

بررسی مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با بدرفتاری روان‌شناختی و آسیب جنسی با نوجوانان عادی شهر زاهدان

غلامرضا ثناگوی محرر^۱، ثنا فدایی^۲

^۱ استادیار گروه روانشناسی، واحد زاهدان، دانشگاه آزاد اسلامی، زاهدان، ایران

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد زاهدان

چکیده

هدف مقاله حاضر بررسی مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با بدرفتاری روان‌شناختی و آسیب جنسی با نوجوانان عادی شهر زاهدان بود. تحقیق از نوع کاربردی با روش توصیفی، علی مقایسه‌ای (پس رویداردی) بود. جامعه آماری کلیه نوجوانان مواجهه با بدرفتاری روان‌شناختی و آسیب جنسی و نوجوانان شهر زاهدان بود. جهت انتخاب نمونه با مراجعه به مراکز بهزیستی تعداد ۷۵ نوجوان با آسیب‌های بدرفتاری و آسیب جنسی به تشخیص مشاور بهزیستی و ۷۵ نوجوانان عادی به صورت کاملاً هدفمند انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ (۱۹۹۴)، بدرفتاری روان‌شناختی دیلیلو و همکاران، (۲۰۱۵) و آسیب جنسی سبکتکین و همکاران (۱۳۹۶) استفاده شد. فرضیه‌های تحقیق با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون، آزمون t تحلیل شدند. نتایج نشان داد بین طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه با بدرفتاری روان‌شناختی، آسیب جنسی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند. در نتیجه‌گیری می‌توان گفت همراه شدن چند آسیب شناختی می‌تواند در تداوم و استمرار و هم‌پوشانی آن‌ها کمک‌کننده باشد و نیازمند درمان و پیشگیری است.

کلیدواژه‌ها: طرح‌واره‌های ناسازگارانه، بدرفتاری روان‌شناختی، آسیب جنسی

مقدمه

بدرفتاری با کودک در محیط خانواده از سوی افراد خانواده و نزدیکان به صورت بدرفتاری جسمی، جنسی، عاطفی و یا مسامحه می‌باشد که منجر به آسیب قابل ملاحظه جسمانی و روان‌شناختی می‌شود و سلامت کودکان و نوجوانان را مورد تهدید قرار می‌دهد (پاور، لکی تامپسون، فیشر، کوهن وودز، هوسانگ، اوهر و همکاران^۱، ۲۰۱۳). از بین بدرفتارهای دوران کودکی بدرفتاری روان‌شناختی شیوع بالاتری دارد و زمینه‌ساز انواع اختلالات روانی است (کوتس و مسمن مور^۲، ۲۰۱۴). بدرفتاری روان‌شناختی می‌تواند مشکلات متعددی ایجاد کند که در شکل‌گیری ساختار نظام روان‌شناختی فرد و به تبع آن در عملکرد در بزرگسالی مؤثر خواهد بود (بشرپور و هرنگ ز، ۱۳۹۹).

بدرفتاری جنسی برخلاف بدرفتاری جسمی که آشکار است بیشتر به صورت پنهان فرد مورد سوءاستفاده قرار می‌گیرد. بدرفتاری روان‌شناختی فرد مورد تحقیر و تمسخر قرار گرفته و کودک همواره با مقایسه خود با دیگران، خود را بی ارزش و موجودی خوار به حساب می‌آورد. بدرفتاری عاطفی یا غفلت نوعی شکست و ناکامی در طول زمان که به واسطه بی‌توجهی و کم‌محبوبی والدین و سایر اعضای خانواده که مسئول رشد و رفاه کودک هستند، ایجاد می‌شود؛ بنابراین این گونه کودکان در دوره نوجوانی گریز از خانه را انتخاب نموده، چرا که بودن یا نبودن آن‌ها در خانه برای کسی اهمیت ندارد و در بزرگسالی آسیب جدی روانی را تجربه می‌کنند (تاجیک نژاد، ۱۳۹۵).

در دیدگاه شناختی افکار آشفته عامل بروز اختلالات هیجانی هستند و افکار و تکانه‌های مزاحم هنگامی منجر به آشفتگی می‌گردند که در فرد مهم تلقی شوند و با افکار منفی خودآیند مرتبط هستند، لذا ارزیابی شناختی طرح‌واره‌ها، باورها در افراد از یک موقعیت سازگاری آن‌ها را تحت الشعاع قرار می‌دهد و آنچه اهمیت دارد این فرایندهای منفی در بسیاری از اختلالات روان‌شناختی و مشکلات رفتاری نقش ایفا می‌کنند و منجر به تشدید رنج‌های فرد می‌گردند (سهرابی، خانجانی، اعظمی، خانجانی، مام شریفی و فروغی نژاد، ۱۳۹۳).

یانگ و همکاران در اهمیت طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه ارضاء نشدن پنج عامل را مهم می‌دانند که شامل دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در مطرح نمودن نیازها و هیجان‌های سالم، خودانگیختگی و تفریح و محدودیت واقع بینانه و خویش‌تنداری می‌باشند. به عقیده وی آنچه در طرح‌واره‌ها مهم به نظر می‌رسد در کودکی یا نوجوانی بر اثر تعامل خلق و خوی هیجانی فرد در ارتباط با وقایع دردناک ایجاد می‌شوند و در ادامه روند زندگی به حیاط خود ادامه می‌دهند (یانگ^۳، ۲۰۰۳).

مبانی نظری**آسیب جنسی**

آمریکا بر مبنای پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری انجمن روانشناسی آمریکا^۴ (۲۰۱۳) آسیب‌های جنسی در حوزه کارکرد جنسی گروهی از آسیب‌های بالینی می‌باشند که به ناتوانمندی فرد در پاسخ جنسی و یا تجربه لذت جنسی در فرایند آموزش جنسی اشاره می‌کند. اختلالات جنسی می‌تواند در پاسخ فیزیولوژیکی جنسی یا همان میل جنسی اتفاق افتاد (سلیگمن، واکر و روزنهان^۵، ۲۰۰۱).

پنج لایه زندگی جنسی

جهت درک چگونگی بررسی مشکلات جنسی باید ابتدا ساختار جنسی انسان درک گردد. با این هدف سلیگمن و همکاران (۲۰۰۱) ساختار زندگی جنسی را در پنج لایه طبقه بندی نمودند که هر یک از این لایه‌ها بر روی لایه زیرین بنا می‌شود.

¹ Power, Lecky-Thompson, Fisher, Cohen-Woods, Hosang, Uher et al

² Coates & Messman-Moore

³ Young

⁴ 5th edition of the Diagnostic and Statistical Manual of the American Psychological Association

⁵ Seligman, Walker & Rosenhan

هویت جنسی لایه مرکزی در نظر گرفته شده، لایه بعدی آن گرایش جنسی است در پی آن علاقه جنسی و بعد از آن نقش جنسی و سپس سطح هم عملکرد یا کارکرد جنسی مطرح می‌شود. اختلالات جنسی می‌تواند در هر کدام از لایه‌ها اتفاق افتد هرچه لایه‌ها عمیق‌تر باشند تغییر در آن‌ها دشوارتر خواهد بود با این نگاه به زندگی جنسی می‌توان گفت چنانچه در لایه مرکزی مشکلی ایجاد شود نارضایتی جنسی اتفاق می‌افتد تغییر آن نیز به آسانی صورت نگرفته و بسیار سخت خواهد بود.

لایه نخست، هویت جنسی

اولین لایه، هویت جنسی می‌باشد. هویت جنسی با اندام‌های جنسی هماهنگ بوده در صورتی که فرد آلت تناسلی داشته باشد، مذکر گفته می‌شود و اگر مهبل داشته باشد، مونث می‌گویند. گسستگی نادر و شگفت‌انگیزی که بین هویت جنسی و اندام‌های جنسی در برخی از افراد وجود دارد گویای این مطلب است که بین هویت جنسی و اندام‌های جنسی در برخی افراد وجود داشته که هویت جنسی کاملاً مستقل هم وجود دارد. برخی از افراد که به علت داشتن آلت تناسلی مردانه و یک جفت کروم XY مرد خوانده می‌شوند حس زنانگی دارند که در بدن مردانه آن‌ها گرفتار شده است. برخی افراد هم که به دلیل مهبل و یک جفت کروموزوم XX زن هستند، حس مردانگی دارند که در بدن‌های زنانه گرفتار شده‌اند. این افراد به اختلالات نارضایتی جنسی مبتلا هستند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳)

لایه دوم، گرایش جنسی

دومین لایه، زندگی جنسی که مستقیماً پس از جنسیت و هویت جنسی قرار گرفته، گرایش جنسی می‌باشد و بر همجنس‌گرایی و غیرهمجنس‌گرایی با پیوستاری از دوجنس‌گرایی که در حد فاصله میان آن‌ها قرار دارد، دلالت می‌کند. خیال‌پردازی جنسی، گرایش جنسی را تعیین می‌کند، چنانچه فرد فقط در مورد جنس مخالف خیال‌پردازی جنسی داشته باشد انحصاراً ناهمجنس‌گرا می‌باشد. اگر خیال‌پردازی‌های جنسی فقط در مورد افراد همجنس باشد، همجنس‌گرا می‌باشد و اگر خیال‌پردازی جنسی هر دو جنس را شامل شود و غالباً با هر دو نوع خیال‌پردازی به خود ارضایی برسد، فرد دوجنس‌گرا نامیده می‌باشد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۱).

لایه سوم ترجیح جنسی

ترجیح جنسی، تمایل یا علاقه جنسی می‌باشد که به معنای تیپ‌های اشخاص، بخش‌های بدن و یا موقعیت‌هایی را شامل می‌شود که موضوع خیال‌پردازی جنسی می‌باشد. برای بسیاری از مردان صورت، سینه، باسن، بیشترین تحریک‌پذیری را دارد. در مقابل بسیاری از زنان هم سینه، شانه، بازوان، باسن، صورت مردان منجر به تحریک‌پذیری در آنان می‌شود. این در حالی است که زنان برخلاف مردان به یک قسمت خاص از بدن تمرکز نمی‌کنند بلکه بیشتر کل صحنه و عموماً صحنه‌هایی رمانتیک است که به طور معمول موضوع خیال‌پردازی آن‌ها واقع می‌گیرد. موارد مطرح شده علائق جنسی جهانی و تام نمی‌باشند. بسیاری از مردم در تمنای اشیای غیر عادی با مانندپاها، گوش‌ها، مو، ناف، دامن و یافت‌های پلاستیکی چون، شورت‌های زنانه، جوراب‌های ساق بلند، شلوار جین یا موقعیت‌های غیر معمول مانند دزدی نگاه کردن، عورت‌نمایی، درد کشیدن، متحمل نمودن درد به زوج جنسی خود هستند. زمانی که موارد مذکور با دیگر اشیای عجیب و غریب مانع از ایجاد رابطه محبت‌آمیز با یک انسان بالغ و راضی به رابطه شود، در این صورت انحراف به سمت اختلال جنسی روی کرده و اختلال پارافیلیک اتفاق می‌افتد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۱).

لایه چهارم: نقش جنسی

نزدیک‌ترین سطح به واپسین لایه، نقش جنسی نام دارد که به معنای ابراز آشکار هویت جنسی یعنی آنچه فرد برای دلالت بر مرد یا زن بودن خود می‌گوید یا انجام می‌دهد و با آن همانند سازی می‌کند. نقشی که فرد اختیار می‌کند برگرفته از هویت

جنسی، گرایش جنسی و علایق جنسی آنان می‌باشد. بسیاری از افراد که احساس مرد بودن دارند نقش جنسی مذکر و بسیاری از افراد که حس زن بودن دارند نقش جنسی مؤنث را برمی‌گزینند. هرچند که این نکته مهم جنسی وابسته به فرهنگ هستند و یک دوره فرهنگی با دوره دیگر تفاوت دارد. همچنین وجود مستقل نقش‌های جنسی دلالت بر این دارد که مردان و زنان همیشه نقش‌های جنسی مناسب با جنسیت خود را اخذ نمی‌کنند. برخی رفتار پرخاشگرانه و سلطه جو دارند و برخی منفعل و سلطه پذیر هستند. هرچند که انتساب سلطه جویی به مردان و انفعال به زنان وابسته به فرهنگ است و در دوره‌های گوناگون فرهنگی متفاوت است. گاهی از نقطه نظر تکاملی توجیه می‌شوند. در این سطح هیچ طبقه تعریف شده‌ای به عنوان اختلال وجود ندارد (آدامز و آرچر^۶، ۱۹۹۴).

لایه پنجم کارکرد جنسی

واپسین لایه، کارکرد جنسی و عملکرد جنسی است. عملکرد فردی که در یک موقعیت جنسی مناسب در کنار یک زوج جنسی مناسب که بالغ و راضی به رابطه است از خود نشان می‌دهد. اختلال‌های جنسی که در این لایه وجود دارد در سه حوزه میل جنسی، برانگیختگی جنسی و ارگاسم اتفاق می‌افتد (سلیگمن و همکاران، ۲۰۰۱).

آسیب جنسی

واژه «آسیب» در لغت به معنی «آزار»، «گزند»، «رنج»، «صدمه»، «زیان»، «خسارت»، «ضربه» و «ضرر» آمده که ضرر نیز به معنی ضد نفع است (عمید، ۱۳۸۵). در اصطلاح فقهی از «آسیب» به «خسارت و ضرر» یاد می‌شود که بحث گسترده آن از جمله حرمت و مسئولیت، در قالب قاعده فقهی «لاضرر و لاضرار» بیان شده است (بجنوردی، ۱۳۷۷)؛ نمونه پرواضح آن آیه ۲۳۳ سوره بقره است، یعنی نه مادر (به خاطر اختلاف با پدر) حق ضررزدن به کودک را دارد و نه پدر؛ در واقع هر گونه تقصیری از جانب والدین در تربیت جسمی و روحی کودک را شامل می‌شود و آن را مورد نهی قرار می‌دهد (رشید الرضا، ۱۴۰۳). از این رو، غفلت و اهمال در تربیت کودکان می‌تواند دربردارنده زیان‌ها و خساراتی باشد که زندگی فردی و اجتماعی‌شان را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به گونه‌ای که برخی از این زیانها و خسارات به دنبال انحراف و ناهنجاری جنسی حادث می‌شود و به آن‌ها آسیب جنسی گفته می‌شود. همچنین به هر تمایل و رفتار جنسی غیر طبیعی و انحرافی که به هر شیوه‌ای، به سلامت جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی فرد آسیب برساند و او را از تعالی و رشد انسانی باز دارد، ناهنجاری جنسی می‌گویند (فقیهی، ۱۳۸۲، نقل از سیاف، ۱۳۹۰).

بدرفتاری روان‌شناختی

بدرفتاری بدرفتاری واژه کلی می‌باشد که برای توصیف اقدامات عمدی یا غیر عامدانه از طرف والد یا مراقب برای کودک استفاده می‌شود که منجر به آسیب رسیدن فیزیکی یا روانی می‌شود. بدرفتاری: آزار فیزیکی، جنسی، احساسی و غفلت را شامل می‌شود. پیامدهای بدرفتاری بر کودکان متعدد و جدی است و در شدیدترین حالت منجر به مرگ کودک می‌گردد. از طرفی امکان دارد در بدرفتاری معلولیت‌های مانند آسیب مغزی، ضایعه نخاعی، ضربه مغزی، عقب ماندگی ذهنی، عقب ماندگی ثانویه در کودک ایجاد شود.

پیامدهای بدرفتاری

در نوجوانان دارای سابقه بدرفتاری دوران کودکی خود انتقادی در ارتباط آزار جسمی و خود خروجی بدون خودکشی نقش میانجی دارد. به نظر می‌آید که بدرفتاری و آزارهای دوران کودکی موجب می‌شود نوجوانان در حوزه‌های هیجانی، ارتباطی و ابزاری دچار خود بی‌کفایتی پنداری گردند (خانی، حکیم شوشتری، برجعلی، گلزاری و فلسفی نژاد، ۱۳۹۳).

⁶ Adams and Archer

بدرفتاری روان‌شناختی

کودک آزاری عاطفی، هر نوع حمله کلامی به حس ارزشمندی و سلامت کودک یا هر نوع رفتار تهدید آمیز تحقیر آمیز علیه کودک گفته می‌شود. از بین انواع گوناگون بدرفتاری فقط بدرفتاری عاطفی می‌باشد که احتمال می‌رود به صورت مستقل اتفاق بیفتد و دیگر انواع آن عموماً به تنهایی و بدون وجود بدرفتاری عاطفی اتفاق نمی‌افتد (میلز و همکاران^۷، ۲۰۱۵).

اهمیت بدرفتاری شناختی

کودک آزاری از جمله متداول ترین و پیچیده ترین مسئله و معضل روانی اجتماعی جامعه های امروزی است. روزانه هزاران کودک و نوجوان در سن گرسنه می مانند، کتک می خورند، اذیت و آزار می شوند، شکنجه جسمی و جنسی می گردد و از طریق مراقبین خود مورد سوءاستفاده و یا غفلت قرار می گیرد. برخی از کودکان در معرض شکل های مختلفی از آزار و اذیت جسمی و جنسی قرار نمی گیرند اما از انواع آزارهای روان شناختی مانند ترک شدن، تمسخر، مورد ریشخند قرار گرفتن و ترسانده شدن رنج می برند. ابعاد روانی را نیز می توان در زمینه های اختلال و ناهنجاری های روانی - شخصیتی گسترده ای چون رفتار تکانشی، پرخاشگری، انزوا، بی اشتها، پر اشتها، افراطی و رفتار تظاهر به خودکشی و نمایشی، افسردگی و در مورد سوءاستفاده جنسی، رفتارهای وسواسی، اختلالات خواب، کاهش عزت نفس و اقدام به خودکشی مورد مطالعه قرار داد (رستمی، عبدی و حیدری، ۱۳۹۳).

تأثیرات بدرفتاری روان‌شناختی

در تعامل با مکانیسم های شناختی عقیده بر این می‌باشد که بدرفتاری روان‌شناختی در دوران کودکی امکان دارد باعث پیام های متنی درونی در زمینه حوادث زندگی گردد (محمد پور و همکاران، ۱۳۹۵). به طوری که در طول زمان این کودکان خود را سزاوار بدرفتاری دانسته و در صورت مزمن بودن این نوع رفتارها امکان دارد به این نتیجه برسند که تجربه آن‌ها اجتناب ناپذیر می‌باشد یا به دلیل وجود چیز منفی در وجود آن‌ها است. با گذشت زمان این نتیجه‌گیری های منفی در زمینه بدرفتاری ها به سایر اتفاقات و حوادث زندگی شان تاملین می یابد و منجر به این باور می‌شود که حوادث منفی به صورت اجتناب ناپذیر و توسعه انگیز می باشند. این سبک اسناد منفی کلی و تعمیم یافته منجر به آسیب نسبت به اختلالاتی چون افسردگی می گردد (کوتاز و همکاران^۸، ۲۰۱۴).

دیدگاه فروید

در دیدگاه فروید^۹ شخصیت انسان سه عنصر نهاد، من، من برتر را شامل می‌شود. نهاد منبع نیروی غریزی در افراد است. از اصل واقعیت تبعیت می‌کند، تحلیل می‌کند، درک می‌کند و ناسازگار است. من برتر در اوایل کودکی به وجود آمده و از اصل کمال جویی و اصل آرمانی اطاعت می‌کند. من برتر برای فرد وجدان اخلاقی مهیا می‌سازد و او را با الزام های اجتماعی آشنا می‌کند. وجود تمامیت در نیروی روانی به منظور ایجاد تعادل بین نهاد من و من بدتر از الزامات سلامت روان می‌باشد. از دیدگاه فروید بنیانگذار نظریه روان تحلیلی، سلامت روان به معنای سازگاری فرد با انتظارات و فشارهای جامعه می‌باشد که در آن زندگی می‌کند. همچنین ویژگی های خاصی که برای سلامت ضروری می‌باشند. خودآگاهی است به این معنا که هر آنچه ممکن است در ناخودآگاه بروز اشکال کند، باید به صورت خودآگاه در فرد ایجاد شود و خودآگاهی عنصر اصلی سلامت است هر چند کافی نباشد. به نظر فروید سلامت روان یک ایده آل است که بیشتر مردم از آن برخوردار نیستند (خدارحیمی ۱۳۷۴، نقل از شهوندی، ۱۳۹۸).

⁷ Mills et al

⁸ Kutaz et al

⁹ Freud

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

طرح‌واره‌های اولیه الگوهای توسعه یافته و نافذ می‌باشند که در کودکی آغاز می‌شود و در طول زندگی قابل تکرار هستند. همچنین شناخت درمانگران عقیده دارند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه قدیمی‌ترین زیرمقیاس‌های شناختی به حساب می‌آیند و حتی گاهی مواقع بیش از آنکه کودک زبان را یاد بگیرد در او شکل می‌گیرد و غالباً نفوذ خود را بر سیستم پردازش اطلاعات در زیر آستانه هوشیاری اعمال می‌نماید و حالتی خودآیند هستند. اصولاً ماهیت ناسازگار طرح‌واره‌ها زمانی ظاهر می‌گردد که افراد در فرایند زندگی خود و در تعامل با دیگران به طوری عمل می‌کنند که طرح‌واره‌های آن‌ها تایید گردد حتی اگر برداشت اولیه آن‌ها درست نباشد. یانگ آن دسته از طرح‌واره‌ها را که باعث تشکیل مشکلات روان‌شناختی می‌گردد طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه نامید (سیمارد، ماس و پاسکوزو^{۱۰}، ۲۰۱۱).

مروری بر تحقیقات داخلی

شاملی، محمدی و هادیان فرد (۱۴۰۱) در بررسی رابطه بدرفتاری‌های دوران کودکی و سلامت روان با میانجی اجتناب تجربه ای در دانشجویان دختر نتایج نشان داد اجتناب تجربه ای در ارتباط بدرفتاری دوران کودکی با افسردگی، اضطراب و استرس نقش میانجی دارد.

رحمانی و الله قلی (۱۳۹۷) در مطالعه ای با تبیین آسیب‌های جنسی دختران شهر تهران نتایج بررسی‌ها نشان داد آسیب‌های جنسی دو نوع آسیب جسمی و روانی را شامل می‌شوند که جهت پیشگیری از آسیب‌ها نیاز به تقویت مهارت‌های مدیریت رابطه، افزایش آگاهی، پرهیز از ارتباط غیر متعهدانه، بازسازی باورهای فرهنگی می‌باشد.

محمدپور و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه ای با پیش بینی نشانه‌های افسردگی به دنبال بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی: نقش واسطه ای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان نتایج نشان داد بین بدرفتاری روان‌شناختی با طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و دشواری در تنظیم هیجان ارتباط مثبت و معنی دار وجود دارد. بدرفتاری روان‌شناختی به واسطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان، افسردگی را پیش بینی می‌کند.

مروری بر تحقیقات خارجی

شنگ و همکاران^{۱۱} (۲۰۱۲) در بررسی بدرفتاری روان‌شناختی با راهبردهای اجتناب نشان دادند کودکانی که مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند به طور مکرر از راهبردهای اجتناب استفاده می‌کنند.

گیب، آلیاژ، آبرامسون و مارکس^{۱۲} (۲۰۰۸) در بررسی انواع بدرفتاری روان‌شناختی در کودکان نشان دادند در کودکانی که در معرض بدرفتاری روان‌شناختی قرار می‌گیرند، انواع بدرفتارها بسیار برجسته است چرا که به طور صریح به آن‌ها گفته می‌شود بی ارزش هستند، دوست داشتنی نیستند و مورد تمسخر و تحقیر قرار می‌گیرند.

مسمن مور و کوتس^{۱۳} (۲۰۰۷) در بررسی بدرفتاری روان‌شناختی با باورهای منفی نشان دادند بدرفتاری روان‌شناختی و سوءاستفاده از افراد منجر به عقاید منفی در بسیاری از حیطه‌های زندگی در فرد می‌شود و بر انتظارات فرد از خود و دیگران در جهت افزایش ابتلاء به افسردگی مؤثر است.

روش تحقیق

روش تحقیق را می‌توان روش علمی منظم دانست که در نتیجه آن پاسخ‌هایی برای سؤال‌های مطرح شده پیرامون موضوع تحقیق به دست می‌آید. (خاکی، ۱۳۷۸). تحقیق از نوع کاربردی با روش توصیفی، علی مقایسه‌ای (پس رویداردی) بود.

¹⁰ Simard, Moss & Pascuzzo,

¹¹ Schenck et al

¹² Gibb, Alloy, Abramson & Marx

¹³ Messman-Moore & Coates

هدف اصلی

بررسی مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با بدرفتاری روان‌شناختی و آسیب جنسی با نوجوانان عادی شهر زاهدان

هدف های فرعی

- مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با بدرفتاری روان‌شناختی با نوجوانان عادی شهر زاهدان
- مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با آسیب جنسی با نوجوانان عادی شهر زاهدان

ابزار مطالعه در این پژوهش

جهت جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های طرح‌واره‌های ناسازگارانه، بدرفتاری روان‌شناختی و آسیب جنسی استفاده شد.

۱- پرسشنامه بدرفتاری روان‌شناختی^{۱۴} (AMI-۲۴)

این پرسشنامه ۲۴ آیتمی می‌باشد که توسط (دی لیلو، دی گوکراس، دی لورتو-کلگان و نش^{۱۵}، ۲۰۱۵) ساخته شده است. پنج زیرمقیاس شامل پاسخگویی هیجانی: سوالات ۱ تا ۶، طرد کردن/ترساندن: سوالات ۷ تا ۱۲، غیر اخلاقی/غیر قانونی: سوالات ۱۳ تا ۱۶، پرتوقع/انعطاف‌ناپذیری: سوالات ۱۷ تا ۱۹ و منزوی سازی: سوالات ۲۰ تا ۲۴ می‌باشد. پاسخ دهندگان در یک طیف ۵ نمره‌ای کاملاً مخالف=۱ و کاملاً موافق=۵ به آن پاسخ خواهند داد (کواتس و مسمن‌مور، ۲۰۱۴). آلفای همسانی درونی برای مقیاس حاضر در بین دانشجویان بین ۹۰ تا ۹۶ درصد بوده است (کواتس و مسمن‌مور، ۲۰۱۴). در پژوهش کواتس و مسمن‌مور آلفای همسانی درونی برای مقیاس عدم پاسخ‌گویی از نظر هیجانی ۹۱ درصد، برای مقیاس طرد کردن/ترساندن ۸۰ درصد، برای مقیاس غیر اخلاقی/صادقانه نبودن ۸۵ و برای مقیاس پرتوقع/انعطاف‌ناپذیر ۷۰ درصد بود (کواتس و مسمن‌مور، ۲۰۱۴). آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در مطالعه محمدپور و همکاران (۱۳۹۵) ۸۹ درصد بود.

۲- پرسشنامه هراس از تعرض^{۱۶}

پرسشنامه سبکتکین، ترکاری مجتبی و ایرج (۱۳۹۶) دارای ۹ سوال است که نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه‌ای (خیلی کم، کم، متوسط، زیاد، خیلی زیاد) می‌باشد برای بدست آوردن امتیاز کل، مجموع امتیازات مربوط به تک تک سوالات را با هم محاسبه نمائید. این امتیاز دامنه‌ای از ۹ تا ۴۵ خواهد داشت. کمتر از ۱۵ هراس از تعرض کم و بالاتر از ۳۱ هراس از تعرض زیاد است. در پژوهش سبکتکین و همکاران (۱۳۹۶) روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفت. برای بررسی اعتبار مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب ۰/۷۷ بدست آمد.

۳- پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ فرم - کوتاه^{۱۷} (YSQ-sf2) :

این پرسشنامه ۷۵ آیتم دارد که توسط یانگ در سال (۱۹۹۴) بر پایه ی یافته‌های اشمیت و همکاران برای ارزیابی ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه ساخته شده است. این ۱۵ طرح‌واره در درون پنج حوزه بریدگی و طرد، (۱ تا ۳۰)، خودگردانی و عملکرد مختل، (۳۱ تا ۴۵)، دیگر جهت‌مندی، (۴۶ تا ۵۵)، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (۵۶ تا ۶۵) و محدودیت‌های مختل (۶۶ تا ۷۵) مطابق با حوزه‌های تحولی اولیه قرار گرفته است. هر آیتم بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای (کاملاً غلط ۱، تقریباً غلط ۲، بیشتر درست است یا غلط ۳، اندکی درست ۴، تقریباً درست ۵، کاملاً درست ۶) نمره گذاری می‌شود. اشمیت و همکاران برای

¹⁴ The Psychological Maltreatment Inventory

¹⁵ DiLillo, DeGueKras, Di Loreto-Colgan, & Nash

¹⁶ Fear of aggression questionnaire

¹⁷ Young Form Early Incongruent Schemas Questionnaire

هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب الفایی از ۸۳٪ تا ۹۶٪ به دست آوردند و ضریب باز آزمایشی در جمعیت غیر بالینی بین ۵۰٪ تا ۸۲٪ بود. تین و بارانوف (۲۰۰۷) ساختار عاملی و دیگر نیز ساختار عاملی و روایی سازه این مقیاس را تایید کردند. در ایران آهی و همکاران (۱۳۸۶) با آزمون آلفای کرونباخ این پرسشنامه در جمعیت مؤنث ۹۷٪ و در جمعیت مذکر ۹۸٪ گزارش شده است و روایی این پرسشنامه را تایید کردند.

تجزیه و تحلیل داده های پژوهش

توزیع متغیرهای مطالعه

جدول ۱ نحوه توزیع متغیرهای مورد مطالعه را از لحاظ نرمال بودن نشان می دهد.

جدول ۱: شاخص های وضعیت توزیع متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	کجی	کشیدگی	Z کولموگروف-اسمیرنف	سطح معناداری
بدرفتاری روان شناختی	بهبزستی	-۰/۵۸	-۰/۳۸	۰/۹۳	۰/۳۴
	عادی	۱/۵۱	۱/۹۶	۱/۳۴	۰/۰۵۵
پاسخگویی هیجانی	بهبزستی	-۰/۵۱	-۰/۰۶	۰/۷۵	۰/۶۲
	عادی	۱/۵۵	۱/۰۳	۱/۶۶	۰/۰۰۸
طرد کردن/ترساندن	بهبزستی	-۰/۷۳	-۰/۰۴	۱/۲۱	۰/۱
	عادی	۱/۷۹	۱/۹۳	۱/۶۱	۰/۰۱
غیر اخلاقی/غیر قانونی:	بهبزستی	-۰/۵۵	-۰/۴۷	۱/۰۴	۰/۲۲
	عادی	۱/۴۴	۱/۳۸	۱/۸	۰/۰۰۳
پرتوقع/انعطاف ناپذیری:	بهبزستی	-۰/۳	-۰/۷۵	۰/۹۲	۰/۳۶
	عادی	۱/۹۸	۴/۲	۱/۸۴	۰/۰۰۲
منزوی سازی	بهبزستی	-۰/۶۹	-۰/۱۸	۱/۰۷	۰/۲
	عادی	۱/۸۱	۱/۱۴	۱/۸۵	۰/۰۰۲
آسیب جنسی	بهبزستی	-۰/۳۴	-۰/۲۱	۰/۷۵	۰/۶۱
	عادی	۰/۸۱	۰/۲۵	۱/۱۸	۰/۱۲
طرحواره محرومیت هیجانی	بهبزستی	-۰/۴۷	-۰/۶۱	۰/۸۴	۰/۴۶
	عادی	۱/۲۳	۱/۲۶	۱/۵۳	۰/۰۱۸
طرحواره رها شدگی/بی ثباتی	بهبزستی	-۰/۱۸	-۱/۱۷	۰/۷۶	۰/۶۱
	عادی	۱/۲۸	۱/۲۴	۱/۷۸	۰/۰۰۴
طرحواره بی اعتمادی/بدرفتاری	بهبزستی	-۰/۳۳	-۰/۷۲	۱/۱۲	۰/۱۵
	عادی	۱/۲۵	۱/۳۱	۱/۵۹	۰/۰۱۳
طرحواره انزوای اجتماعی/بیگانگی	بهبزستی	-۰/۱۸	-۰/۹۵	۰/۹۳	۰/۳۴
	عادی	۰/۸۱	۰/۵۸	۱/۲۱	۰/۱
طرحواره نقص/شرم	بهبزستی	-۰/۱۹	-۱/۱۷	۰/۸۹	۰/۴
	عادی	۰/۹۷	۰/۶۹	۱/۱۷	۰/۱۲
طرحواره شکست	بهبزستی	۰/۱	-۱/۱۲	۱/۲	۰/۱۱
	عادی	۰/۹۸	۱/۳۲	۱/۳۹	۰/۰۴۲

۰/۳۱	۰/۹۶	-۱/۱۸	۰/۰۹	بهبزیستی	طرح‌واره وابستگی/بی کفایتی
۰/۱۱	۱/۱۸	۰/۲۷	۰/۸۴	عادی	
۰/۱۲	۱/۱۷	-۱/۱۷	-۰/۱۳	بهبزیستی	طرح‌واره آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر
۰/۳۱	۰/۹۶	۰/۴۴	۰/۷۲	عادی	
۰/۶۵	۰/۷۳	-۱/۰۸	-۰/۰۲	بهبزیستی	طرح‌واره گرفتار/خویشتن تحول نیافته
۰/۰۱۷	۱/۵۴	۰/۹۶	۱/۰۵	عادی	
۰/۶۵	۰/۷۳	-۰/۸۱	-۰/۲۱	بهبزیستی	طرح‌واره اطاعت
۰/۰۶۹	۱/۲۹	-۰/۳۹	۰/۶۸	عادی	
۰/۵۱	۰/۸۱	-۰/۹	-۰/۱۵	بهبزیستی	طرح‌واره اینثارگری
۰/۰۳۵	۱/۴۲	۰/۷۹	۱/۰۴	عادی	
۰/۱۸	۱/۰۹	-۰/۸۷	-۰/۲۷	بهبزیستی	طرح‌واره بازداری هیجانی
۰/۰۱۶	۱/۵۵	۱/۵۱	۱/۳۳	عادی	
۰/۷۸	۰/۶۵	-۰/۱۶	-۰/۲۳	بهبزیستی	طرح‌واره معیارهای سرسختانه
۰/۰۱	۱/۶۲	۰/۹۴	۱/۲	عادی	
۰/۳۴	۰/۹۳	۱/۲۵	-۰/۲۵	بهبزیستی	طرح‌واره استحقاق/بزرگ منشی
۰/۰۲۹	۱/۴۵	۰/۷۵	۱/۱۲	عادی	
۰/۱۱	۱/۱۹	-۰/۷۹	-۰/۲۵	بهبزیستی	طرح‌واره خویشتن داری/خود انضباطی ناکافی
۰/۰۲۲	۱/۴۹	۰/۸۲	۱/۱۸	عادی	

نتایج نشان داد کلیه متغیرها در گروه نوجوانان بهزیستی بر حسب شاخص کولموگروف-اسمیرنوف نرمال هستند اما در گروه نوجوانان عادی متغیرهای پاسخگویی هیجانی، طرد کردن/ترساندن، غیر اخلاقی/غیر قانونی، پرتوقع/انعطاف ناپذیری، منزوی سازی، طرح‌واره محرومیت هیجانی، رها شدگی/بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، شکست، گرفتار/خویشتن تحول نیافته، اینثارگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق/بزرگ منشی و خویشتن داری/خود انضباطی ناکافی بر حسب شاخص کولموگروف-اسمیرنوف نرمال نیستند اما از آنجایی که دو شاخص کجی و کشیدگی بین ± 2 هستند می‌توان شرط نرمال بودن متغیرها را پذیرفت.

آزمون سوال اصلی

سوال اصلی: طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با بدرفتاری روان‌شناختی و آسیب جنسی با نوجوانان عادی شهر زاهدان تفاوت دارد؟

جدول ۳ تفاوت بین متغیرها را در دو گروه نوجوانان بهزیستی و عادی نشان می‌دهد.

جدول ۴: تفاوت بین طرح‌واره‌ها، بدرفتاری روان‌شناختی و آسیب جنسی در بین دو گروه

سطح معنی‌داری	آزمون t	درجه آزادی	انحراف استاندارد	میانگین		
۰/۰۰	۱۳/۸۶	۱۴۸	۶/۵۵	۱۹/۶۹	بهبزیستی	طرح‌واره محرومیت هیجانی
			۳/۰۴	۸/۱۲	عادی	
۰/۰۰	۸/۲۱	۱۴۸	۸	۱۸/۴۶	بهبزیستی	طرح‌واره رها شدگی/بی ثباتی
			۴/۲۸	۹/۸۵	عادی	

. / . . .	۱۱/۰۴	۱۴۸	۶/۲۷	۱۸/۶۵	بهزیستی	طرح‌واره بی اعتمادی/بدرفتاری
			۴/۰۴	۹/۱۳	عادی	
. / . . .	۱۰/۸۸	۱۴۸	۶/۷۷	۱۷/۸۹	بهزیستی	طرح‌واره انزوای اجتماعی/بیگانگی
			۲/۹۵	۸/۶	عادی	
. / . . .	۱۰/۰۳	۱۴۸	۷/۵۶	۱۷/۳۶	بهزیستی	طرح‌واره نقص/شرم
			۲/۸۶	۷/۹۸	عادی	
. / . . .	۸/۷	۱۴۸	۷/۱۴	۱۶/۸۲	بهزیستی	طرح‌واره شکست
			۳/۰۲	۹/۰۲	عادی	
. / . . .	۷/۲۳	۱۴۸	۵/۸۸	۱۴/۳۱	بهزیستی	طرح‌واره وابستگی/بی کفایتی
			۳/۲۹	۸/۶۶	عادی	
. / . . .	۹/۷۲	۱۴۸	۷/۳	۱۷/۵۵	بهزیستی	طرح‌واره آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر
			۲/۸۲	۸/۷۴	عادی	
. / . . .	۷/۳۸	۱۴۸	۶/۷۵	۱۵/۵	بهزیستی	طرح‌واره گرفتار/خویشترن تحول نیافته
			۳/۲۶	۹/۰۹	عادی	
. / . . .	۱۱/۲۴	۱۴۸	۷/۱۹	۱۸/۴۴	بهزیستی	طرح‌واره اطاعت
			۲/۸۸	۸/۳۷	عادی	
. / . . .	۶/۳	۱۴۸	۶/۶۸	۱۷/۹۱	بهزیستی	طرح‌واره ایثارگری
			۵/۶۳	۱۱/۵۳	عادی	
. / . . .	۸/۴۲	۱۴۸	۷/۴۳	۱۸	بهزیستی	طرح‌واره بازداری هیجانی
			۴/۶۶	۹/۴۶	عادی	
. / . . .	۸/۳۲	۱۴۸	۶/۱۶	۱۹/۰۴	بهزیستی	طرح‌واره معیارهای سرسختانه
			۵/۸۳	۱۰/۷۹	عادی	
. / . . .	۸/۷۴	۱۴۸	۵/۱۴	۱۹/۸۶	بهزیستی	طرح‌واره استحقاق/بزرگ منشی
			۷/۳۹	۱۰/۶۸	عادی	
. / . . .	۱۰/۳۳	۱۴۸	۳/۷۲	۱۷/۹۱	بهزیستی	طرح‌واره خویشترن داری/خود انضباطی ناکافی
			۶/۳۱	۹/۰۹	عادی	

نتایج نشان داد بین بدرفتاری روان‌شناختی ($t(148)=13/46, p<0/01$)، پاسخگویی هیجانی ($t(148)=11/63, p<0/01$)، طرد کردن/ترساندن ($t(148)=11/98, p<0/01$)، غیراخلاقی/غیر قانونی ($t(148)=10/71, p<0/01$)، رتوقع/انعطاف ناپذیری ($t(148)=10/22, p<0/01$)، منزوی سازی ($t(148)=11/17, p<0/01$)، آسیب جنسی ($t(148)=7/24, p<0/01$)، با طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی ($t(148)=13/86, p<0/01$)، رها شدگی/بی ثباتی ($t(148)=8/21, p<0/01$)، بی اعتمادی/بدرفتاری ($t(148)=11/04, p<0/01$)، انزوای اجتماعی/بیگانگی ($t(148)=10/88, p<0/01$)، نقص/شرم ($t(148)=10/03, p<0/01$)، طرح‌واره شکست ($t(148)=8/7, p<0/01$)، وابستگی/بی کفایتی ($t(148)=7/23, p<0/01$)، آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر ($t(148)=9/72, p<0/01$)، گرفتار/خویشترن تحول نیافته ($t(148)=7/38, p<0/01$)، اطاعت ($t(148)=11/24, p<0/01$)، ایثارگری ($t(148)=6/3, p<0/01$)، بازداری هیجانی ($t(148)=8/42, p<0/01$)، معیارهای سخت گیرانه ($t(148)=8/32, p<0/01$)، استحقاق/بزرگ منشی ($t(148)=8/74, p<0/01$)، و خویشترن داری/خود انضباطی ناکافی ($t(148)=10/33, p<0/01$)، تفاوت معنی داری وجود دارد و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند، بنابراین شرایط بوجود آمده موجب شده تا نوجوانان بهزیستی در همه طرح‌واره‌ها نمرات بالاتری نسبت به نوجوانان عادی بدست آورند.

آزمون سوالات فرعی

سوال اول: طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با بدرفتاری روان‌شناختی با نوجوانان عادی شهر زاهدان تفاوت دارد؟

جدول ۳: تفاوت بین طرح‌واره‌ها، بدرفتاری روان‌شناختی در بین دو گروه

سطح معنی‌داری	آزمون t	درجه آزادی	انحراف استاندارد	میانگین		
.۰۰۰	۱۳/۴۶	۱۴۸	۲۷/۳۷	۷۱/۴۸	بهبودی	بدرفتاری روان‌شناختی
			۱۸/۴۳	۲۰/۰۸	عادی	
.۰۰۰	۱۱/۶۳	۱۴۸	۷/۰۵	۱۷/۹۳	بهبودی	پاسخگویی هیجانی
			۶/۰۸	۵/۳۸	عادی	
.۰۰۰	۱۱/۹۸	۱۴۸	۷/۱۸	۱۸/۱۶	بهبودی	طرد کردن/ترساندن
			۵/۶۷	۵/۴۶	عادی	
.۰۰۰	۱۰/۷۱	۱۴۸	۵/۴۲	۱۲/۴۱	بهبودی	غیر اخلاقی/غیر قانونی
			۴/۲۶	۳/۷۲	عادی	
.۰۰۰	۱۰/۲۲	۱۴۸	۴/۰۱	۸/۶۸	بهبودی	پرتوقع/انعطاف ناپذیری
			۳/۱۹	۲/۵	عادی	
.۰۰۰	۱۱/۱۷	۱۴۸	۶/۵۹	۱۵/۳۲	بهبودی	منزوی سازی
			۵/۲	۴/۲۳	عادی	
			۸/۷۸	۱۹/۵۴	عادی	

نتایج نشان داد بین بدرفتاری روان‌شناختی ($t_{(148)}=13/46, p<0/01$)، پاسخگویی هیجانی ($t_{(148)}=11/63, p<0/01$)، طرد کردن/ترساندن ($t_{(148)}=11/98, p<0/01$)، غیراخلاقی/غیر قانونی ($t_{(148)}=10/71, p<0/01$)، رتوقع/انعطاف ناپذیری ($t_{(148)}=10/22, p<0/01$)، منزوی سازی ($t_{(148)}=11/17, p<0/01$)، با طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی ($t_{(148)}=13/86, p<0/01$)، رها شدگی/بی ثباتی ($t_{(148)}=8/21, p<0/01$)، بی اعتمادی/بدرفتاری ($t_{(148)}=11/04, p<0/01$)، انزوای اجتماعی/بیگانگی ($t_{(148)}=10/88, p<0/01$)، نقص/شرم ($t_{(148)}=10/03, p<0/01$)، طرح‌واره شکست ($t_{(148)}=8/7, p<0/01$)، وابستگی/بی کفایتی ($t_{(148)}=7/23, p<0/01$)، آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر ($t_{(148)}=9/72, p<0/01$)، گرفتار/خویشترن تحول نیافته ($t_{(148)}=7/38, p<0/01$)، اطلاعات ($t_{(148)}=11/24, p<0/01$)، ایثارگری ($t_{(148)}=6/3, p<0/01$)، بازداری هیجانی ($t_{(148)}=8/42, p<0/01$)، معیارهای سخت گیرانه ($t_{(148)}=8/32, p<0/01$)، استحقاق/بزرگ منشی ($t_{(148)}=8/74, p<0/01$)، و خویشترن داری/خود انضباطی ناکافی ($t_{(148)}=10/33, p<0/01$)، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند، بنابراین شرایط بوجود آمده موجب شده تا نوجوانان بهزیستی در بدرفتاری روان‌شناختی نمرات بالاتری نسبت به نوجوانان عادی بدست آورند.

سوال دوم: طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با آسیب جنسی با نوجوانان عادی شهر زاهدان تفاوت دارد؟

جدول ۴: تفاوت بین طرح‌واره‌ها با آسیب جنسی در بین دو گروه

سطح معنی‌داری	آزمون t	درجه آزادی	انحراف استاندارد	میانگین		
.۰۰۰	۷/۲۴	۱۴۸	۷/۷۵	۲۹/۳۴	بهبودی	آسیب جنسی

			۸/۷۸	۱۹/۵۴	عادی
--	--	--	------	-------	------

نتایج نشان داد بین آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر ($t_{(148)}=9/72, p<0/01$)، گرفتار /خویشتن تحول نیافته ($t_{(148)}=7/38, p<0/01$)، اطاعت ($t_{(148)}=11/24, p<0/01$)، ایثارگری ($t_{(148)}=6/3, p<0/01$)، بازداری هیجانی ($t_{(148)}=8/42, p<0/01$)، معیارهای سخت گیرانه ($t_{(148)}=8/32, p<0/01$)، استحقاق/بزرگ منشی ($t_{(148)}=8/74, p<0/01$) و خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی ($t_{(148)}=10/33, p<0/01$)، تفاوت معنی داری وجود دارد و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند، بنابراین شرایط بوجود آمده موجب شده تا نوجوانان بهزیستی در آسیب جنسی نمرات بالاتری نسبت به نوجوانان عادی بدست آورند.

نتایج تحقیق

سوال اصلی: آیا طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با بدرفتاری روان‌شناختی و آسیب جنسی و نوجوانان عادی شهر زاهدان تفاوت دارد؟

نتایج نشان داد رابطه بین منزوی سازی با طرح‌واره محرومیت هیجانی، طرح‌واره‌های رها شدگی/بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، طرح‌واره شکست، وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، معیارهای سخت گیرانه، استحقاق/بزرگ منشی، و خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی، مثبت و معنی دار است اما با گرفتار /خویشتن تحول نیافته معنی دار نبود. این نتایج نشان می‌دهد اگر فردی در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نمرات بالاتری بگیرد، در منزوی سازی هم نمرات بالاتری را کسب می‌کند و اگر در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نمرات پایین بگیرد در منزوی سازی هم نمرات پایینی کسب می‌کند؛ بنابراین تغییرات طرح‌واره‌ها با منزوی سازی همسو می‌باشد. نتایج دیگر نشان داد منزوی سازی با گرفتار /خویشتن تحول نیافته معنی دار نبود و تغییرات آن‌ها ارتباطی به یکدیگر ندارند.

همچنین تفاوت بین متغیرها را در دو گروه نوجوانان بهزیستی و عادی نشان می‌دهد. نتایج نشان داد بین بدرفتاری روان‌شناختی، پاسخگویی هیجانی، طرد کردن/ ترساندن، غیراخلاقی/غیر قانونی، رتوقع/ انعطاف ناپذیری، منزوی سازی، آسیب جنسی، با طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رها شدگی/بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، طرح‌واره شکست، وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر، گرفتار /خویشتن تحول نیافته، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، معیارهای سخت گیرانه، استحقاق/بزرگ منشی، و خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی، تفاوت معنی داری وجود دارد و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند، بنابراین شرایط بوجود آمده موجب شده تا نوجوانان بهزیستی در همه طرح‌واره‌ها نمرات بالاتری نسبت به نوجوانان عادی بدست آورند.

آیا طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با بدرفتاری روان‌شناختی و نوجوانان عادی شهر زاهدان تفاوت دارد؟

نتایج نشان داد بین بدرفتاری روان‌شناختی، پاسخگویی هیجانی، طرد کردن/ ترساندن، غیراخلاقی/غیر قانونی، رتوقع/ انعطاف ناپذیری، منزوی سازی، با طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رها شدگی/بی ثباتی، بی اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، طرح‌واره شکست، وابستگی/بی کفایتی، آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر، گرفتار /خویشتن تحول نیافته، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، معیارهای سخت گیرانه، استحقاق/بزرگ منشی، و خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی، تفاوت معنی داری وجود دارد و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند، بنابراین شرایط بوجود آمده موجب شده تا نوجوانان بهزیستی در همه طرح‌واره‌ها نمرات بالاتری نسبت به نوجوانان عادی بدست آورند.

آیا طرح‌واره‌های ناسازگارانه در نوجوانان مواجهه با آسیب جنسی و نوجوانان عادی شهر زاهدان تفاوت دارد؟

همچنین تفاوت بین متغیرها را در دو گروه نوجوانان بهزیستی و عادی نشان می‌دهد. نتایج نشان داد بین آسیب جنسی، با طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رها شدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، طرح‌واره شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب پذیری در برابر بیماری و ضرر، گرفتار/خویشترن تحول نیافته، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، معیارهای سخت گیرانه، استحقاق/بزرگ منشی، و خویشترن داری/ خود انضباطی ناکافی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند، بنابراین شرایط بوجود آمده موجب شده تا نوجوانان بهزیستی در همه طرح‌واره‌ها نمرات بالاتری نسبت به نوجوانان عادی بدست آورند.

بحث و بررسی نتایج

سوال اصلی: نتایج نشان می‌دهد اگر فردی در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نمرات بالاتری بگیرد، در منزوی سازی هم نمرات بالاتری را کسب می‌کند و اگر در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نمرات پایین بگیرد در منزوی سازی هم نمرات پایینی کسب می‌کند؛ بنابراین تغییرات طرح‌واره‌ها با منزوی سازی همسو می‌باشد. نتایج دیگر نشان داد منزوی سازی با گرفتار/خویشترن تحول نیافته معنی دار نبود و تغییرات آن‌ها ارتباطی به یکدیگر ندارند. همچنین در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند، بنابراین شرایط بوجود آمده موجب شده تا نوجوانان بهزیستی در همه طرح‌واره‌ها نمرات بالاتری نسبت به نوجوانان عادی بدست آورند.

در همین راستا نتایج شاملی و همکاران (۱۴۰۱) اجتناب تجربه‌ای در ارتباط بدرفتاری دوران کودکی با افسردگی، اضطراب و استرس نقش میانجی دارد. محمدپور و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد بین بدرفتاری روان‌شناختی با طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و دشواری در تنظیم هیجان ارتباط مثبت و معنی دار وجود دارد. شیرازی و همکاران (۱۳۹۴) مهمترین علل آسیب جنسی شامل نبود آرامش و امنیت و محبت در خانواده، نابسامانی و طلاق در خانواده، عدم توجه به مسئله تربیت جنسی، نظارت بر رفتارهای فرزندان و باورهای غلط در مورد ارتباط با جنس مخالف می‌باشند. با این پژوهش هم راستا و منطبق بر آن است.

در تبیین باید گفت بدرفتاری روان‌شناختی هسته مرکزی تمامی بدرفتاری هاست و پیامدهای کوتاه مدت بزهکاری، مشکلات بین فردی و اختلال در هیجان دارد و در بلند مدت منجر به اختلالات روان پزشکی متعدد می‌گردد (گولمن، ۲۰۱۵). با توجه به اینکه نوجوانان گروه بهزیستی از وجود داشتن خانواده سالم محروم هستند در معرض رفتارها و اختلالات هیجانی ناشی از محیط می‌باشند و این شرایط زمانی که بدرفتاری در زندگی آن‌ها تجربه شود، در کوتاه مدت مشکلات بین فردی و در دراز مدت آسیب‌های هیجانی و روان‌شناختی زیادی را تجربه می‌کنند که نوجوانان عادی به دلیل داشتن خانواده کمتر در معرض و تجربه این مشکلات هستند.

همچنین تمایل و رفتار جنسی غیر طبیعی و انحرافی منجر به سلامت جسمی، روانی، معنوی و می‌شوند و رشد انسانی پیشگیری می‌نمایند (فقیهی، ۱۳۸۲، نقل از سیاف، ۱۳۹۰). از طرفی نوجوانان گروه بهزیستی به دلیل برخی کمبودها و داشتن عقده‌های روانی ناشی از نبود خانواده منسجم دارای رفتارهای جنسی غیر طبیعی می‌شوند چرا که در مرکز بهزیستی گروهی نوجوان با شرایط خاص خود نگره‌داری می‌شوند که این شرایط قابل مقایسه با محیط خانواده و داشتن والدین سالم و روابط سالم را برایشان غیر ممکن یا ناممکن نموده و این امور منجر به انحراف جنسی رفتاری و آسیب‌های ناشی از آن را برای نوجوانان در پی دارد.

طبق بیان یانگ طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه در دوره کودکی یا نوجوان تشکیل شده و به شدت نا کارآمد می‌باشد. طرح‌واره‌ها را عاملی برای مشکلات رفتاری می‌داند. از این رو به آن‌ها طرح‌واره‌های ناسازگار آن گفته می‌شود (قادری و همکاران، ۱۳۹۵). زمانی که نوجوانان طرح‌واره‌های آن‌ها در حال شکل‌گیری است با انواع اختلال و هیجانها ناکارآمد درگیر هستند که بر طرح‌واره‌ها و ناکارآمد نمودن آن‌ها مؤثر و منجر به ناسازگاری آن‌ها می‌گردد و تداوم این روند منجر می‌شود که نوجوانان گروه بهزیستی به دلیل شرایط خاص زندگی از نوجوانان عادی دارای طرح‌واره‌های ناسازگار تر، ناکارآمدتر باشند.

سوال اول: نتایج نشان داد بین بدرفتاری روان‌شناختی، پاسخگویی هیجانی، طرد کردن/ ترساندن، غیراخلاقی/ غیر قانونی، رتوق/ انعطاف‌ناپذیری، منزوی‌سازی، با تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند.

. در همین راستا نتایج شنک و همکاران (۲۰۱۲) کودکانی که مورد بدرفتاری قرار می‌گیرند به طور مکرر از راهبردهای اجتناب استفاده می‌کنند. گیب و همکاران (۲۰۰۸) کودکانی که در معرض بدرفتاری روان‌شناختی قرار می‌گیرند، به طور صریح به آن‌ها گفته می‌شود بی ارزش هستند، دوست داشتنی نیستند و مورد تمسخر و تحقیر قرار می‌گیرند. مسمن-مورو همکاران (۲۰۰۷) بدرفتاری روان‌شناختی و سوءاستفاده از افراد منجر به عقاید منفی در بسیاری از حیطه‌های زندگی در فرد می‌شود و بر انتظارات فرد از خود و دیگران در جهت افزایش ابتلاء به افسردگی مؤثر است. ساکس اریکسون و همکاران (۲۰۰۶) نتایج نشان داد گسترش باورهای خود انتقادی منجر به تشدید باور به اشتباه بودن همیشگی باورها و افزایش باورهای بدرفتاری روان‌شناختی همچون عدم قابلیت و کارآمدی و تداوم آن در افراد می‌گردد. گیب و همکاران (۲۰۰۳) نتایج نشان دادند که بدرفتاری روان‌شناختی جسمانی، جنسی با گسترش عقاید منفی و آسیب‌پذیری ارتباط دارد. با این پژوهش هم راستا و منطبق بر آن است.

در تبیین یافته‌ها باید گفت بدرفتاری آزار و اذیت جسمی، هیجانی، جنسی و روانی از بدرفتارهای روان‌شناختی در خصوص کودکان و نوجوانان می‌باشند (هگر و رانتز، ۲۰۱۲). کلیه رفتارهایی از این است، سلامت روان‌شناختی کودکان را مختل یا تغییر می‌کند (کواتس و مسمن مور، ۲۰۱۴) و احساس ارزشمند نبودن، دوست داشتنی نبودن، را در کودک رشد می‌دهند (ارسلان، ۲۰۱۶). رشد اینگونه رفتارها در کودک منجر به تداوم آن در دوره نوجوانی می‌شود و با همبستگی با طرح‌واره‌ها در ناکارآمدی آن‌ها کمک می‌کند چرا که استمرار طرح‌واره، به هر چیزی که بیمار انجام داده تا وضعیت فعلی طرح‌واره را حفظ نماید یا منجر شود ارتقاء یابد. توسط سه ساز و کار اولیه تحریف شناختی، الگوی خود آسیب‌رسان و سبک‌های مقابله تداوم می‌یابد. (یانگ و همکاران، ۱۳۸۴). از طرفی یانگ آن دسته از طرح‌واره‌ها را که باعث تشکیل مشکلات روان‌شناختی می‌گردد طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه نامید (سیمارد و همکاران، ۲۰۱۱). لذا استمرار در بدرفتاری روان‌شناختی منجر به ایجاد طرح‌واره‌های معیوب و نارکارآمد در نوجوان شده باعث تشکیل مشکلات روان‌شناختی می‌گردد.

سوال دوم: نتایج نشان داد بین آسیب جنسی، با طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، رها شدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ ایگانگی، نقص/ شرم، طرح‌واره شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و ضرر، گرفتار/ خویشتن تحول‌نا یافته، اطاعت، ایثارگری، بازداری هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، استحقاق/ بزرگ منشی، و خویشتن داری/ خود انضباطی ناکافی، تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در تمامی متغیرها نوجوانان گروه بهزیستی میانگین بالاتری دارند، بنابراین شرایط بوجود آمده موجب شده تا نوجوانان بهزیستی در همه طرح‌واره‌ها نمرات بالاتری نسبت به نوجوانان عادی بدست آورند.

. در همین راستا نتایج مشابه رحمانی و الله قلی (۱۳۹۷) جهت پیشگیری از آسیب‌ها نیاز به تقویت مهارت‌های مدیریت رابطه، افزایش آگاهی، پرهیز از ارتباط غیر متعهدانه، بازسازی باورهای فرهنگی می‌باشد، با این تحقیق هم راستا و منطبق بر تحقیق است. در حالی که در بخش دوم تحقیق این انطباق دیده نشد.

در تبیین یافته‌ها باید گفت آسیب جنسی به دلیل داشتن انحرافات رفتاری در نوجوانان منجر به ایجاد مشکلات روان‌شناختی بیشتر در آنان می‌شود از جمله در ناکارآمدی سازی طرح‌واره‌های نوجوان اثرگذار است، چرا که طرح‌واره‌های ناسازگارانه بر بسیاری از اختلالات و جنبه‌های شخصیت تأثیر گذار هستند و بر عمیق‌ترین سطح شناخت، معمولاً خارج از آگاهی عمل می‌کنند و افراد را از لحاظ روان‌شناختی در معرض آسیب‌پذیری قرار می‌دهند (تیم الف، ۲۰۱۰). رشد طرح‌واره‌های ناسازگارانه در دوران کودکی ایجاد و بر چگونگی تفکر، احساسات، رفتار در روابط صمیمانه و اکثر جنبه‌های زندگی مؤثر هستند که بیشتر بر عقاید منفی در مورد خود و دیگران و دنیای پیرامون خود اشاره دارند (ویرجیل زیگلر-هیل و همکاران، ۲۰۱۱). آسیب جنسی خود ایجاد کننده تفکرات منفی در مورد خود، خود آزاری می‌باشد که این امر تشدید کننده عقاید منفی و تداوم افکار در مورد خود و دیگران در نوجوان است.

محدودیت های تحقیق

- می توان به استفاده از پرسش نامه های خودگزارشی و مقطعی بودن آن اشاره کرد
- عدم بهره گیری از روشه های بالینی و غربالگری و فقط استفاده از زنان برای پاسخ به پرسشنامه ها
- انجام پژوهش در یک شهر تعمیم نتایج آن را محدود می کند.

پیشنهادات

با توجه با نتایج حاصل از یافته های تحقیق حاضر می توان پیشنهاد کرد:

پیشنهادات کاربردی

- بر اساس نتایج حاصل از یافته های سه سؤال بررسی شده پیشنهاد می شود که:
- آموزش شیوه های صحیح رفتاری از طریق برگزاری دوره های آموزشی در نوجوانان
- آموزش استفاده درست از راهبردهای مقابله ای و طرحواره درمانی.
- ترویج فرهنگ گسترش استفاده از مشاوره در بین نوجوانان بخصوص در مراکز بهزیستی
- توجه مشاوران به مراجعین در مورد دقت و توجه بیشتر به طرحواره ها، آسیب های جنسی و بدر رفتاری روان شناختی در پیشگیری و کنترل مشکلات نوجوانان و استفاده درست از راهبردهای مقابله ای.
- به علت وجود مقالات بسیار کم در زمینه موضوع پژوهش حاضر، پیشنهاد می شود در این زمینه در حجم و ابعاد وسیع تر مطالعاتی انجام گیرد.
- در مطالعات پیش رو تفاوت های جنسیت در زمینه مورد مطالعه لحاظ گردد.
- آموزش اثر بخشی ذهن آگاهی بر بدر رفتاری روان شناختی و آسیب جنسی در نوجوانان مورد بررسی قرار گیرند.
- مقایسه طرحواره ها، آسیب جنسی و بدر رفتاری روان شناختی در نوجوانان تحت سرپرستی خوابگاه های بهزیستی و نوجوانان خانواده های تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (قدس ره)

منابع

۱. احمدی، احمد. (۱۳۸۶). مقدمه ای بر مشاوره و روان درمانی. اصفهان: انتشارات دانشگاه اصفهان.
۲. آهی غلامرضا محمدی فر محمدی، بشارت (۱۳۸۶). کارشناسی ارشد. اعتبار و پایایی فرم کوتاه جوان پرسشنامه طرحواره ها. مجله ی آموزش روانی، دوره ۵، ش ۳.
۳. بجنوردی، محمد. (۱۳۷۷). قواعد الفقه، تهران، موسسه چاپ و نشر عروج.
۴. بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۰). مبانی درمانی نظریه دلبستگی. فصلنامه رویش روانشناسی، ش ۱، ص ۱۵-۳۸.
۵. بشر پور، سجاد، هرنگ زاء، سجاد. (۱۳۹۹). تأثیر بدر رفتاری روان شناختی دوران کودکی بر علائم وسواس در یک جمعیت غیر بالینی، نقش میانجی گر مسئولیت پذیری و هم جوشی شناختی، مجله روان شناسی بالینی، دوره ۱۲، ش ۱، ص ۷۷-۸۸.

۶. بهبودی، معصومه، احمدی طهور سلطانی، محسن. (۱۳۹۶). رابطه بین بدرفتاری در کودکی با سوء مصرف مواد مخدر در بزرگسالی: نقش واسطه ای طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه، فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، دوره ۵، ش ۱۷، ص ۱۳-۲۱.
۷. تاجیک نژاد، محمد (۱۳۹۵). بررسی رابطه کودک آزاری و غیبت، اختلال عاطفی و اختلال شخصیت مرزی. پایان نامه کارشناسی ارشد، شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی
۸. جعفری، حسن، محمد پور، سمانه، قدم پور، عزت اله، قبادیان، مسلم (۱۳۹۷). ویژگی های روانسنجی پرسشنامه بدرفتاری روان‌شناختی. فصلنامه اندازه گیری تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی، س ۸، ش ۳۲، تابستان، ص ۱۲۷-۱۴۱.
۹. جعفری، حسن، محمدپور، سمانه، قدم پور، عزت الله، قبادیان، مسلم. (۱۳۹۷). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه بدرفتاری روان‌شناختی، فصلنامه اندازه گیری تربیتی، دوره ۸، ش ۳۲، ص ۱۲۷-۱۴۱.
۱۰. خانی پور، حمید، حکیم شوشتری، میترا، برجلی، احمد، گلزاری، محمود، فلسفی نژاد، محمدرضا. (۱۳۹۳). رابطه نقص کنترل تکانه و خود جرحی بدون خودکشی در نوجوانان با سابقه بدرفتاری دوران کودکی، اثر واسطه ای خود بی کفایت پنداری، مجله روان پزشکی و روان بالینی ایران، دوره ۲۰، ش ۴، ص ۳۲۹-۳۴۸.
۱۱. رحمانی، اعظم، الله قلی، لیلا (۱۳۹۷). آسیب‌های جنسی به عنوان آسیب اجتماعی. هفتمین همایش علمی پژوهشی علوم تربیتی و روان شناسی، آسیب‌های اجتماعی و فرهنگی ایران، تهران.
۱۲. رستمی، مهدی، عبدی، منصور، حیدری، حسن. (۱۳۹۳). رابطه انواع بدرفتاری در دروان کودکی با شفقت بر خود و سلامتی روانی در افراد متأهل، مجله اصول بهداشت روانی، دوره ۱۶، ش ۱، ص ۶۱-۷۳.
۱۳. رشید الرضا، محمد. (۱۴۰۳). الخلافه او الامامه العظمی، درسه و تقدیم وجیه کوثرانی، بیروت، دار الطلیعۀ.
۱۴. زارعی، محمد مهدی (۱۳۹۴). آسیب شناسی و راهکارهای تربیت جنسی در حوزه خانواده اسلامی. مجموعه مقالات نهمین همایش ملی اشراق اندیشه مطهر، خانواده و تربیت جنسی، اردیبهشت، ص ۲۷۵-۳۰۲.
۱۵. سهرابی، فرامرز، اعظمی، یوسف، دوستیان، یونس (۱۳۹۳). مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و نگرش های ناکارآمد در افراد وابسته به مواد و افراد عادی، فصلنامه پژوهش های کاربردی روان‌شناختی، دوره ۵، ش ۱، ص ۵۹-۷۲.
۱۶. سهرابی، فرامرز، خانجانی، مهدی، اعظمی، یوسف، خانجانی، اسماعیل، مام شریفی، پیمان، فروغی نژاد، الهه. (۱۳۹۸). آموزش برنامه ایمن سازی در مقابل استرس بر سبک مواجهه با استرس، تنظیم هیجان و سلامت روانی زنان بی سرپرست، مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزواری، دوره ۲۶، ش ۴، ص ۴۳۱-۴۴۳.
۱۷. سیاف، عبد الرب رسول (۱۳۹۰). تربیت اسلامی فرزندان، از سلسله درس‌های استاد سیاف، چ ۳، ناشر: پوهنتون دعوت، کابل، افغانستان.
۱۸. سبکتکین، قربانعلی، ترکارانی مجتبی، حق ندی، ایرج، (۱۳۹۷)، رابطه سرمایه اجتماعی و هراس از تعرض در محله های شهر خرم آباد، فصلنامه مسائل اجتماعی ایران دوره ۸، شماره ۲
۱۹. شاملی، لیلا، محمدی، مهرناز، هادیان فرد، حبیب (۱۴۰۱). رابطه بدرفتاری های دوران کودکی و سلامت روان با میانجی اجتناب تجربه ای در دانشجویان دختر. دست آوردهای روان‌شناختی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره ی چهارم، سال ۲۹، ش ۱، بهار و تابستان، ص ۵۸-۷۸
۲۰. شفیق آبادی، علی، ناصری، غلامرضا (۱۳۸۶). نظریه های مشاوره و روان درمانی. چاپ سیزدهم، تهران: سمت
۲۱. شولتز، دی (۲۰۰۵). نظریه های شخصیت. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۸). چاپ پانزدهم، تهران: نشر ویرایش
۲۲. شهوندی، ایمان. (۱۳۹۹). نقش تاب آوری، خود تنظیمی شناختی هیجانی و طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه در ناهنجاری های روان‌شناختی دانش آموزان مدارس شبانه روزی، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه اردبیل.

۲۳. شید عنبرانی، بهناز، گل، علیرضا، فرهادیان، فاطمه، طبیبی، زهرا، نامور طباطبایی، سجاد. (۱۳۹۹). نقش بدرفتاری های عاطفی دوران کودکی در پیش بینی پرخاشگری بزرگسالی، مجله روان شناسی، دوره ۲۴، ش ۱، ص ۵۷-۷۴.
۲۴. شیرازی، اسیه، قلتاش، عباس، ایزدی، شیوا (۱۳۹۴). نقش خانواده در تربیت جنسی و علل آسیب جنسی از منظر دختران آسیب دیده. مجموعه مقالات نهمین همایش ملی اشراق اندیشه مطهر، خانواده و تربیت جنسی، اردیبهشت، ص ۳۶۱-۳۷۸.
۲۵. شیرانیان، محمد حسین، ایمانی، سعید، خوش کنش، قاسم. (۱۴۰۰). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و انعطاف پذیری روان‌شناختی در افراد غیر مبتلا و افراد مبتلا به سوء مصرف مواد افیونی و محرک، رویش روان شناسی، س ۱۰، ش ۷، پیاپی ۶۷.
۲۶. عبدالله خانی، شراره. (۱۳۹۵). نقش واسطه ای ترس از صمیمیت و دشواری تنظیم هیجان در رابطه بین آسیبهای دلبستگی و اختلالهای جنسی، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالنی، دانشگاه تهران.
۲۷. عرفانی فر، فاطمه، زرانی، فریبا، شکری، امید. (۱۳۹۷). بدرفتاری عاطفی، و اختلالات درونی سازی شده در دختران نوجوان، نقش میانجی گری تنظیم هیجان، مجله مطالعات زن و خانواده، دوره ۶، ش ۱، ص ۹۳-۱۰۸.
۲۸. عسگری، محمد، صابری، سید مهدی، رضائی، امید، دولتشاهی، بهروز (۱۳۸۶). شیوع آسیب‌های روانی در بیماران با اختلال هویت جنسی. مجله علمی پزشکی قانونی، دوره ۱۳، ش ۳، پاییز، ص ۱۸۱-۱۸۶.
۲۹. عمید، حسن. (۱۳۸۰). لغت نامه عمید، انتشارات امیر کبیر، تهران.
۳۰. فرازمنند، شیرین؛ محمدخانی، پروانه؛ پور شهباز، عباس و دولتشاهی، بهروز. (۱۳۹۶). نقش منابع بدرفتاری های عاطفی دوران کودکی در پیش بینی طرحواره‌های ناسازگار شرطی و غیرشرطی در بزرگسالی. اندیشه و رفتار، دوره ۱، ش ۴۴، ص ۴۳-۶۷.
۳۱. فقیهی، علی نقی (۱۳۸۷). تربیت جنسی: مبانی، اصول و روش ها از دیدگاه قرآن و حدیث. قم: علمی و فرهنگی مؤسسه دارالحدیث، ص ۲۶-۴۲۸.
۳۲. قادری، فرزاد، کلانتری، مهرابی. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی. مطالعات روان شناسی بالینی، دوره ۷، ش ۲۴، ص ۱-۳۰.
۳۳. کاشفی، سپیده، اکبر فهیمی، نازیلا، رضاقیانی، مهدی. (۱۳۹۵). مروری بر ماهیت و ریسک فاکتورهای بدرفتاری با کودکان با معلولیت، فصلنامه طب توانبخشی، دوره ۷، ش ۱، ص ۲۶۱-۲۷۳.
۳۴. کاظمی، حمید، مطهری، سارا، قربانی، مریم (۱۳۹۰). بررسی ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالات فراشناختی در دانش آموزان، اولین همایش ملی علوم شناختی در تعلیم و تربیت، مشهد، دانشگاه فردوسی مشهد
۳۵. محمدپور، سمانه، نظری، هدایت، فرهادی، علی (۱۳۹۵). پیش بینی نشانه های افسردگی به دنبال بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی: نقش واسطه ای طرحواره‌های ناسازگار اولیه و دشواری در تنظیم هیجان، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازنداران، دوره ۲۶، ش ۱۳۶، اردیبهشت، ۸۵-۹۸.
۳۶. محمدپور، سمانه، نظری، هدایت، فرهادی، علی. (۱۳۹۵). پیش بینی نشانه های افسردگی به دنبال بدرفتاری روان‌شناختی دوران کودکی: نقش واسطه ای طرحواره ای ناسازگاران اولیه و دشواری در تنظیم هیجان، مجله دانشگاه علوم پزشکی مازنداران، دوره ۲۶، ش ۱۳۶، ص ۸۵-۹۸.
۳۷. میکائیلی، نیلوفر، زمانلو، خدیجه. (۱۳۹۱). بررسی میزان شیوع کودک ازاری و نیز پیش بینی آن از طریق بررسی افسردگی و اضطراب والدین، سبک دلبستگی و سلامت روانی نوجوانان پسر آن‌ها، فصلنامه روان شناسی افراد استثنایی، دوره ۵، ش ۲، ص ۱۴۵-۱۶۶.
۳۸. والیان، سعیده. (۱۳۹۷). پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس تصویر بدنی و طرحواره‌های ناسازگاران اولیه، پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد شهر قدس.

۳۹. یانگ، جفری (۱۳۸۴). ترجمه: علی صاحبی و حسن حمیدپور. شناخت درمانی برای اختلالات شخصیت: رویکرد متمرکز بر طرح‌واره
۴۰. یوسفی، رحیمی (۱۳۸۹). بررسی اثر بخشی و مقایسه دو مداخله ی آموزش گروهی طرح‌واره محور و سبک زندگی محور در افزایش رضایت زناشویی. پایان نامه دکتری روانشناسی، چاپ نشده، دانشگاه شهید بهشتی تهران.

41. Adams, G. R. & Archer, S. L. (1994). Identity: A precursor to intimacy. In Archer, S.L. (Ed.), *Interventions for adolescent identity development* (pp. 193-213). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
42. Adams, G.S. Zou, X. Inesi, M. E. & Pillutla, M. M. (2015). Forgiveness is not always divine: When expressing forgiveness makes others avoid you. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 126, 130-141
43. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (5th ed.). Washington DC: American Psychiatric Pub.
44. Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 52, 200-209
45. Atkinson, L. & Goldberg, S. (2004). Attachment issues in psychopathology and intervention. London: Lawrence Erlbaum Associates
46. Baker, Amy. J. L. & Ben-Ami. Naomi. (2011). Adult recall of childhood psychological maltreatment in “adult children of divorce”: Prevalance and associations with concurrent measures of well-being. *Journal of Divorce & Remarriage*, 52: 203-219
47. Bancroft, J. (1994). Homosexual orientation. The search for a biological basis. *The British journal of Psychiatry: The journal of mental science*, 164(4), 437-440
48. Barrett, L. F. Mesquita, B. Ochsner, K. N. & Gross, J. J. (2007). The experience of emotion. *Annual review of psychology*, 58(1), 373-403.
49. Basile, B. Tenore, K. & Mancini, F (2020). Early Maladaptive Schemas in Overweight and Obesity: A Schema Mode Model. *Heliyon*, 5(9), 23-31.
50. Beck, T. & Rush, A. (2009). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford press.
51. Berzenski, S. R. & Yates, T. M. (2010). A developmental process analysis of the contribution of childhood emotional abuse to relationship violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 19(2), 180-203.
52. Bortolon, C. Lopes, B. Capdevielle, D. Macioce, V. Raffard, S (2019). The Roles of Cognitive Avoidance, Rumination and Negative Affect in the Association between Abusive Supervision in the Workplace and Non-Clinical Paranoia in a Sample of Workers Working in France. *Psychiatry Research*, 271, 581-589
53. Briere, J. Godbout, N & Runtz, M (2012). The Psychological Maltreatment Review (PMR): Initial Reliability and Association with Insecure Attachment in Adults. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 21: 300-320.
54. Coates, A. A & Messman-Moore, L (2014). A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. *Child Abuse Neglect*. 38: 103-113.
55. Coates, A. A. & Messman-Moore, T. L. (2014). A structural model of mechanisms predicting depressive symptoms in women following childhood psychological maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 103-113

56. Fang, X. & Corso, P. S. (2007). Child maltreatment, youth violence, and intimate partnerviolence: Developmental relationships. *American journal of preventive medicine*, 33(4), 281-290.
57. Gibb B E, Abela J R Z(2008). Emotional abuse, verbal victimization, and the development of children's negative inferential styles and depressivesymptoms. *Cognitive Ther Res*; 32(2): 161-176.
58. Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Marx B P(2003). Childhood maltreatment and maltreatment specific inferences: A test of Rose and Abramson's (1992) extension of the hopelessness theory. *Cognition Emotion*; 17(6): 917-931
59. Gokmen, A (2015). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and selfesteem. *Child Abuse & Neglect*. 52: 200-209.
60. Gong, J. & Chan, R. C. K (2018). Early Maladaptive Schemas as mediators between Childhood Maltreatment and Later Psychological Distress among Chines College Students. *Psychiatry Research*, 259, 493-500.
61. Gong, J. Chan, R.C.K(2018). Early maladaptive schemas as mediators between childhood maltreatment and later psychological distress among Chinese college students. *Psychiatry Research*. 2018; Volume 259, Pages 493-500.
62. Gulledge, A. K. Stahmann, R. F. & Wilson, C. M. (2004). Seven types of nonsexual romantic physicalaffection among Brigham young university students. *Psychological reports*, 95(2), 609-614.
63. Hager, A. D. & Runtz, M. G. (2012). Physical and psychological maltreatment in childhoodand later health problems in women: An exploratory investigation of theroles of perceivedstress and coping strategies. *Child abuse & neglect*, 36(5), 393-403
64. Hager, A.D & Runtz, M.G (2012). Physical and psychological maltreatment in childhood and later health problems in women: An exploratory investigation of the roles of perceived stress and coping strategies. *Child Abuse Neglect*. 36: 393– 403.
65. Hawke, Lisa D. & Provencher, Martin D (2012). Early maladaptive schemas amongpatients diagnosed with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 136: 803–811.
66. Hinkle, C. J (2009). Making Sense of Broken Windows: the Relationship between Perception of Disorder, Fear of Crime, Collective Efficacy and Perception of Crime, Unpublished Dissertation, University of Maryland, Maryland
67. Jackson, D. C. Malmstadt, J. R. Larson, C. L. & Davidson, R. J. (2000). Suppression and enhancementof emotional responses to unpleasant pictures. *Psychophysiology*, 37(4), 515-522.
68. Jorgensen, J. L (2008). The Effect of Enviromental Cues and Social Cues on Fear ofCrime in a Community Park Setting, Unpublished Dissertation, University of Utah, Utah.
69. Kuhnle, U. Bullinger, M. & Schwarz, H. P. (1995). The quality of life in adult female patients withcongenital adrenal hyperplasia: a comprehensive study of the impact of genital malformations andchronic disease on female patients life. *European journal of pediatrics*, 154(9), 708-716.
70. Messman-Moore TL, Coates AA(2007). The impact of childhood psychological abuse on adultinterpersonal conflict: The role of early maladaptiveschemas and patterns of interpersonal behavior. *J Emotional Abuse*; 7(2): 75-92

71. Mills, P. Newman, E. F. Cossar, J. & Murray, G. (2015). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 156-166
72. Muller, L.E. Bertsch, K. Bulau, K. Herpertz, S.C. & Buchheim, A. (2019). Emotional neglect in childhood shapes social dysfunctioning in adults by influencing the oxytocin and the attachment system: Results from a population-based study. *International Journal of Psychophysiology*. Volume 136, Pages 73-80
73. Muris, P. (2010). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 405-413.
74. Nash, C. L. Hayes-Skelton, S. A. & DiLillo, D. (2012). Reliability and Factor Structure of the Psychological Maltreatment and Neglect Scales of the Computer Assisted Maltreatment Inventory (CAMI). *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 21(5), 583-607.
75. Naughton, A. M. Maguire, S. A. Mann, M. K. Lumb, R. C. Tempest, V. Gracias, S. & Kemp, A. M. (2013). Emotional, behavioral, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. *JAMA Pediatrics*, 167(8), 769-775
76. Özdemir, Y. Vazsonyi, A. T. & Cok, F. (2013). Parenting processes and aggression: The role of self-control among Turkish adolescents. *Journal of Adolescence*, 36(1), 65-77
77. Paul, E & Eckenrode, J (2015). Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse & Neglect*. 47: 38-47.
78. Paul, E. & Eckenrode, J. (2015). Childhood psychological maltreatment subtypes and adolescent depressive symptoms. *Child Abuse & Neglect*, 47, 38-47
79. Power, R. A. Lecky-Thompson, L. Fisher, H. L. Cohen-Woods, S. Hosang, G. M. Uher, R. ... & Jones, L. (2013). The interaction between child maltreatment, adult stressful life events and the 5-HTTLPR in major depression. *Journal of psychiatric research*, 47(8), 1032-1035
80. Reinisch, J. M. Ziemba-Davis, M. & Sanders, S. A. (1991). Hormonal contributions to sexually dimorphic behavioral development in humans. *Psychoneuroendocrinology*, 16(1), 213-278.
81. Riso, L.P. Duto, P.L. Stein, D.J. & Young, J.E. (2007). *Cognitive schema and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide*. Washington D.C. USA: American Psychological Association
82. Ross, N.D. Kaminski, P.L. Herrington, R. (2019). From childhood emotional maltreatment to depressive symptoms in adulthood: The roles of self-compassion and shame. *Child Abuse & Neglect*; Volume 92, Pages 32-42.
83. Sachs-Ericsson N, Verona E, Joiner T, Preacher KJ. Parental verbal abuse and the mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *J Affect Disord* 2006; 93: 71-78.
84. Seligman, M. E. Walker, E. F. & Rosenhan, D. L. (2001). *Abnormal psychology* (4th ed.). New York: Norton & Company
85. Seligman, M.E.P. Schulman, P. & Tryon, A (2007). Group prevention of depression and anxiety symptoms. *Behavior Research & Therapy*, 45(6): 1111-1126
86. Shenk, Ch. E. Putnam, F. W. & Noll, J. G (2012). Experiential avoidance and the relationship between child maltreatment and PTSD symptoms: Preliminary evidence. *Child Abuse & Neglect*, 36, 118-126.

87. Simard, V. Moss, E. & Pascuzzo, K. (2011). Early maladaptive schemas and child and adult attachment: A 15-year longitudinal study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(4), 349-366
88. Tain osp, Baranoff J(2007)..Young schema questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *J psychol*. 59(2):78-86.
89. Teicher MH, Samson JA, Polcari A, McGreenery CE(2006). Sticks, stones, and hurtful words: Relative effects of various forms of childhood maltreatment. *Am Journal Psychiatry*; 163(6): 993-1000.
90. Thimm, J. C (2010a). Personality and early maladaptive schemas: a five factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 1-8.
91. Thimm, J.C (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41: 373-380.
92. Thimm, T.C (2010). Mediation of early maladaptive schema between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptom *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychiatry*, 41:52-5
93. Turner, W. J. (1995). Homosexuality, type 1: an Xq28 phenomenon. *Archives of Sexual Behavior*, 24(2), 109-134.
94. Virgil Zeigler-Hill, V. Z. Green, B. A. Arnau, R. C. Sisemore, T. B. & Myers, E. M (2011). Trouble ahead, trouble behind: Narcissism and early maladaptive schemas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42: 96-103
95. World Health Organization (2020). Child maltreatment. World Health Organization, Geneva. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html>.
96. Wright MO, Crawford E, Del Castillo D(2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*. 33(1): 59-68
97. Young J E, Klosko J S, Weishaar ME(2003). translate: hamidpoor, H. *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
98. Young, J. E. Klosko, J. S. & Weshaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, New York: Guilford.
99. Young, J.E. (2005). young schema questionnaire –short form. New York :schema therapy institute.