

مقایسه ی ساختار انگیزش در افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل با افراد غیر مبتلا

دکتر فریبرز باقری^۱، مریم آلودری^۲، دکتر شهرام ابوطالبی^۳
و دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید^۴

هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی ساختار انگیزش در افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل و افراد غیر مبتلا بود. بدین منظور، از بین مراجعین بیمارستان عرفان و یک کلینیک خصوصی، ۳۰ نفر مبتلا به اختلال جسمانی شکل به صورت در دسترس انتخاب و با ۳۰ نفر افراد غیر مبتلا همتا شدند و از نظر سبک انگیزش، مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل واریانس نمرات دو گروه نشان داد که افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل، ساختار انگیزشی ناسازگارانه ای دارند.

واژه‌های کلیدی: اختلال جسمانی شکل، ساختار انگیزش

مقدمه

توزیع جهانی بیماری‌ها در حال تغییر است. این تغییر، از دهه ی ۹۰ میلادی آغاز گردیده و هم اکنون در حال شتاب گرفتن است. جهت اصلی این تغییر، از بیماری‌های واگیردار عفونی و سوتغذیه به بیماری‌های غیر واگیردار و اختلال‌های روان شناختی از جمله، اختلال جسمانی است. اختلال‌های جسمانی شکل، گروه وسیعی از بیماری‌هاست که علائم و نشانه‌های جسمی جز اساسی آنهاست. این اختلال‌ها، در بر گیرنده ی کنش‌های متقابلی است که در آنها مغز، به طرقی که هنوز مشخص نیست، هشدارهای مختلف صادر می‌کند و اثر این هشدارها بر هشیاری فرد، القای وجود مسایل جسمی جدی است. به علاوه، تغییرات جزئی یا هنوز شناخته نشده در نوروشیمی و نوروفیزیولوژی ممکن است از مکانیزم‌های ناشناخته ی روانی یا مغزی حاصل شود که بوجود

۱. استادیار گروه روان شناسی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران

۲. کارشناس ارشد روان شناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات تهران M_Aludari@yahoo.com

۳. استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

۴. استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران

آورنده ی بیماری است. پزشکان، در تلاش برای تایید کردن تشخیص جسمانی، به معاینات یا آزمایش های پر هزینه ی پزشکی و حتی جراحی متوسل می شوند و وقتی این احتمال را مطرح می کنند که علت مشکل، می تواند جنبه ی روانی داشته باشد، با عصبانیت بیماران مواجه می شوند (هالجن و ویتبورن^۱، ۲۰۰۳). در متن بازنگری شده ی چهارمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، پنج اختلال شبه جسمی تحت عنوان اختلال جسمانی کردن، اختلال تبدیلی خود بیمار انگاری، اختلال بدریختی بدن و اختلال درد معرفی شده است (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۰۳).

این اختلال ها، معمولاً با سایر اختلال های روانی نظیر افسردگی اساسی، اختلال های شخصیتی اختلال اضطراب و فوبی ها همراه است. داده های حاصل از پژوهش تالی^۳ و همکاران (۲۰۰۹) که روی ۱۰۱ بیمار مبتلا به اختلال جسمانی شکل انجام شد، نشان داد که این افراد، سطوح بالاتری از اختلال های روان پزشکی، به ویژه افسردگی (۶/۳۵٪) و اختلال های اضطرابی (۷/۲۹٪) را دارا هستند. تحقیقات، نشان می دهد که اختلال جسمانی شکل در زنان جوان و با سطح تحصیلات پایین بیشتر دیده می شود. بنر^۴ (۲۰۰۸) در مطالعه ای، به منظور بررسی تفاوت جنسیتی در شیوع اختلال های جسمانی شکل، دریافت که شیوع اختلال های جسمانی شکل در میان نمونه های غربال شده ۹/۲۳٪ و شیوع این میزان در زن ها کمی بالاتر (۲/۲۴٪) از مردها (۷/۲۳٪) است. بنا به گزارش وی کمر درد، شایع ترین درد گزارش شده در بین مردها و سردرد، رایج ترین نشانه ی گزارش شده در زنان است.

در چند دهه ی اخیر که نگرش متفاوتی در روان شناسی به وجود آمده و به اهمیت نقش اهداف در سلامت روان تاکید شده است، می توان نگاهی جدید به اختلال های جسمانی شکل داشت. بر اساس عقیده ی امونز^۵ و همکاران (۲۰۰۳ از سرواورز^۶، ۲۰۰۷) اهداف فرد، نقش مهمی در ارزیابی و برداشت وی از رویدادها ایفا می کند. براساس نظریه ی کوکس و کلینگر^۷ (۲۰۰۴) رفتار، تجربه و فعالیت های شناختی انسان با محوریت تعقیب مشوق ها و اهداف، سازمان می یابد. طبق این نظریه عوامل بسیار متعددی در شکل گیری اختلال ها موثرند که مسیر نهایی همه ی آنها به یک نقطه ی مشترک ختم می شود که همان انگیزش برای دستیابی به اهداف است. به اعتقاد کوکس و کلینگر

1. Halgin & Whitbourne
2. Kaplan & Sadock
3. Tali

4. Bener
5. Emmons
6. Schroevers

7. Cox & Klinger

فرآیند انتخاب و شیوه ی تعقیب اهداف، ساختار انگیزش^۱ نامیده می‌شود. آنها نشان دادند که دو نوع ساختار انگیزش وجود دارد: سازگارانه^۲ و ناسازگارانه^۳. افرادی که ساختار انگیزش آنها ناسازگارانه است، درصددند تا هیجان خود را از طریق ناسالم برانگیزانند، بنابراین دچار آشفتگی و اختلال می‌شوند و افرادی که ساختار انگیزه ی آنها سازگارانه است، منابع خود را صرف تعقیب محرک های سالم می‌کنند، بیشتر دنبال اهداف مثبت اند، نسبت به اهداف خود تعهد زیادی دارند انتظار دارند از دست‌یابی به اهدافشان لذت زیادی ببرند، اگر به اهدافشان نرسند ناراحت می‌شوند نسبت به موفقیت هایشان خوش‌بین اند و حداقل تعارض را بین اهدافشان دارند. افرادی که ساختار انگیزش آنها ناسازگارانه است، بیشتر به دنبال اهداف اجتنابی هستند و معتقدند رسیدن به اهداف لذت‌ناچیزی برای آنها خواهد داشت، اگر در رسیدن به اهداف، موفق نشوند کمی ناراحت خواهند شد، بدون اندیشیدن به موفقیت یا عدم موفقیت در سبک هدف، به تعقیب آن می‌پردازند و تعارض بالایی در بین اهدافشان دارند. یافته‌های پژوهشی، نشان می‌دهد که تعارض بین اهداف، به دو شکل اثرات خود را به جای می‌گذارد؛ اول اینکه به عنوان یک عامل آسیب‌زا با کاهش سلامت روانی و افزایش نشانگان آسیب روانی همراه است و دوم اینکه به عنوان یک عامل انگیزشی، باعث کاهش انگیزه ی مراجعان در فرایند درمان می‌گردد (امونز، ۱۹۹۹).

اولین مطالعه‌ای که اثر تعارضات بین اهداف را نشان داد به وسیله ی پالیز و لیتل^۴ (۱۹۸۳) انجام شد. این پژوهش، نشان داد بین تعارض اهداف و رضایت از زندگی ارتباط وجود دارد. امونز و کینگ^۵ (۱۹۸۸) دو تحقیق را با نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه در خصوص بررسی رابطه ی بین تعارض اهداف و بهزیستی انجام دادند؛ نتیجه ی این تحقیقات نشان داد بین تعارض اهداف و اختلال های روان شناختی و جسمانی، ارتباط وجود دارد. این تحقیقات، همچنین نشان داد که تعارضات، با سطوح بالای عواطف منفی، افسردگی و شکایات روان‌تنی ارتباط دارد.

به طور خلاصه، می‌توان گفت که اهداف از دو طریق در ایجاد اختلال های روانی و رفتاری و از جمله اختلال های جسمانی، نقش آفرین هستند؛ نخست، از طریق ساختارهای ناسالم و ویژگی های که با تشویش و از هم گسیختگی رفتار، انجام می‌شود و به اختلال در رفتارهای هدفمند منتهی می‌شود. این فرایند باعث می‌شود پیوستگی و استمرار سوگیری شده به سمت

1. Motivational Structure

2. Adaptive

3. Maladaptive

4. Palys & Little

5. King

تحقق هدف با مشکل مواجه شود و دوم، تعارض بین اهداف است که به عنوان یک ساختار ناسالم باعث تولید فشارهای روانی مضاعف می شود. مطالعه ی حاضر با هدف کلی مقایسه ی ساختار انگیزش در افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل با افراد غیر مبتلا انجام شده است.

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

با توجه به موضوع پژوهش، جامعه ی مورد نظر، اشخاصی بودند که برای درمان اختلال جسمانی شکل به بیمارستان عرفان و کلینیک های خصوصی مراجعه کرده بودند. از این جامعه، به صورت در دسترس ۳۰ نفر مبتلا به اختلال جسمانی شکل انتخاب و با ۳۰ نفر افراد غیر مبتلا همتا سازی شدند. از ۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال جسمانی شکل ۱۲ نفر اختلال تبدیلی، ۹ نفر اختلال جسمانی سازی و ۹ نفر مبتلا به اختلال درد، تشخیص داده شدند.

ابزار

پرسشنامه ی اهداف و علایق شخصی^۱ (PCI): پرسشنامه ی اهداف و علایق شخصی یا به اختصار PCI، شکل اصلاح و خلاصه شده ی پرسشنامه ی سبک انگیزش^۲ (MSQ) است و همانند (MSQ) بخشی از آن فرد نگر^۳ است زیرا برنامه ها و اهداف جاری^۴ هر فرد را در ۱۲ بخش مختلف سنجیده و مورد پژوهش قرار می دهد (کوکس و کلینگر، ۲۰۰۴). در PCI از آزمودنی ها خواسته می شود درباره اهداف شان در هر یک از حیطه های زندگی فکر کنند و سپس نظرشان را درباره ی چگونگی رسیدن به اهدافشان در ده بخش، نمره گذاری کنند. حیطه های زندگی در پرسشنامه ی PCI عبارتند از: خانه و امور مربوط به آن؛ شغل، حرفه، موقعیت مالی و اقتصادی؛ روابط با خانواده ی همسر و بستگان؛ روابط با دوستان و آشنایان؛ عشق، صمیمیت و روابط جنسی؛ تغییر اصلاح و رشد شخصی؛ آموزش و تحصیل؛ سلامت پزشکی و بهداشت روان؛ مصرف مواد تخدیر کننده (سیگار و غیره)؛ معنویت؛ اوقات فراغت و سرگرمی و اهداف دیگر. کوکس و کلینگر (۲۰۰۴) معتقدند با توجه به این که حیطه های فوق، حیطه های مشترک زندگی بسیاری از افراد است، بنابراین به عنوان مهمترین حیطه ها انتخاب شده اند؛ علاوه بر آن، بخشی از این پرسشنامه

1. Personal Concern Inventory
2. Motivational Structure Questionnaire

3. Idiographic
4. Current Concern

قانون نگر^۱ است. به این لحاظ که از طریق گروه بندی اهداف، به کمک ۱۰ واژه ی کلیدی، نوع فعالیت ها و امکان مقایسه ی بین فردی را امکان پذیر می سازد. در این پژوهش، بخش دوم این پرسشنامه مورد توجه قرار می گیرد.

میزان اهمیت در PCI، اهمیت هدف آزمودنی را مشخص می کند و اینکه تا چه حد، هدف برای آزمودنی مهم است که می خواهد آن را بدست آورد و یا انجام دهد؛ میزان احتمال تحقق، نظر پرسش شونده را درباره ی احتمال دستیابی به اهدافش در صورت تلاش را اندازه گیری می کند؛ میزان کنترل روی سیر تحقق، احساس کنترل آزمودنی را برای دست یافتن به اهدافش اندازه گیری می کند؛ میزان آگاهی به اینکه چه باید کرد؛ اطلاعات و دانش فرد را از چگونگی رسیدن به اهدافش، اندازه گیری می کند؛ خشنودی (در صورت تحقق)، شادمانی آزمودنی را از دست یافتن به اهدافش، اندازه گیری می کند؛ سر خوردگی (در صورت عدم تحقق) غم و ناراحتی آزمودنی را از عدم دست یافتن به اهدافش، اندازه گیری می کند؛ تعهد (وابستگی قلبی) به هدف، مصمم بودن مراجع در دستیابی به اهدافش را اندازه گیری می کند و طول زمان تا تحقق، نظر پرسش شونده را در خصوص مدت زمان احتمالی مورد نیاز برای دستیابی به اهدافش اندازه گیری می کند. میزان آزادی در انتخاب هدف، مشخص می کند که آیا آزمودنی هدف را انتخاب کرده است یا دیگران این هدف را برای او انتخاب کرده اند؟ و سرانجام میزان اهمیت آن برای اهداف دیگر همسو بودن اهداف فرد و یا میزان تعارض اهداف را اندازه گیری می کند. شواهد، نشان دهنده ی آن است که PCI از پایایی و اعتبار مناسب برخوردار است (کوکس و کلینگر، ۲۰۰۴). کوکس و کلینگر (۲۰۰۴) ثبات درونی ده مقیاس PCI را با روش آلفای کرونباخ روی نمونه ی دانشجویی ۱۸۲ نفری و سلیمانیان (۲۰۰۵) روی نمونه ی دانشجویی ۱۵۸ نفری محاسبه کرده است.

یافته ها

از ۶۰ نفر آزمودنی شرکت کننده در این پژوهش، ۳۰ نفر افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل و ۳۰ نفر افراد غیر مبتلا بودند. از ۳۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال جسمانی شکل، ۱۲ نفر اختلال تبدیلی، ۹ نفر اختلال جسمانی سازی و ۹ نفر مبتلا به اختلال درد تشخیص داده شدند. متغیرهای سن، جنسیت سطح تحصیلات و وضعیت تاهل در هنگام تشکیل دو گروه کنترل شد.

جدول ۱: داده های جمعیت شناختی گروه نمونه

متغیرها	فراوانی	درصد
اختلال تبدیلی	۱۲	۴۰
اختلال جسمانی سازی	۹	۳۰
اختلال درد	۹	۳۰
جنسیت زن	۴۴	۳/۷۳
مرد	۱۶	۷/۲۶
مجرد	۱۸	۳۰
م تا هل	۴۰	۷/۶۶
تا هل	۲	۳/۳
وضعیت بیسواد تا دیپلم	۴۸	۸۰
دیپلم تا لیسانس	۱۲	۲۰

جدول ۲: نتایج مشخصه های چهارگانه ی F مربوط به تحلیل واریانس چند متغیره

شاخص	ارزش	F	سطح معناداری
آزمون پیلایی	۷۰۵/۰	۷۱۷/۱۱	۰۰۰/۰
لامبدای ویلکز	۲۹۵/۰	۷۱۷/۱۱	۰۰۰/۰
هتلینگ	۳۹۱/۲	۷۱۷/۱۱	۰۰۰/۰
آزمون ری	۳۹۱/۲	۷۱۷/۱۱	۰۰۰/۰

چنانچه از جدول فوق منتج می شود، مقدار مشخصه ی آماری F با مقدار ۱۱/۷۱۷ در هر چهار مشخصه در سطح $\alpha = 0.05$ معنادار است؛ یعنی با احتمال ۹۵٪ درصد می توان نتیجه گرفت که ساختار انگیزش در افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل و افراد غیر مبتلا متفاوت است. آزمون تعقیبی LSD در جدول ۳ نشان می دهد که به جز مولفه ی طول مدت زمان تحقق هر هدف که تفاوت معناداری بین دو گروه وجود ندارد در سایر مولفه ها، تفاوت معناداری بین افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل و افراد غیر مبتلا وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، مقایسه ی ساختار انگیزش در افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل با افراد غیر مبتلا بود. با توجه به نتایج بدست آمده، به نظر می رسد در سبب شناسی و پدید آیی اختلال جسمانی شکل، نقش ساختار انگیزش از اهمیت بسزایی برخوردار است.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی LSD

شاخص	گروه	اختلاف میانگین	انحراف معیار	سطح معناداری
اهمیت هر هدف	مبتلا	-۰۸۸/۲۸*	۳۵۰/۴	۰/۰۰۱
	غیر مبتلا	۰۸۸/۲۸*	۳۵۰/۴	۰/۰۰۱
احتمال تحقق هر هدف	مبتلا	-۳۱/۲۴۳*	۲۵۶/۴	۰/۰۰۱
	غیر مبتلا	۲۴۳/۳۱*	۲۵۶/۴	۰/۰۰۱
میزان کنترل هر آزمودنی در تحقق هدف	مبتلا	-۴۶۵/۲۹*	۲۱۸/۴	۰/۰۰۱
	غیر مبتلا	۴۶۵/۲۹*	۲۱۸/۴	۰/۰۰۱
میزان آگاهی آزمودنی به گام ها و اقدامات ضروری	مبتلا	-۳۱۵/۳۲*	۴۴۰/۴	۰/۰۰۱
	غیر مبتلا	۳۱۵/۳۲*	۴۴۰/۴	۰/۰۰۱
میزان شادی در صورت تحقق هر هدف	مبتلا	-۲۴۶/۲۸*	۷۵۳/۴	۰/۰۰۱
	غیر مبتلا	۲۴۶/۲۸*	۷۵۳/۴	۰/۰۰۱
میزان غم و سرخوردگی	مبتلا	-۸۵۱/۱۸*	۸۹۹/۵	۰۰۲/۰
	غیر مبتلا	۸۵۱/۱۸*	۸۹۹/۵	۰۰۲/۰
میزان تعهد و جدیت در ارتباط با تحقق هر هدف	مبتلا	-۸۶۲/۲۷*	۴۸۷/۴	۰/۰۰۱
	غیر مبتلا	۲۷/۸۶۲*	۴۸۷/۴	۰/۰۰۱
طول مدت زمان تحقق هر هدف	مبتلا	۹۹۱/۰	۵۰۱/۵	۸۵۸/۰
	غیر مبتلا	-۹۹۱/۰	۵۰۱/۵	۸۵۸/۰
میزان آزادی هر فرد در انتخاب اهداف خود	مبتلا	-۳۹۳/۳۰*	۶۸۵/۴	۰/۰۰۱
	غیر مبتلا	۳۹۳/۳۰*	۶۸۵/۴	۰/۰۰۱
میزان اهمیت هر هدف برای اهداف دیگر	مبتلا	-۵۵۸/۲۳*	۸۰۴/۵	۰/۰۰۱
	غیر مبتلا	۵۵۸/۲۳*	۸۰۴/۵	۰/۰۰۱

براساس یافته‌های به دست آمده، افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل، دارای ساختار انگیزشی ناسازگارانه هستند. این افراد نسبت به اشخاص غیر مبتلا، برای اهداف خود اهمیت کمی قایل اند نسبت به دستیابی به اهداف خود کمتر امیدوارند، کنترل و آگاهی کمی نسبت به اهداف خود دارند حداقل خرسندی از رسیدن به هدف یا حداقل ناراحتی از نرسیدن به هدف دارند، حداقل تعهد نسبت به اهداف و تعارض اهداف از ویژگی های دیگر این افراد است. آنها در انتخاب اهداف

خود، آزادی کمتری نسبت به افراد غیر مبتلا دارند و در اجرای برنامه‌ها و اهداف خود بسیار منفعل عمل می‌کنند و از آنجایی که در زندگی با شکست‌ها و استرس‌های زیادی مواجه بوده‌اند درماندگی آموخته شده، دچارند و به این باور رسیده‌اند که تلاش کردن برای رسیدن به اهدافشان حاصلی در بر ندارد. این افراد، در راه تحقق اهداف خود به هنگام مواجه شدن با موانع اهداف خود را رها کرده و پیوستگی و استمرار در راه رسیدن به آنها را ندارند. معمولاً تعقیب هدف، یک نقطه‌ی آغازی دارد؛ یعنی زمانی که فرد، مشوقی را انتخاب می‌کند، یک تعهد درونی نسبت به تعقیب آن هدف در خود شکل می‌دهد (هک هاوزن^۱، گول ویتسر^۲؛ ۱۹۸۷).

تعهد نسبت به یک هدف، هم از لحاظ عواقب چشم‌پوشی و ترک هدف و هم از لحاظ تغییرات متعددی که تعهد نسبت به یک هدف بوجود می‌آورد، دارای اهمیت است؛ اول اینکه، تعهد نسبت به یک هدف، اثرات اولیه‌ی موانع ناگهانی را تغییر می‌دهد؛ به این معنی که قبل از اینکه فرد به یک هدف متعهد گردد، موانع باعث می‌شود آن هدف، جذابیت خود را از دست بدهد اما بعد از تعهد موانع، نه تنها باعث تقویت تعقیب هدف می‌شود بلکه موجب عمیق شدن تعهد نیز می‌گردد (کلینگر^۳، ۱۹۷۵)؛ دوم اینکه تعهد، موجب تغییر در کارکرد ذهن می‌گردد.

قبل از تعهد، شخص به طور مرتب گزینه‌های مختلف را برای انتخاب خود سبک و سنگین می‌کند؛ به عبارت دیگر، مجموعه‌ی ذهن او در یک وضعیت ارزشیابی قرار دارد اما بعد از تعهد، فرد دچار ذهن‌ابزاری می‌گردد که مشخصه‌ی آن جانب‌داری از یک هدف خاص و تمرکز بر شیوه‌های رسیدن به آن هدف است؛ سوم اینکه با آغاز تعهد، یک فرآیند پنهان در ذهن شکل می‌گیرد که فرد را به هر نشانه‌ای که مربوط به تعقیب هدف است حساس می‌سازد (گول ویتسر، هک هاوزن و اشتلر^۴، ۱۹۹۰).

در این پژوهش مشخص شد که افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل، تعهد پایینی نسبت به اهداف خود در مقایسه با افراد غیر مبتلا دارند. برجسته‌ترین ویژگی فرایند عمل؛ یعنی «پیوستگی و استمرار» تا رسیدن به هدف مورد نظر، در افراد مبتلا دیده نمی‌شود. برجسته‌ترین ویژگی فرایند عمل «پیوستگی و استمرار» بسوی تحقق هدف از مرحله‌ی گزینش، ایجاد وابستگی هیجانی به هدف تحقق تا مرحله‌ی پایانی آن؛ یعنی ارزیابی نتایج بدست آمده است (باقری، ۲۰۱۰).

یافته های این پژوهش، با تحقیقات کوکس و کلینگر (۲۰۰۴) و من^۱ و همکاران (۱۹۹۸) همخوانی دارد؛ به عنوان مثال، من و همکاران (۱۹۹۸) نشان داده اند افراد الکلی در مقایسه با افراد غیر الکلی از ساختار انگیزی متفاوتی برخوردارند، آنها بیشتر دارای اهداف اجتنابی بوده اند، تعهد کمتری نسبت به اهدافشان دارند و معتقدند که کنترل کمتری روی اهدافشان دارند. تحقیق روبرسون^۲ (۱۹۹۰) نیز نشان داده است که افراد دارای رضایت شغلی در مقایسه با افراد دارای ناراضی شغلی از ساختار انگیزش متفاوتی برخوردارند. تحقیقات نیوکامب و هارلو^۳ (۱۹۸۶) نیز در بین نوجوانان و جوانان یک همبستگی معنادار بین اعتیاد و نداشتن هدف و جهت در زندگی نشان داده است. تحقیقات دیگر، نشان داده است افراد معتاد، کمتر احساس می کنند به مشوق های بیشتری نیاز دارند، تعهد کمتری به تعقیب اهدافشان دارند و احساس می کنند قادر به تحقق اهدافشان نیستند.

یافته های این پژوهش، نشان داد که ساختار انگیزش افراد مبتلا به اختلال جسمانی شکل با افراد غیر مبتلا به لحاظ طول مدت زمانی که این افراد برای رسیدن به اهداف خود پیش بینی کرده بودند متفاوت نیست و از این نظر هر دو گروه در وضع مشابهی قرار داشتند. براساس نظر کوکس و کلینگر (۲۰۰۳) افرادی که حداقل امیدواری برای دستیابی به هدف، حداقل خرسندی از رسیدن به هدف و یا حداقل ناراحتی از نرسیدن به هدف، حداقل تعهد نسبت به هدف، احساس کنترل پایین نسبت به هدف و حداقل اطلاعات را درباره ی اهداف خود دارند، دارای ساختار انگیزش ناسازگارانه اند.

از طرفی، ویژگی دیگر افراد دارای ساختار انگیزی ناسازگارانه، این است که افراد به جای اهداف گرایشی، دارای اهداف اجتنابی (سعی دارند از پیامدهای منفی اجتناب کنند) هستند. بنابراین، بر اساس نظر کوکس و کلینگر، یافته ی این پژوهش را می توان اینگونه تبیین کرد که اهداف هر فرد با فرد دیگر متفاوت است. ممکن است فردی رسیدن به مراتب بالای علمی را به عنوان هدف خود برگزیده باشد و فرد دیگر، ترک اعتیاد خود را. این دو اهداف، مستلزم صرف وقت و زمان بسیاری است. افراد مبتلا ممکن است بیشتر اهداف اجتنابی را دنبال کنند و بیشتر بدنبال خلاص شدن یا فرار از اهداف منفی آزارنده باشند؛ مثل تلاش برای مریض نشدن، تلاش برای اخراج نشدن یا تلاش برای خلاص شدن از محرک های منفی مانند ازدواج ناموفق. افراد مبتلا، همان قدر زمان مورد انتظار

برای رسیدن به اهداف اجتنابی خود را پیش بینی می کنند که افراد غیر مبتلا این زمان را برای اهداف گرایشی در نظر می گیرند.

تحقیقات الیوت و چرچ^۱ (۲۰۰۲) نشان داده است مراجعانی که اهداف اجتنابی زیادی را در فرایند درمان دنبال می کردند، نسبت به مراجعانی که اهداف اجتنابی کمتری را در فرایند درمان داشتند تغییر بسیار اندکی در احساس خشنودی از زندگی نشان دادند. علاوه بر این، مردم از لحاظ تصوراتشان درباره ی عینی بودن تعقیب اهدافشان با هم فرق دارند. گاهی فقط به نتیجه ی نهایی فکر می کنند؛ یعنی وقتی به هدفشان برسند چه احساسی خواهند داشت، مثل غرق شدن در فکر یک شغل پر درآمد اما اگر تصور کنند چه مراحلی برای رسیدن به هدف لازم است، به احتمال زیاد در رسیدن به اهدافشان موفق تر خواهند بود و احتمالاً به مشکلات موجود بر سر راه خود توجه ی بیشتری نشان خواهند داد، مخصوصاً اگر اهداف برای فرد از ارزش بالایی برخوردار باشد (کوستر^۲ و همکاران، ۲۰۰۲).

References

- Halgin, R., & Whitbourne, S. K. (2003). *Abnormal Psychology: Clinical perspectives on psychological disorders*. Translated by: Y. Seyyed Mohammadi. (2008). Tehran: Ravan Press.
- Bagheri, F. (2010). The effect of cognitive therapy on failure reaction and action control, *Psychological Health Journal*.
- Bener, A., & Salahaldin A. H. (2008). Gender differences in prevalence of somatoform disorder in patients visiting primary care centers. *Public Health & Epidemiology & Medical Statistics*.
- Cox, W. M., & Klinger, E. (2004). *Handbook of motivational counseling: concepts, approaches and assessment*. UK: Wiley.
- Davison, G. C., Neal, J. M., & Kring, M. A. (2004). Davison, G. C. Neal, J. M. & Kring, A. M. (2004). *Abnormal psychology*. (9th ed.), New York: Wiley. Translated by: M. Dehestani. (2006). Tehran: Virayesh Press.
- Elliot, A. J., & Church, M. A. (2002). Client articulated avoidance goals in the therapy context. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 243-254.
- Emmons, R. A. (1999). *The psychology of ultimate concerns: Motivation and spirituality in personality*. New York: Guilford Press.
- Emmons, R. A., & King, L. A. (1988). Conflict among personal striving: Immediate and long term implication for psychological and physical

1. Elliot & Church

2. Koestner

- well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 54, 1040-1048.
- Gollwitzer, P. M., Heckhausen H., & Steller, B. (1990). Deliberative and implemental mind sets: Cognitive tuning toward congruous thoughts and information. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1119-1127.
- Halijin, R. P., & Witborn, S. C. (2003). *Psychopathology (clinical perspectives on mental disorders)*. Translated by: Y. Seyyed Mohammadi. (5th ed.), Tehran: Ravan Press.
- Heckhausen, H., & Gollwitzer, P. M. (1987). Thought contents and cognitive functioning in motivational and volitional state of mind. *Motivation and Emotion*, 11, 101-120.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2003). *Synopsis of Psychiatry (Behavioral Sciences- Psychiatry)*. Translated by: N. Pourafkary. (2005). Tehran: Ab Press.
- Klinger, E. (1975). Consequences of commitment to and disengagement from incentives. *Psychological Review*, 82, 1-25.
- Koestner, R., Lekes, N., Powers, T. A., & Chicoine, E. (2002). Attaining Personal goals: Self-Concordance plus implementation intentions equal success. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 231-244.
- Li, C., Chou, Y., Yang, K., Yang, C., Lee, Y., & Su, T. (2009). Medically Unexplained Symptoms and Somatoform Disorders: Diagnostic challenges to Psychiatrists. *Journal of the Chinese Medical Association*, 72(5), 251-256.
- Man, F., Stuchlíková, I., & Klinger E. (1998). Motivational structure of alcoholic and nonalcoholic Czech men. *Psychological Reports*, 82, 1091-1106.
- Newcomb, M. D., & Harlow, L. L. (1986). Life event and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 564-577.
- Niroumand Some'eh, B. (2003). Personality profiles, stressful events and coping methods of individuals attempting suicide in Ardebil.
- Palys, T. S., & Little, B. R. (1983). Perceived life satisfaction and the organization of personal project systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1221-1230.
- Roberson, L. (1990). Prediction of job satisfaction from characteristics of personal work goals. *Journal of Organizational Behavior*, 11, 29-41.
- Sajjadi Nezhad, M. S. (2005). *A review of the effectiveness of group cognitive therapy in the treatment of recurring headaches and pattern comparison of response to treatment of migraine and tension*

- headaches in university students*. (Master's thesis, University of Shiraz).
- Schroevers, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2007). Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Journal of Personality and Individual Differences, 43*, 413-423.
- Sheldon, K. M., Elliot, A. J., Ryan, R. M. Chirkov, V., & Kim, Y. (2004). Self-concordance and subjective Well-being in four cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 35*(2), 209-223.
- Soleimani, A. A. (2005). *Effectiveness of systematic motivational consulting (SMC) in the reduction of marital conflict*. (Doctoral dissertation).