitive Emotion Regulation Styles in Patient with Functional Gastrointestinal Disorders and Normal Group

**Rahim Yousefi**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Assistant Professor, Azarbijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran

## ABSTRACT

### **Background:**

Psychological factors have important role in vulnerability and maintenance of Functional Gastrointestinal Disorders (FGID). The aim of present study was the comparison of early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation styles in FGID patients and normal group.

### **Materials and Methods:**

For this purpose from Functional Gastrointestinal Disorders population that referred to therapeutic centers of Urmia city selected, 90 patient with FGID diagnosis and 90 normal group selected by purposive sampling. Data collected by YSQ-SF and CERQ, then analyzed by MANOVA method.

### **Results:**

Findings shows that two group significantly differed of early maladaptive schemas particularly in Impaired Limits and Over vigilance and Inhibition domains, but there was not relation in cognitive emotion regulation styles.

### **Conclusion:**

Early maladaptive schemas can be influence Functional Gastrointestinal Disorders (FGID), and should be considered.

**Keywords:** Early Maladaptive Schemas; Emotion Regulation; Gastrointestinal Disorders

*please cite this paper as:*

Yousefi R. The Comparison of Early Maladaptive Schemas and Cognitive Emotion Regulation Styles in Patient with Functional Gastrointestinal Disorders and Normal Group. *Govaresh* 2015;19:257-64.

### **Corresponding author:**

Rahim Yousefi, PhD

Tabriz- 35 kilometers of Azarshahr Road- Azarbijan

Shahid Madani University- Faculty of Education and

Psychology- Department of Psychology

Tel: + 98 41 34327500

Fax:+ 98 41 34327574

E-mail: yousefi@azaruniv.edu

Received: 22 Jun. 2014

Edited: 09 Nov. 2014

Accepted: 10 Nov. 2014