

## اثربخشی طرح‌واره‌درمانی تمثیلی در زنان دچار نشانگان افسرده‌خویی پس از طلاق (طرح تجربی تک موردی)

علی محمد نظری\*

علیرضا احمدیان\*\*

### چکیده

یکی از روش‌های اثربخش کنترل اختلالات مزمن خلقی طرح‌واره‌درمانی است، ولی به نظر جفری یانگ این درمان مفاهیم پیچیده‌ای برای مراجعان دارد که با کاربست ابزارهای زبانی تسهیل‌گر، مانند تمثیل، برای تجسم مناسب‌تر از مفاهیم گزاره‌ای - انتزاعی می‌توان این درمان را مفهوم‌پذیر کرد. درمان ترکیبی حاضر از الحاق این دو روش کارآمد با یک‌دیگر برای اثربخش‌تر کردن دستاوردهای این اختلال مزمن اجرا شد. پژوهش حاضر با هدف مطالعه میزان اثربخشی طرح‌واره‌درمانی مبتنی بر تمثیل در زنان مطلقه مبتلا به اختلال افسرده‌خویی انجام شد. در این پژوهش از روش طرح تجربی پیش-پس آزمون و پی‌گیری درمان استفاده شد و شش نفر از زنان مطلقه مبتلا به افسرده‌خویی به روش نمونه‌گیری هدفمند تحت درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد که طرح‌واره‌درمانی تمثیلی موجب کاهش معنادار علائم مزمن افسردگی و نیز طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران شد و همچنین این نتایج در یک نوبت پی‌گیری دو ماهه دوام داشت. طرح‌واره‌درمانی تمثیلی در تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه کاهش علائم مزمن افسردگی و کنترل میزان عود در بیماران افسرده‌خو در طی زمان مؤثر بوده است.

**کلیدواژه‌ها:** طرح‌واره‌درمانی، تمثیل، افسرده‌خویی، بیوه.

\* دانشیار مشاوره، دانشگاه خوارزمی (نویسنده مسئول) iranpsychotherapy@gmail.com

\*\* دانشجوی دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی ahmadian1727@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۲

## ۱. مقدمه

اختلال افسردگی مُزمن به‌ویژه اصطلاح افسرده‌خویی نوعی اختلال خلقی است و به معنی سرشت بیمارگون که از ریشهٔ عبارتی یونانی گرفته شده است. برخلاف مزمن‌بودن این اختلال نشانه‌های اختلال افسردگی مُزمن برای مدتی طولانی دوام می‌یابند، اما شدت و ابعاد علائم بالینی بیمار به گونه‌ای نیست که بتوان تشخیص اختلال افسردگی اساسی را بر آن گذاشت. از آنجایی که این اختلال بیش از یک دوره طول می‌کشد و حتی گاهی به مدت یک دهه نیز تداوم می‌یابد، افراد مبتلا به اختلال مذکور تمایل دارند افسردگی را بخشی از زندگی خود به‌شمار آورند (سادوک و دیگران، ۲۰۰۹؛ مادو و دیگران، ۲۰۱۲).

همان‌طور که از انتشار مطالعات جدید ابعاد زیربنایی و روش‌های درمانی اثربخش آن نمایان است با شیوه‌های درمانی که می‌توانند آسیب‌های رشد روانی و حوادث گذشته‌نگر در این اختلال را شناسایی و درمان و کنترل کنند، می‌توان گامی مهم در مدیریت این اختلال برداشت و درمان‌های نوین و پیشرفته، مانند طرح‌واره‌درمانی، توانسته‌اند با ارائهٔ کارآزمایی‌های بالینی به نتایجی امیدبخش در این حوزه دست بیابند. می‌توان گفت که طرح‌واره‌درمانی بنا بر نظریه‌های آسیب‌شناسی و درمان خود و با توجه به ویژگی‌های نهفته در اختلال افسردگی مُزمن گامی مهم و بزرگ را در نزدیک‌شدن به علیت‌های اولیه و اساسی در این اختلال برداشته و در کارآزمایی بالینی درمانگران متوجه خواهند شد که چطور این نظریهٔ شگرف و پیشرفته، که حاصل نبوغ اندیشمند بزرگ جفری یانگ و همکاران است، به آنچه که باید بسنجد و آن‌طور که باید درمان کند دست می‌یابد و به اصطلاح بُت بزرگ و ریشه‌های خزندهٔ این اختلال مزمن را خشکانده و یا در حد چشم‌گیری تضعیف کند (دوزیس و دیگران، ۲۰۰۹). در جدول ذیل علائم کامل بالینی آن ارائه شده است.

### جدول ۱. ملاک‌های تشخیصی اختلال افسرده‌خویی در DSM-IV-TR

الف) خلق افسرده در اکثر اوقات روز و در اکثر روزها به مدت حداقل دو سال که نشانه‌اش گزارش خود فرد از حالت درونی‌اش باشد یا مشاهدهٔ دیگران.

توجه: در کودکان و نوجوانان خلق می‌تواند تحریک‌پذیر باشد و مدتش باید یک سال باشد.

ب) وجود حداقل دو مورد از موارد ذیل هم‌زمان با افسردگی:

- کم‌اشتهایی یا پُرخوری؛
- بی‌خوابی یا پرخوابی؛
- کمبود انرژی یا خستگی؛

• کاهش اعتماد به نفس؛  
• ضعف در تمرکز یا دشواری در گرفتن تصمیم؛  
• احساس ناامیدی.  
پ) طی این دوره دوساله اختلال (یکساله در مورد کودکان و نوجوانان) فرد هرگز بیش از دو ماه فارغ از علائم ذکر شده در ملاک‌های (الف) و (ب) نبوده باشد.  
ت) طی اولین دوره دوساله اختلال (یکساله در مورد کودکان و نوجوانان) هرگز دوره افسردگی اساسی‌ای رخ نداده باشد؛ یعنی علائم را نتوان با اختلال افسردگی اساسی مزمن یا اختلال افسردگی اساسی در حالت فروکش نسبی بهتر توجیه کرد.  
توجه: این امکان وجود دارد که، پیش از اختلال افسردگی مزمن، دوره افسردگی اساسی‌ای بوده باشد، اما باید در فروکش کامل باشد (یعنی به مدت دو ماه هیچ نشانه یا علامت چشم‌گیری وجود نداشته باشد)، وانگهی پس از دو سال اول اختلال افسردگی مزمن (یک سال در کودکان و نوجوانان) هم می‌شود که دوره‌هایی از اختلال افسردگی اساسی اضافه شوند، که در این صورت اگر ملاک‌های دوره افسردگی اساسی وجود داشته باشد، هر دو تشخیص را می‌توان مطرح کرد.  
ث) هرگز نباید دوره‌ای از نوع مانیا، مختلط، یا هیپومانیا وجود داشته باشد و ملاک‌های مربوط به اختلال خلق ادواری را نیز فرد هرگز نباید داشته باشد.  
ج) علائم مزبور نباید صرفاً در سیر یک اختلال روان‌پریشی مزمن نظیر اسکیزوفرنی یا اختلال هذیانی رخ داده باشد.  
چ) علائم مزبور نباید ناشی از اثر مستقیم یکی از مواد (مثل داروهای مورد سوء مصرف، یا داروهای طبی) یا یکی از بیماری‌های طبی عمومی (نظیر کم‌کاری تیروئید) باشد.  
ح) علائم مزبور به‌لحاظ بالینی ایجاد رنج و عذاب زیاد کرده باشد یا کارکردهای اجتماعی و شغلی و یا سایر کارکردهای مهم فرد را بسیار مختل کرده باشد.  
معین کنید کدام حالات است:  
زودآغاز: آن است که اختلال پیش از ۲۱ سالگی شروع شده باشد.  
دیرآغاز: آن است که اختلال در ۲۱ سالگی یا دیرتر شروع شده باشد.

مشکل فروپاشی روابط زوج‌ها از جمله شایع‌ترین جلوه‌های تعارض و آسیب شدید خانوادگی است. شواهد نشان می‌دهد که امروزه معمولاً حدود نیمی از ازدواج‌ها به طلاق می‌انجامند. بعد از طلاق حدود ۶۵ درصد زنان و ۷۰ درصد مردان احتمالاً دوباره ازدواج می‌کنند و حدود ۵۰ درصد افرادی که برای بار دوم ازدواج کرده‌اند، دوباره طلاق می‌گیرند (یانگ و لانگ، ۲۰۰۷). طی بررسی آخرین آمار رسمی طلاق در ایران از یازده تا شانزده درصد در نوسان است (فرح‌بخش و دیگران، ۱۳۸۳) که، براساس آخرین مقایسه معتبر، کشور ما از نظر فراوانی آماری طلاق چهارمین رتبه را در جهان داراست (کیان‌نیا،

۱۳۷۵). مشکلات ارتباطی از رایج‌ترین مشکلاتی است که زوج بیان می‌کنند. بیش از ۹۰ درصد زوج‌های آشفته این مشکلات را مسئله اصلی در روابط خود بیان می‌کنند. مشکلات ارتباطی مسئله مهمی در رویکردهای ارتباطی به خانواده است. این رویکردها تعارض زناشویی را به رابطه‌ای ناکارآمد تحلیل می‌کنند. این منازعات اغلب دور باطلی را ایجاد می‌کنند که یافتن نقطه آغاز شفافی در آن بی‌معناست، ولی در بررسی مهم‌ترین پیش‌زمینه طلاق می‌توان به مسئله طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اشاره کرد (کوپر، ۲۰۰۱). طرح‌واره ناسازگار اولیه هنگامی رشد می‌کند که نیازهای اساسی روان‌شناختی فرد مثل دل‌بستگی ایمن و آزادی برای بیان هیجانانگیز و خودانگیختگی با مانع روبه‌رو می‌شوند. طرح‌واره ناسازگار اولیه بر عمیق‌ترین سطح شناخت و معمولاً خارج از آگاهی عمل می‌کند و فرد را به افسردگی مزمن و اضطراب و روابط ناکارآمد و مشکلات زوجی و خانوادگی مبتلا می‌کند. زمانی که یک طرح‌واره ناسازگار اولیه فعال می‌شود، شخص با یکی از سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار مثل جبران و اجتناب و تسلیم به آن پاسخ می‌دهد که منجر به ماندگاری بیش‌تر طرح‌واره ناسازگار اولیه می‌گردد (Young, ۲۰۰۷). بعضی از محققان، از جمله تیم (۲۰۱۰)، بر این نظرند که طرح‌واره ناسازگار اولیه بعد از شکل‌گیری مانند صفت (رگه شخصیتی) در همه زمان‌ها عمل می‌کند که یافته‌های یوسفی و همکاران (۱۳۸۹) هم نشان دادند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بدرفتاری، بی‌اعتمادی، معیارهای سخت‌گیرانه، و بازداری هیجانی بیش‌ترین توان را در پیش‌بینی معیارهای طلاق داراست. از سوی دیگر، اختلال افسرده‌خویی یک اختلال شایع خلقی در زنان بیوه (مطلقه) است و به طور کلی طلاق یک پیش‌آگهی قوی برای ابتلا به اختلالات خلقی مزمن است (احمدیان و دیگران، ۱۳۹۲؛ Barlow, ۲۰۰۱).

## ۲. طرح مسئله

افسردگی یکی از شایع‌ترین بیماری‌های روانی در سراسر دنیا است (لوپز و دیگران، ۲۰۰۶) و اختلال افسردگی مزمن (دیستایمیا) یکی از اختلال‌های شایع روان‌شناختی است (Barlow, ۲۰۰۱). طبق راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی اختلال افسردگی مزمن اختلال خلقی مزمنی است که شیوع بالایی دارد؛ یعنی حدود پنج تا شش درصد از کل افراد به آن مبتلا هستند (کلاین و دیگران، ۲۰۰۶). همچنین، طبق آمارهای سازمان جهانی بهداشت، ۱۲۱ میلیون نفر در سراسر دنیا از افسردگی رنج می‌برند و پیش‌بینی

می‌شود که در سال‌های آینده دومین بیماری رایج باشد که جمعیت دنیا را گرفتار خواهد کرد و تقریباً یازده درصد از کل بیماری‌ها را تشکیل می‌دهد (اوستون و دیگران، ۲۰۰۴). شیوع اختلال افسردگی مزمن در مقایسه با افسردگی اساسی بسیار کمتر است، با این حال نوزده درصد بیماران افسرده با تشخیص اختلال افسردگی مزمن وارد مرحله درمان می‌شوند (کلر و هانک، ۱۹۹۵) و تا ۴۰ درصد از مراجعه‌کنندگان به کلینیک‌های روان‌پزشکی حالت‌هایی از افسردگی مزمن را نشان می‌دهند (کلارک و دیگران، ۱۹۹۹). بیش‌تر از ۴۷ درصد افراد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های پزشکی عمومی از اختلال افسردگی مزمن رنج می‌برند (تروپی و کلاین، ۲۰۰۸؛ آرنو و کنستانتینو، ۲۰۰۳) و حدود ۲۰ درصد افرادی که یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند در نهایت، تشخیص اختلال افسردگی مزمن را دریافت می‌کنند (گیلمر و دیگران، ۲۰۰۵). لذا به نظر می‌رسد پرداختن به درمان‌های اثربخش برای این اختلال ضروری و راهگشاست (Wishman, ۲۰۱۰). بر طبق تعریف راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی افسرده‌خویی اختلال خلقی مزمنی است که شیوع بالایی دارد یعنی حدود پنج تا شش درصد از کل افراد به آن مبتلا هستند (Klein, Shankman and Rose, ۲۰۰۶). با توجه به یافته‌های طولی بارلو (۲۰۰۱)، در مطالعه همه‌گیری و جمعیت‌شناختی افسردگی مزمن، این اختلال به طور معناداری در زنان بیوه (مطلقه) بیش‌تر از مردان مطلقه دیده می‌شود. البته برای حل مشکل ضعف درمان‌های معمول، با توجه به بررسی پژوهش‌های مداخله‌ای، نتایج بیانگر آن است که درمان‌های روان‌شناختی متداول مثل درمان‌شناختی بک، درمان بین فردی، در درمان این نوع مشکلات با نتایج درمانی معناداری در این جمعیت همراه نبوده‌اند (Demelo et al. ۲۰۰۵; Malouff and Schutte, ۲۰۰۷). بنابراین، یافتن شیوه درمانی اثربخش و نوین و کارآمد و البته درخور فهم برای افراد طبقه علمی متوسط، که از اختلال زنان دچار نشانگان افسرده‌خویی پس از طلاق رنج می‌برند، می‌تواند منجر به تدوین پایه یک طرح درمانی استاندارد و معتبر برای درمان این شکل از اختلالات روانی شود.

### ۳. سؤال تحقیق

آیا طرح‌واره درمانی تمثیلی در کاهش علائم افسرده‌خویی پس از طلاق زنان مؤثر است؟  
آیا طرح‌واره درمانی تمثیلی در تعدیل تشدید طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پس از طلاق زنان مؤثر است؟

#### ۴. مبانی نظری و پیشینه تحقیق

پژوهشگران بسیاری مانند یک (۲۰۰۱)، مور (۲۰۰۳)، مک‌کالو (۲۰۰۹)، پاپاجورجیا (۲۰۱۰)، ریزو (۲۰۱۰)، حسینی فرد (۱۳۹۰) بر روی کاهش علائم افسردگی مزمن زنان کار کردند، اما نتایجی بیش‌تر از اثربخشی درمانی متوسط کسب نکردند. یانگ و همکاران (۲۰۰۱)، ویشمن (۲۰۱۰)، اپ و دابسون (۲۰۱۰)، و احمدیان (۱۳۹۲، ۱۳۹۱، ۲۰۱۳) مطرح کردند که بسیاری از مفروضه‌های درمان‌های متداول در حوزه رفتاردرمانی شناختی با ویژگی‌های اختلالات روانی مزمن سازگار نیست. رفتاردرمانی شناختی، در قالب سطوح شناخت‌واره، رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند. مثلاً، در درمان افسردگی مزمن از سطح ناامیدی شروع می‌کند و سپس به مؤلفه‌های زیربنایی و درنهایت، طرح‌واره‌ها پرداخته می‌شود (لیهی، ۲۰۰۴)، اما در درمان این نوع اختلال در طرح‌واره درمانی این روند به‌طور منطقی برعکس دنبال می‌شود. در فرایند طرح‌واره‌درمانی، مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح شناخت‌واره‌های هیجانی آسیب‌دیده می‌روند. به عبارتی، در رویکرد طرح‌واره‌درمانی روش پایین به بالا عمل می‌شود (Young et al., ۲۰۰۱). این تغییر رویکرد می‌تواند در پاسخ‌دهی به درمان تأثیرگذار باشد (Epp and Dobson, ۲۰۱۰).

در مجموع، از بیان مسئله می‌توان چنین نتیجه گرفت که به‌کارگیری درمان‌های رایج در حوزه رفتاردرمانی شناختی در درمان طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با موفقیت اندکی و بسیار برگشت‌پذیری همراه بوده است و پرداختن به سطوح عمیق‌تر و لایه‌های علیتی به‌منزله متغیر میانجی بتواند به کاهش علائم ناشی از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بهبود آن‌ها یاری رساند که مدل طرح‌واره درمانی یانگ می‌تواند انتخاب درمانی مناسبی در مبتلایان به اختلالات خلقی مزمن باشد (Heileman et al., ۲۰۱۱). از سوی دیگر، با الحاق تکنیک‌های تمثیلی به محتوای روان‌درمانی می‌توان به یک مفهوم‌سازی درمانی از طریق زبان نمادین (تمثیل) نمای ادراکی بهتری از عناصر درمانی را برای مراجعان طراحی کرد؛ زیرا برخی مراجعان به‌لحاظ کلامی (تئوریک) موضوعاتی را که به‌صورت بیان گزاره‌ای از سوی درمانگر طرح می‌شود، در جلسه درمان می‌شنوند، اما به ادراک عمیق و یادسپاری این مفاهیم اثربخشی درمانی زیادی ندارند. اما از طریق زبان تمثیلی است که در فرایند اثربخش‌تر در دریافت اطلاعات، ذخیره‌سازی، سازمان‌دهی، بازیابی اطلاعات نقش دارند و می‌توان اطلاعات ناهم‌طراز از دو طبقه زبان‌شناختی گوناگون را از یک نظام ادراکی روان‌شناختی انتزاعی‌تر به نظام ادراکی روان‌شناختی غالباً عینی منتقل

کرد، بنابراین با واژگانی عینی به توصیف بهتر و روشن تر مفاهیم انتزاعی باید پرداخت (Blenkiron, ۲۰۱۰).

در کلی و خارج از مقایسه با سایر رویکردهای درمانی دیگر، جدی ترین نقد عمومی به رویکرد رفتاردرمانی شناختی کلاسیک یک این است که در بهترین شرایط فرایند ارائه درمانی صرفاً زبان گزاره‌ای است و نمی تواند آن چنان که شایسته یک درمان چندبعدنگر است تفاوت های ظریف و تمرکزهای دقیق مورد نیاز یک درمان و موجود در باورهای عقلانی و هیجانی و احساسی را، که مربوط به سطوح گوناگون پردازش اند، توجیه کند (Ibid). این نقد، با پیش فرض های ذکر شده، در مورد طرح واره درمانی کلاسیک نیز وارد است؛ زیرا در چهارچوب راهنمای کلاسیک این درمان به غیر از چند تکنیک مشخص، که به تصویرسازی ذهنی می پردازد، برای تسهیل سازی و همطراز سازی مفاهیم بالینی تخصصی با طراز شناختی مراجعان گام جدی و یا راهبرد خاصی را بر نداشته است و با ضمیمه و تأکید بر ایجاد عناصر زبان تصویری در محاورات طرح واره درمانی کلاسیک می توان از قابلیت های ویژه این درمان برای سطوح شناختی و هیجانی گوناگون مراجعان استفاده کرد و به لحاظ بالینی دوام و رمزگردانی مفهومی غنی تری را بهره برد (برنز، ۲۰۰۷).

بر کاربرد مطلق زبان گزاره‌ای در جلسه روان درمانی برخورد با بن بست های درک مفهوم و منظور طرفین در روند درمان تأکید می شود و لازم است که روان درمانگران برای خروج از این بن بست های رسانش مفاهیم درمانی از زبان نمادین نظیر یک بیت شعر (poetry)، تمثیل، ضرب المثل (Proverb)، قصه و یا حکایت های کوتاه و استعاره با محتوای بالینی برای کاهش این بن بست های ادراکی در جهت مفهوم سازی مناسب درمانی استفاده کنند. آموزش، از طریق تمثیل، دامنه معانی ما را می گستراند و از مفهوم سازی ناشناخته و ناملموس به سوی مفاهیمی درک پذیرتر سوق می دهند (Erickson, ۲۰۰۱; Blenkiron, ۲۰۱۰). برگ و دولان (Berg and Dolan, ۲۰۰۱) و برنز (۲۰۰۱) بر این باورند که قوانین حاکم بر درمان های عمیق، که به لایه های زیربنایی روان شناختی مراجعان می پردازند، بدون استفاده و مداخله بالینی حاوی زبان درمانی غنی از تمثیل هایی که بتواند با نزدیک شدن به طراز شناختی مراجعان به توصیف دقیق مفاهیم درمان پردازد، دشوارند (Gaudiano et al., ۲۰۱۲).

یانگ و همکاران (۲۰۰۳) فرایند درمان را به دو بخش تقسیم کردند:

۱. مرحله سنجش (assessment) و آموزش (education):

۲. مرحله تغییر.

در مرحلهٔ سنجش و آموزش، درمانگر کار خود را با ارزیابی اولیه شروع می‌کند و مشکل فعلی بیمار و اهداف درمانی او را می‌سنجد و بیمار را در جهت استفاده از طرح‌واره‌درمانی ارزیابی می‌کند. در گام بعدی، درمانگر تاریخچهٔ زندگی بیمار را بررسی می‌کند و الگوهای ناکارآمدی بیمار را، که منجر به ارضانشدن نیازهای هیجانی اساسی او شده‌اند، جست‌وجو می‌کند. این الگوها معمولاً چرخه‌های مزمن و خودتداوم‌بخش (Self-perpetuating cycles) روابط بین فردی هستند که منجر به نارضایتی و بروز بیماری شده‌اند. درمانگر مدل طرح‌واره‌درمانی را برای بیمار توضیح می‌دهد و خاطر نشان می‌سازد که آن‌ها با کمک هم برای شناسایی طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای بیمار کار خواهند کرد. پس از تکمیل پرسش‌نامهٔ طرح‌واره‌های ناسازگار، درمانگر و بیمار به بحث و تبادل نظر در خصوص نتایج آن می‌پردازند. سپس درمانگر، برای پی‌بردن به عمق طرح‌واره‌ها و ریشه‌های تحولی دوران کودکی، مشکلات فعلی بیمار را با روش‌های تجربی روشن می‌سازد. بیمار در این مرحله طرح‌واره‌های خود و ریشهٔ تحول آن‌ها در دوران کودکی و سبک‌های مقابله‌ای خود را می‌شناسد و با مفهوم‌سازی درک درستی از وضع شناختی-هیجانی سیستم ذهنی خود پیدا می‌کند. در مرحلهٔ تغییر، از راهبردهای شناختی و هیجانی و بین فردی و الگوشکنی رفتاری استفاده می‌شود. هدف راهبردهای شناختی به محک گذاشتن صحت و سقم طرح‌واره‌هاست. در این مرحله، طرح‌وارهٔ درمانگران از راهبردهایی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدیدی از شواهد تأییدکنندهٔ طرح‌واره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، برقراری گفت‌وگو بین جنبهٔ سالم با جنبهٔ طرح‌واره، تدوین کارت‌های آموزشی، تکمیل فرم ثبت طرح‌واره استفاده می‌کنند. برای عمیق‌شدن درک شناختی بیمار از صحت و سقم طرح‌واره‌ها از راهبردهای تجربی (هیجانی) استفاده می‌شود (Young et al., ۲۰۰۳).

## ۵. مدل مفهومی و فرضیه‌های تحقیق

۱. طرح‌واره‌درمانی تمثیلی در کاهش علائم افسرده‌خویی پس از طلاق زنان اثربخش است.

۲. طرح‌واره‌درمانی تمثیلی در تعدیل تشدید طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه پس از طلاق زنان اثربخش است.



## ۶. روش تحقیق

### ۱.۶ جامعه و نمونه آماری

زنان مطلقه مبتلا به اختلال افسرده‌خویی جامعه کلی را تشکیل می‌دادند و از بین زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره در بازه زمانی ۱۳۹۰ تا ۱۳۹۱، کسانی که واجد شرایط بالینی زنان مطلقه افسرده‌خو در پژوهش حاضر بودند، با شرایط جمعیت‌شناختی و شدت بالینی تقریباً همسان انتخاب شدند و تحت مطالعه قرار گرفتند.

**ملاک‌های ورود:** در وضعیت طلاق به‌سر می‌برند؛ داشتن تشخیص اصلی و غالب اختلال افسرده‌خویی با وضعیت افتراقی آغازین علائم بعد از طلاق؛ به‌علت پیچیدگی مفاهیم درمان سطح تحصیلات حداقل کاردانی بود.

**ملاک‌های خروج:** وجود هرگونه اختلال بارز دیگر در محور ۱ روان‌پزشکی که بتواند به‌منزله تشخیص اصلی خود را مطرح کند؛ داشتن بیماری‌های جسمی مرتبط با نشانه‌های افسردگی و اختلالات خلقی؛ به‌علت تداخل اثر روان‌درمانی و مصرف داروهای ضدافسردگی ۴ تا ۶ ماه قبل از پژوهش؛ دریافت روان‌درمانی یک سال قبل از پژوهش؛ سوءمصرف یا وابستگی به مواد در یک سال قبل از پژوهش.

برای دستیابی به این هدف، در ابتدا با بیماران مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور (SCID) از سوی روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی اجرا شد. پس از این‌که تشخیص اولیه نشانگان افسرده‌خویی بعد از طلاق مشخص شد، ملاک‌های لازم مدنظر قرار گرفتند تا نمونه واجد شرایط انتخاب شود. افسرده‌خویی همبودی زیادی با اختلالات دیگر دارد (هانت و همکاران، ۲۰۰۲). برای فائق آمدن بر این مشکل، افرادی را انتخاب کردیم که تشخیص اصلی آن‌ها افسرده‌خویی بود. پس از این‌که نمونه واجد شرایط انتخاب شد، شش نفر با نظارت و کنترل وارد مراحل درمان شدند.

طبق نظر کازدین (Kazdin, ۲۰۰۷)، پژوهش حاضر جزء مطالعات فرایندپژوهی (process study) و نتیجه‌پژوهی قرار می‌گیرد. علاوه بر این، امروزه شیوه درمان‌های حمایت‌شده از نظر تجربی منفرد در حوزه روان‌شناسی بالینی بسیار فراگیر شده است و از درمانگران و متخصصان بالینی انتظار می‌رود که پژوهش‌های خود را به گونه‌ای طراحی کنند که نتایج آن قابل دفاع باشد. شیوه (طرح) درمان به این صورت بود که، پس از ارجاع مراجعان براساس ملاک‌های ورود به پژوهش، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص

اختلال محور I (SCID) و بررسی ملاک‌های خروج از سوی روان‌پزشک مرکز انجام شد. پس از انتخاب شش آزمودنی و با توجه به طرح آزمایشی هم‌زمان با فاصله یک‌هفته‌ای وارد مرحله خط پایه شدند. روال کار بدین صورت بود که هر شش آزمودنی به مدت سه هفته در مرحله خط پایه شرکت کردند و پس از اتمام مرحله خط پایه وارد مرحله درمان شدند. جلسات طرح‌واره درمانی انفرادی به مدت ۲۰ جلسه هفتگی و هر جلسه حدود ۶۰ دقیقه برگزار شد. طبق نظر ریسو و همکاران (۲۰۰۷) طرح‌واره‌درمانی برای اختلال افسرده‌خویی را مرحله پی‌گیری نیز به مدت تقریباً دو ماه تا پایداری تأثیرات درمانی مشخصات دنبال شد و ملاک خروج از درمان نیز دو جلسه غیبت مداوم بود. استعاره و تمثیل‌هایی که، برای مفهوم‌سازی مبانی طرح‌واره‌درمانی، برای مراجعان طرح شدند از راهنمای کاربر استعاره درمانی<sup>۱</sup> جورج برنز (۲۰۰۷)، متناسب با مفاهیم طرح‌واره‌درمانی استخراج و تطبیق داده شدند و در قالب یک کارت «یاد یار»، از مفاهیم درمان، در اختیار مراجعان قرار گرفت.

## ۲.۶ نمونه‌هایی از کارت‌های آموزش تکنیک‌های طرح‌واره‌درمانی تمثیلی

\* توصیف طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به شیوه آموزشی تمثیلی:

\* حکایت می‌کنند که استفان کاوی نقل می‌کند من در کشتی جنگی خدمت می‌کردم، روزی مأموریت یافتیم که برای رزمایش رهسپار شویم. من روی عرشه دیدبانی می‌دادم. در پاسی از شب، ناگهان دیده‌بان خبر داد که ما به سمت نوری ثابت در حال حرکت هستیم و این معنای احتمال برخورد ما با آن نور بود. ناخدای متکبر کشتی ما با علامتی به سمت آن نور پیام داد که برای این که به هم برخورد نکنیم ۲۰ درجه تغییر درجه بدهید. ناخدای کشتی ما، که فرد مغروری و خودخواهی بود، با پیامی به نور مقابل روی ما گفت که شما باید تغییر درجه بدهید نه من! نور مقابل ما پاسخ داد که من فانوس دریایی هستم و این شما هستید که مجبورید تغییر موضع و مسیر دهید نه من!

\* توصیف طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به شیوه آموزشی تمثیلی:

\* دیدن فیل‌ها در سیرک و هیکل عظیم‌الجثه آن‌ها این سؤال را در ذهن بینندگان تداومی می‌کند که چرا آنان هیچ‌گونه حرکتی برای رهایی خود از زنجیر نمی‌کنند. مسئولین سیرک علت این انفعال و درماندگی فیل را این‌طور شرح می‌دهند که ما در کودکی پای فیل را به تیر و زنجیر خیلی محکمی می‌بندیم که واقعاً خیلی محکم است و پاره‌شدنی نیست. بچه‌فیل با برخورد به این ناتوانی خود در پاره‌کردن زنجیرها به این نتیجه می‌رسد که دیگر هیچ‌گاه قادر نخواهد بود بتواند غل و زنجیر را از پای خودش رها کند. این تصمیم شکست نادرست در بزرگسالی نیز با وی ادامه دارد و در حالی که او با این قدرت بدنی خود قادر است تا سخت‌ترین زنجیرها را از پای خود رها کند باز هم خود را به همان تلاش‌های کودکی‌اش بسنده و کفایت می‌دهد و با ضعیف‌ترین زنجیرها در بند مری خود در سیرک تا ابد باقی می‌ماند.

\* توصیف طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به شیوه آموزشی تمثیلی:  
\* حکایت می‌کنند که «بیش تر اوقات سقراط جلوی دروازه شهر آتن می‌نشست و به غریبه‌ها خوشامد می‌گفت. روزی غریبه‌ای نزد او رفت و گفت: «من می‌خواهم در شهر شما ساکن شوم. این‌جا چگونه مردمی دارد؟»، سقراط پرسید: «در زادگاهت چطور آدم‌هایی زندگی می‌کنند؟»، مرد غریبه گفت: «مردم چندان خوبی نیستند. دروغ می‌گویند، حقه می‌زنند و دزدی می‌کنند. به همین خاطر است که آن‌جا را ترک کرده‌ام». سقراط خردمند می‌گوید: «مردم این‌جا نیز همان‌گونه هستند. اگر جای تو بودم به جست‌وجو ادامه می‌دادم». چندی بعد، غریبه دیگری به سراغ سقراط آمد و درباره مردم آتن سؤال کرد. سقراط هم دوباره پرسید: «آدم‌های شهر خودت چه جور آدم‌هایی هستند؟»، غریبه پاسخ داد: «فوق‌العاده‌اند، به هم کمک می‌کنند و راست‌گو و پرکارند. چون می‌خواستم بقیه دنیا را هم ببینم ترک وطن کردم». سقراط اندیشمند در پاسخ به این یکی می‌گوید: «این‌جا هم همان‌طور است. چرا وارد شهر نمی‌شوی؟ مطمئن باش این شهر دقیقاً همان جایی است که تصورش را می‌کنی».

\* توصیف طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به شیوه آموزشی تمثیلی:  
\* حکایت می‌کنند که روزی جوانی برای حل مشکلاتش سراسیمه خود را به ارسطو رساند و گفت: من از پس مشکلات متعدد زندگی‌ام بر نمی‌آیم. من به او گفتم: بعد از ظهر خودت را به این آدرسی که به تو می‌دهم برسان تا عده‌ای را به تو نشان دهم که هیچ درد و مشکلی ندارند. آدرسی که ارسطو به آن مرد جوان داد آدرس یک قبرستان در حومه شهر آتن بود. ارسطو در محل قرار ملاقات رو به جوان گفت: «این ۱۵۰ هزار نفر که در این‌جا اقامت دارند هیچ‌کدامشان کوچک‌ترین مشکلی ندارند».

### ۳.۶ ابزار جمع‌آوری داده‌ها

- پرسش‌نامه طرح‌واره‌ی‌انگ شکل بلند ۲۳۲ سؤالی ( young schema questionnaire long form): پرسش‌نامه طرح‌واره‌های یانگ اولین بار به وسیله یانگ و براون در ۱۹۹۰، برای ارزیابی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، طراحی شد و در ۱۹۹۴ بازنگری شد. این پرسش‌نامه روی نمونه ۵۱۳ نفری از دانشجویان هنجاریابی شد که آلفای کرونباخ در ۱۸ مقیاس مطلوب و بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۳ به دست آمده است. نتایج آزمون با آزمون مجدد با فاصله ۱۵ روز در مورد ۱۸ طرح‌واره بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (Fata et al., ۲۰۰۵). این پرسش‌نامه از اعتبار صوری و قضاوتی مطلوبی برخوردار است. پژوهش‌های متعددی نیز کارایی آن را در تفکیک بیماران بر مبنای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نشان داده‌اند (احمدیان و دیگران، ۱۳۹۱). در این پژوهش، این ابزار برای ارزیابی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه سه گروه شرکت‌کننده در طرح به کار گرفته شد. پس از این‌که نمونه واجد شرایط

انتخاب شد، پنج نفر با نظارت و کنترل با انتخاب تصادفی و با لحاظ شرایط همتاشده از نظر نمره افسردگی، که همگی در طیف ۲۹ تا ۳۸، و نمره تجمیعی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، در طیف ۱۱۰۰ تا ۱۱۶۰، وارد مراحل درمان شدند.

**پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم:** این پرسش‌نامه شکل بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین‌شده و با ملاک‌های افسردگی DSM-IV انطباق دارد. این پرسش‌نامه ۲۱ گروه جمله است که هر گروه شامل چهار گزینه است. نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است. آزمودنی باید گزینه‌ای را علامت بزند که با حال کنونی او بیش‌تر سازگار است. مجموع نمرات می‌تواند بین صفر تا ۶۳ تغییر کند که امتیاز بالا نشانه شدت بیش‌تر افسردگی است. نقطه برش (cutoff point) در پرسش‌نامه افسردگی بک سیزده است. سایر محدوده‌ها چهارده تا نوزده نشانگر افسردگی خفیف و ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۳۸ افسردگی شدید و ۳۸ به بالا افسردگی بسیار شدید است. پایانی بازآزمایی یک هفته‌ای آن ۰/۹۳ و همسانی درونی آن نیز ۰/۹۱ است.

مشخصات روان‌سنجی این پرسش‌نامه در نمونه ایرانی نیز چنین گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱ و ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۷ بوده است (فتی و همکاران، ۱۳۸۴). همچنین قاسم‌زاده و همکاران (۲۰۰۵) با اجرای BDI-II روی ۱۲۵ دانشجوی ایرانی ضریب آلفای کرنباخ و ضریب بازآزمایی را با فاصله دوهفته‌ای ۰/۴۳ گزارش کرده‌اند. در جامع‌ترین پژوهش‌مختصات روان‌سنجی پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II)، در نمونه بالینی ۳۵۳ نفری مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در ایران، محمدخانی و دابسون (۲۰۰۷، Dobson and mohammadkhani) ضریب اعتبار کل برای هر ۲۱ مؤلفه را ۰/۹۱۳ به‌دست آوردند. ضریب همبستگی هر مؤلفه با کل پرسش‌نامه نیز از ۰/۴۵۴ تا ۰/۶۸۱ گزارش شد و ضریب آلفای کرنباخ پرسش‌نامه نیز بالای ۰/۹ به‌دست آمد. این پژوهشگران در بررسی روایی عاملی پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) سه عامل جسمانی - حیاتی، شناختی - روان‌شناختی، بدبینی - احساس بی‌ارزشی را گزارش کردند و به‌منظور بررسی روایی سازه بر پایه روش محاسبه روایی همگرا به محاسبه ضریب همبستگی نمرات حاصل از BDI-II و مقیاس افسردگی پرسش‌نامه نشانگان مختصر پرداختند که نشان‌دهنده همبستگی بالا بود (۰/۸۷۳ = a). به‌طور کلی نتایج بررسی آن‌ها نشان داد که BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسب برخوردار است و می‌توان به نمره‌های حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان‌سنجی

اعتماد کرد (ibid).

جدول ۲. فرمول‌بندی متغیرها و ابزار پژوهش

| ردیف | نام متغیر               | نوع متغیر | مقیاس    | روش سنجش | ابزار سنجش                                  |
|------|-------------------------|-----------|----------|----------|---|
| ۱    | طرح‌واره درمانی         | مستقل     | اسمی     | کیفی     | دستورالعمل درمانی راهنمای جفیری یانگ (۲۰۰۳) |
| ۲    | شدت افسردگی             | وابسته    | فاصله‌ای | کمی      | پرسش‌نامه افسردگی بک-۲                      |
| ۳    | افسرده‌خویی             | وابسته    | اسمی     | کیفی     | مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-1)          |
| ۴    | طرح‌واره ناسازگار اولیه | وابسته    | رتبه‌ای  | کمی      | پرسش‌نامه طرح‌واره فرم بلند                 |

## ۷. یافته‌ها

با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و نرم‌افزارهای تحلیلی، به تفسیر نتایج حاصل از پرسش‌نامه‌های بالینی پرداخته و بدین منظور از آزمون خط پایه اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در بعد سنجش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، در این نمونه اندک اما مناسب غربال‌شده، می‌توان به طرح‌واره‌های ناسازگار برجسته بدرفتاری - بی‌اعتمادی، معیارهای سخت‌گیرانه، بازداری هیجانی اشاره کرد که همخوان با یافته‌های یوسفی و همکاران (۱۳۸۹) بود، اما نکته مهم در این یافته‌ها اضافه‌شدن طرح‌واره محرومیت هیجانی و آسیب‌پذیری در قبال ضرر و زیان بود که در این جمعیت افسرده‌خو به عنوان طرح‌واره‌های برافراشته‌تر از سایر طرح‌واره‌ها دیده می‌شد و شاید بتوان به آن نقطه افتراق محدود و جرقه احتمالی زنان مطلقه سالم، از نظر افسرده‌خویی که در تحقیقات یوسفی و همکاران (۱۳۸۹) ذکر شد، با تردید از حیث اندکی نمونه‌ها اشاره کرد.

جدول ۳. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان

| ردیف | سن | جنسیت | تحصیلات  | مدت<br>ابتلا | شغل    | وضعیت<br>تأهل | زمان شروع علائم<br>اولیه پس از طلاق | تشخیص<br>همراه   |
|------|----|-------|----------|--------------|--------|---------------|-------------------------------------|------------------|
| ۱    | ۳۲ | مؤنث  | کاردانی  | ۳ سال        | کارمند | مطلقه         | ۲ ماه                               | فوبیای خاص       |
| ۲    | ۳۱ | مؤنث  | کارشناسی | ۳ سال        | کارمند | مطلقه         | ۱ ماه                               | اضطراب<br>فراگیر |
| ۳    | ۳۶ | مؤنث  | کارشناسی | ۴ سال        | معلم   | مطلقه         | ۲ ماه                               | ندارد            |
| ۴    | ۳۵ | مؤنث  | کاردانی  | ۳ سال        | کارمند | مطلقه         | ۲ ماه                               | ندارد            |

۱۵۴ اثربخشی طرح‌واره‌درمانی تمثیلی در زنان دچار نشانگان افسرده‌خویی ...

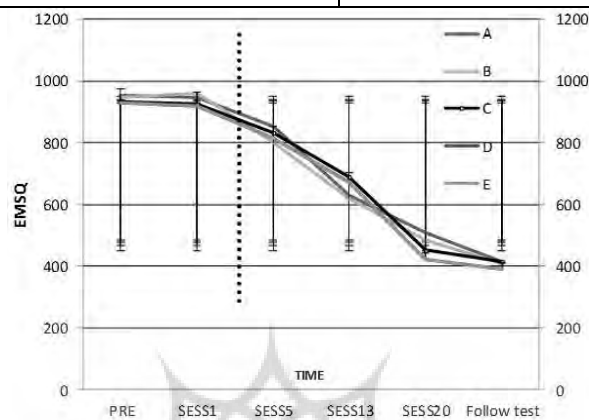
|            |       |       |      |       |          |      |    |   |
|------------|-------|-------|------|-------|----------|------|----|---|
| ندارد      | ۲ ماه | مطلقه | معلم | ۴ سال | کارشناسی | مؤنث | ۳۲ | ۵ |
| فویبای خاص | ۱ ماه | مطلقه | معلم | ۳ سال | کارشناسی | مؤنث | ۳۷ | ۶ |

جدول ۴. مقایسه نمرات مراجعان در افسردگی بک - نسخه دوم و فرم بلند

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ نسخه دوم

| مراجع<br>و                              | مراجع<br>۵ | مراجع<br>د | مراجع<br>ج | مراجع<br>ب | مراجع<br>الف | شاخص‌های سنجش<br>در بازه زمانی |
|---|------------|------------|------------|------------|--------------|--------------------------------|
| (خط پایه)                               |            |            |            |            |              |                                |
| ۷۵۹                                     | ۷۶۵        | ۷۸۱        | ۷۷۵        | ۷۶۰        | ۷۵۲          | EMSQ-LF                        |
| ۲۸                                      | ۲۶         | ۲۷         | ۲۶         | ۲۵         | ۲۸           | BDI-۲                          |
| (جلسه اول)                              |            |            |            |            |              |                                |
| ۷۳۸                                     | ۷۳۵        | ۷۵۵        | ۷۸۵        | ۷۵۰        | ۷۲۵          | EMSQ-LF                        |
| ۲۵                                      | ۲۷         | ۲۶         | ۲۷         | ۲۴         | ۲۶           | BDI-۲                          |
| (جلسه پنجم)                             |            |            |            |            |              |                                |
| ۵۲۳                                     | ۵۸۸        | ۵۵۱        | ۵۵۸        | ۵۰۹        | ۵۱۲          | EMSQ-LF                        |
| ۱۹                                      | ۱۸         | ۱۹         | ۱۸         | ۱۸         | ۲۱           | BDI-۲                          |
| (جلسه سیزدهم)                           |            |            |            |            |              |                                |
| ۴۰۱                                     | ۴۱۷        | ۵۰۰        | ۴۱۱        | ۴۳۵        | ۴۶۳          | EMSQ-LF                        |
| ۱۲                                      | ۱۰         | ۸          | ۱۳         | ۱۴         | ۱۷           | BDI-۲                          |
| (جلسه بیستم)                            |            |            |            |            |              |                                |
| ۲۷۵                                     | ۳۶۳        | ۳۵۵        | ۳۴۶        | ۳۱۰        | ۲۹۰          | EMSQ-LF                        |
| ۱۰                                      | ۶          | ۸          | ۱۰         | ۸          | ۱۱           | BDI-۲                          |
| (جلسه بی‌گیری)                          |            |            |            |            |              |                                |
| ۲۴۴                                     | ۲۵۸        | ۲۶۵        | ۲۴۴        | ۲۶۲        | ۲۷۵          | EMSQ-LF                        |
| ۱۰                                      | ۸          | ۱۱         | ۷          | ۸          | ۸            | BDI-۲                          |
| درصد بهبودی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه |            |            |            |            |              |                                |
| %۶۸                                     | %۶۶        | %۶۶        | %۶۹        | %۶۶        | %۶۳          |                                |
| درصد بهبودی افسردگی                     |            |            |            |            |              |                                |
| %۶۴                                     | %۸۱        | %۵۹        | %۷۳        | %۶۸        | %۷۱          |                                |

|   |     |
|---|-----|
| درصد بهبودی کلی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه | ٪۶۷ |
| درصد بهبودی کلی افسردگی                     | ٪۷۰ |



شکل ۱. فرایند طرح‌واره‌درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه زنان مطلقه مبتلا به افسرده‌خویی

نمودار مقایسه‌ی زمانی در مراحل سنجش درمانی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پی‌گیری در سنجش متغیر نیانگر اثربخشی بالینی درمان است که در کل سیر زمانی کاهش‌ی معنادار داشته و نمره‌ی افسردگی بک به زیر نمره‌ی خط پایه‌ی سیزده تا چهارده، که نمره‌ی سالم از حیث افسردگی در جمعیت ایرانی تلقی می‌شود، و نمره‌ی تجمیعی کل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به زیر خط پایه‌ی استاندارد و ۷۶ درصد بهبودی رسیده که به عنوان یک دستاورد درمانی عالی در ساختار طرح‌واره‌درمانی تلقی می‌شود.

## ۸. تلویحات پژوهشی

زنان مطلقه‌ی مبتلا به افسرده‌خویی از علائم جسمی، مثل خستگی زودرس و تحریک‌پذیری و کج‌خلقی رنج می‌برند و ممکن است سال‌ها برای رفع مشکلات خود به پزشکانی مراجعه کرده باشند و این باور در ذهنشان جای گرفته باشد که مشکل آن‌ها منشأ جسمانی مانند دیابت و تیروئید دارد. به نظر می‌رسد که این شیوه‌ی درمانی در مراجعان کم‌سواد و یا دارای انتظارات درمانی فوری نامناسب باشد.

## ۹. نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با تمرکز بر نقش عناصر تمثیلی در طرح‌واره‌درمانی توانست نتایج مهمی را از الحاق این شیوه آموزشی در روان‌درمانی‌های طرح‌واره‌محور به شکل کلاسیک مشاهده کند که می‌توان به نقش این ابزارهای زبان تمثیل در پاسداشت و حفظ اطلاعات تبادل‌شده درمانی در ابعاد فرسایش زمانی و همین‌طور دسترس‌پذیری بیش‌تر روش‌های درمانی در نزد مراجعان اشاره کرد. همواره عامل زمان و ناتوانی در حفظ و بازیابی اطلاعات تبادل‌شده در مراجعان از عوامل مهم عود و بازگشت علائم و رفتارهای ناسازگار بوده، ولی با مطالعات بالینی دقیق متوجه شدیم که استعاره و تمثیل از طریق مکانیسم‌های تداوم‌بخش حافظه معنایی به مفاهیم درمانی تبادل‌شده در جلسه درمان توان و دوام بیش‌تری می‌بخشند که در بررسی عود فرضیه اول و سایر متغیرها این مسئله به‌روشنی دیده می‌شود. نکته ظریفی که می‌توان فارغ از ساختار آماری پژوهش حاضر و از منظر مجری طرح به آن نگرست این‌که هرچا تمثیل‌های اختصاصی آن حوزه از متغیرها پررنگ بودند، نتایج کاهش آن حوزه طرح‌واره‌ای نیز بیش‌تر ملاحظه شدند که این خود نشانه همبستگی نتایج با کاربست ابزار تمثیلی داشت و می‌توان نتیجه گرفت با بهره از تمثیل می‌توان نوعی صرفه‌جویی کلامی - شناختی را در فرایند درمان رقم زد.

#### ۱۰. محدودیت‌ها

در راستای توسعه جدید برای کاستی‌ها و بُن‌بست‌های مفهوم‌سازی درمانی، پژوهش‌های پراکنده در زمینه طرح‌واره درمانی و کاربرد بالینی از استعاره و تمثیل از مشکلاتی بود که کار تعمیم‌پذیری نتایج حاصل را می‌کاهد.

#### ۱۱. پیشنهادها

در هر صورت، برخی از نتایج درمان به ویژگی‌های درمانگر (چگونگی کاربرد دستورالعمل‌های درمانی، انجام جلسات درمان، توانایی او برای ضابطه‌بندی مشکل، چاره‌اندیشی برای مشکلات درمان، حساسیت او در پاسخ‌گویی به نیازهای مراجع) بستگی دارد. به همین علت پیشنهاد می‌شود که از دو درمانگر جداگانه و جمعیت تحت مطالعه بیش‌تر استفاده شود یا مقیاس‌های عینی برای سنجش برخی از این متغیرها قبل از درمان به‌کار گرفته شود. پیشنهاد می‌شود از مقیاس کفایت (صلاحیت) شناخت درمانی استفاده گردد با توجه به نظر سیدمن (Sidman) (به نقل از احمدیان و همکاران، ۱۳۹۱) پیشنهاد



می شود این پژوهش به سه صورت تکرار شود:

تکرار کامل (literal): اجرای دوباره پژوهش از سوی همین پژوهشگر؛

تکرار حقیقی (operational): اجرای دوباره همین پژوهش از سوی دیگران با همین مقیاس های سنجشی؛

تکرار نظام مند (systematic): اجرای همین پژوهش در جمعیت دیگر و با سایر مقیاس های سنجشی.

## پی نوشت

1. Healing with stories: your casebook collection for using therapeutic metaphors (pp. ۱۲-۳۰۰). Hoboken, NJ: Wiley.

## منابع

- احمدیان، علیرضا (۱۳۹۱). «اثربخشی طرح واره درمانی مبتنی بر الحاق شیوه آموزشی تمثیلی / استعاره ای در بیماران دچار افسرده خویی»، پایان نامه کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی.
- احمدیان، علیرضا، سیدمهدی حسینی فرد، و جهانگیر کاشفی (۱۳۹۲)، افسردگی مزمن (سنجش، تشخیص، درمان)، تهران: آثار معاصر.
- احمدیان، علیرضا، علی نظری، و محمد حاتمی (۱۳۹۱). «اثربخشی طرح واره درمانی تمثیلی بر افسرده خویی جانبازان دچار استرس پس از سانحه جنگی مزمن»، فصل نامه روان شناسی نظامی، س ۳، ش ۱۱.
- بختیاری، مریم (۱۳۷۹). «بررسی اختلالات روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن»، پایان نامه کارشناسی ارشد، روان شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران (انستیتو روان پزشکی تهران).
- بهاری، فرشاد، لیلی میروسی (۱۳۷۷). «گونه شناسی طلاق و سیر آن»، نشریه داخلی پیام مشاوره، ش ۴.
- فرح بخش، ک، ع. شفیع آبادی، ا. احمدی، و ع. دلاور (۱۳۸۳). «مقایسه میزان اثربخشی مشاوره زناشویی به شیوه شناختی ایس، واقعیت درمانی گلاسر و اختلاطی از هر دو در کاهش تعارض های زناشویی»، تازه ها و پژوهش های مشاوره.
- حسینی فرد، سیدمهدی (۱۳۹۰). «اثربخشی طرح واره درمانی در زنان مبتلا به اختلال افسرده خویی»، پایان نامه دکتری بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- کیان نیا، محمدعلی (۱۳۷۵). زن امروز، مرد دیروز، تحلیلی بر اختلافات زناشویی، تهران: روشن فکران و مطالعات زنان.
- منتظرالمهدی، محمدسعید و علیرضا احمدیان (۱۳۹۱). «اثربخشی طرح واره درمانی تمثیلی در کنترل علائم افسردگی مزمن پس از ترک مت آمفتامین»، فصل نامه سلامت روانی - اجتماعی، دوره ۲، ش ۱۰.

- یوسفی، ناصر، عذرا اعتمادی، سیداحمد احمدی، مریم‌السادات فاتحی‌زاده، و فاطمه بهرامی (۱۳۸۹). «مقایسه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در همسران مطلقه و عادی به عنوان پیش‌بینی‌کننده طلاق»، فصل‌نامه روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، فصل‌نامه‌اندیشه و رفتار، س ۱۶، ش ۱.
- Ahmadian, Alireza, Neda Smaeeli Far, Mohammad Hatami, Hamid Reza Hasan Abadi, Natalia Co-cariva (۲۰۱۳). 'Effectiveness of Schema Therapy Based on Integrative Meta-Phorical-Allegorical Narrative Training in the Treatment of Dysthymic Disorder', *International Journal of Psychology and Behavioral Research*.
- Barker, L. M. (۲۰۰۱). *Learning and Behavior: Biological, Psychological, and Sociocultural Perspectives (7rd edn.)*, Upper Saddle River, N. J: Prentice Hall.
- Barlow, D. H. (۲۰۰۱). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York. Guilford press.
- Berg, I. K. and Y. Dolan (۲۰۰۱). *Tales of Solutions: A Collection of Hope-inspiring Stories*. New York: Norton .
- Blenkiron P. (۲۰۱۰). *Stories and Analogies in Cognitive Behavioural Therapy*, Wiley Blackwell.
- Burns, G. W.(۲۰۰۷). *Healing with stories: Your Casebook Collection for Using Therapeutic Metaphors* (pp. ۱۲-۳۰۰). Hoboken, NJ: Wiley.
- Dobson, K.S. and P. Mohammadkhani, (۲۰۰۷). 'Psychometric Characteristics of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder', *Journal of Rehabilitation*, ۲۹, ۸۲-۸۹.
- Epp, A. and K. S. Dobson (۲۰۱۰). *The Evidence Base for Cognitive-Behavioral Therapy*. In K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (۳rd ed., ۳۹-۷۳). New York, NY: Guilford Press.
- Erickson, B. (۲۰۰۱). *Storytelling*, In B. Geary and J. Zeig (Eds.), *The handbook of Ericksonian psychotherapy*, Phoenix, AZ: The Milton H. Erickson Foundation Press.
- Fata, L., B. Birashk, M. K. Atef-vahid, K. Dobson (۲۰۰۵). 'Semiotic Structures of Schemas: Anxiety Modes and Cognitive Processing of Anxiety Information; A Comparison between two Conceptual Frameworks', *Journal of Thought and Behavior*, No. ۱۱.
- Gaudiano, B. A., J. D. Herbert, S. C. Hayes (۲۰۱۲). *Is it the Symptom or the Relation to it? Investigating Potential Mediators of Change in Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis*, Behavior Therapy.
- Heilemann, M. V., H. C. Pieters, P. Kehoe, Q. Yang, (۲۰۱۱). 'Schema Therapy, Motivational Interviewing, and Collaborative-Mapping as Treatment for Depression Among Low Income', second Generation Latinas, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, No. ۴۲.
- Kazdin, A. E. (۲۰۰۷). 'Mediators and Mechanisms of Change in Psychotherapy Research', *Annual Review of Clinical Psychology*, No. ۳.
- Leahy, R. L. (۲۰۰۴). *Contemporary Cognitive Therapy Theory, Research and Practice*, New York: the Guilford Press.

- McCurry, S.M. and S.C. Hayes (۱۹۹۲). 'Clinical and Experimental Perspectives on Metaphorical Talk', *Clinical Psychology Review*, No. ۱۲.
- Thimm j. c. (۲۰۱۰). 'Personality and Early Maladaptive Schemas; A five-factor Model Perspective', *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, No. ۴۱.
- Ventura, J., R. P. Liberman, M. F. Green (۱۹۹۸). 'Training and Quality Assurance with the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I/P)', *Journal of Psychiatric Research*, No. ۲۹.
- Werner, P. D. (۲۰۰۱). 'Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinician Version'. *The fourteenth mental measurements yearbook*, Lincoln, NE: Buros institute of Mental Measurement.
- Wishman, M. A. (۲۰۱۰). *Adopting Cognitive Therapy for Depression*, New York: Guilford Press.
- Young, J. E. (۲۰۰۷). 'Early maladaptive schemas in chronic depression', In *Riso (Ed) Chronic Depression*, New York: Guilford press.
- Young, J. E., J. S. Klasko, M. E. Weishaar (۲۰۰۳). *Schema Therapy: A practitioner's Guide*, New York: Guilford press.
- Young, j. E., A.D. weinberger, A. T. Beck (۲۰۰۱). 'Cognitive Therapy for Depression', *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, New York: Guilford press.