

مقایسه اثربخشی تکنیک‌های شناختی و هیجانی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده

افسانه دارابی^۱، احمد برجعلی^۲، یوسف اعظمی^۳

تاریخ وصول: ۹۳/۸/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۳/۱۱/۱۳

چکیده

پژوهش حاضر به منظور مقایسه اثربخشی تکنیک‌های شناختی و هیجانی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران انجام شد. برای این منظور ۳۴ نفر از افراد افسرده با استفاده از اجرای پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) انتخاب شدند. مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بر اساس DSM-IV و فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ به منظور غربال نهایی اجرا گردید و در نهایت ده نفر به طور تصادفی انتخاب شدند که آموزش تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی بر روی ۵ نفر و تکنیک‌های تجربی بر روی ۵ نفر دیگر اجرا شد. از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه استفاده شد و با استفاده از روش تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی، داده‌های حاصل، تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد، کاهش شدت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در هر دو گروه معنادار می‌باشد اما از طریق آموزش تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی درصد بهبودی بیش‌تری حاصل شد و کاهش شدت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تا یک ماه و نیم پس از درمان نیز تداوم یافت.

کلیدواژگان: تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی، تکنیک‌های تجربی طرح‌واره‌درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، افراد افسرده.

۱ کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبائی afsanehdarabi75@yahoo.com

۲ دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی borjali@atu.ac.ir

۳ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران yaazami@yahoo.com

مقدمه

افسردگی^۱ چهارمین عامل مهم ناتوانی در تمام دنیا است و بر طبق گزارش سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۰) تا سال ۲۰۲۰ دومین مشکل و بیماری بزرگ کلیه ی گروه های سنی در سراسر جهان خواهد بود. افسردگی به مجموعه رفتارهایی اطلاق می شود که عناصر مشخص آن کندی در حرکت و کلام است و از دیگر علائم آن، گریستن، غمگینی، فقدان پاسخ های فعال، فقدان علاقه، کم ارزشی، بی خوابی و بی اشتها می باشد (بک، ۱۹۶۷) که به وسیله میزان بالای عود و بازگشت توصیف می شود (هویجبرز^۲ و همکاران، ۲۰۱۲).

با وجود مدل های درمانی مختلف، هنوز افسردگی یکی از عود کننده ترین اختلالات روانی است (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱) و با هر دوره جدید افسردگی خطر بدتر شدن افزایش پیدا می کند (کسینگ^۳ و همکاران، ۲۰۰۴). امروزه یکی از چالش های رو در روی درمان شناختی- رفتاری نیز همین مسئله است (درمان های مؤثر برای بیماران مزمن و سخت). برخی بیمارانی که برای درمان علائم محور یک (مانند اضطراب و افسردگی) به این درمان ها مراجعه می کنند، در بهبودی علائم با شکست مواجهه می شوند، هم چنین تعداد قابل توجهی نیز از درمان نتیجه نمی گیرند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). با توجه به میزان گسترده گی، شیوع و عود بالای اختلال افسردگی از یک سو و عوارض فردی و اجتماعی آن از سوی دیگر باید به عنوان یک اختلال جدی به آن توجه نمود و جهت شناسایی عوامل سببی، تسریع کننده، آشکارساز و نیز پیش گیری و درمان آن تلاش نمود.

بک^۴ (۱۹۷۶) سه سطح از شناخت را توصیف می کند که در درمان افسردگی مورد بررسی قرار می گیرند. طرح واره^۵ها در عمیق ترین این سطوح قرار گرفته اند. وی فرد مستعد افسردگی و یا آسیب پذیر در برابر افسردگی را فردی می داند که در وی یک یا چند طرح واره یا ساختارهای شناختی افسردگی رشد کرده باشد (قاسم زاده، ۱۳۸۶). به نظر

1 depression
2 Huijbers, M. J
3 Kessing, L. V
4 Beck, A. T
5 Schema

یانگ^۱ و مارتین^۲ (۲۰۱۰) طرح‌واره‌ها پدیده‌های روانی هستند که از طریق ایجاد راهبردهای مقابله‌ای رفتار بیرونی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهند. یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها را مشخص کرده است که به آن‌ها طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۳ می‌گویند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) که در طی دوران کودکی رشد یافته‌اند و در طول زندگی فرد ثابت هستند، این طرح‌واره‌ها به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات بعدی به کار گرفته می‌شوند (رافائل^۴، یانگ و برتیشن^۵، ۲۰۱۱). بک و همکاران (۱۹۹۰) معتقدند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، باورهای ثابت، منفی، درباره خود، دیگران یا دنیا که در دوران اولیه زندگی شکل گرفته‌اند و بعداً تجارب و رفتارهای فرد را شکل می‌دهند (به نقل از ساموئل و بال^۶، ۲۰۱۳). از آن‌جا که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به عنوان سطوح شناختی عمیقی هستند که معمولاً خارج از هشیاری عمل می‌کنند، افراد را در معرض آسیب‌پذیری روان‌شناختی برای رشد افسردگی، اضطراب، روابط ناکارآمد، اعتیاد و اختلالات روان‌تنی قرار می‌دهد (یانگ، ۱۹۹۱، به نقل از تیم^۷، ۲۰۱۰).

یانگ (۱۹۹۵) بیان کرد بیمارانی که در جامعه مشاهده می‌شوند با توجه به پیچیدگی‌های شناختی و عدم پاسخدهی مناسب به پروتکل‌های درمان‌های شناختی، وضعیت آن‌ها اغلب پیچیده‌تر و مزمن‌تر می‌شود. در نتیجه نیاز به توجه به طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ایجاد شد تا فعالیت درمان شناختی را تحت تاثیر قرار دهد. به همین منظور یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) طرح‌واره‌درمانی^۸ را برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمنی که به قدر کافی از رفتاردرمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی‌کردند، تدوین کرد.

1 Young, J. E

2 Martin, R

3 Early maladaptive schemas

4 Rafeil, E.

5 Bernstein, D. P

6 Samuel, D. B. & Ball, S. A

7 Timm, J. C

8 Schema therapy

طرح‌واره‌درمانی سه دسته تکنیک درمانی عمدۀ را با یکدیگر تلفیق کرده و در فرآیند درمان از این تکنیک‌ها بسته به شرایط درمانی بهره گرفته می‌شود. این سه دسته تکنیک عمدۀ عبارت‌اند از: تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی (یانگ و همکاران، ۱۹۵۰، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۱). در تکنیک‌های تجربی به بیمار کمک می‌شود که با طرح‌واره‌ها در سطح عاطفی بچنگد و هدف از تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی کمک به بیمار برای بیان واضح ندایی سالم است که از طریق آن بتواند با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه‌اش به چالش برخیزد و در برابر آن‌ها دست به استدلال منطقی^۱ عقلانی بزند (بامبر^۱، ۲۰۰۶). در واقع تکنیک‌های شناختی به بیمار کمک می‌کنند، بتوانند برای زیر سوال بردن طرح‌واره‌ها، صدای سالمی در ذهن خویش به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

یکی از دلایل سودمندی‌های طرح‌واره‌درمانی تأکید آن بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است (یانگ، ۱۹۵۰، ترجمه صاحبی و حمیدپور، ۱۳۹۰)، در صورتی که در شناخت درمانی آماج اصلی، عوامل تداوم بخش هستند (کران و همکاران^۲، ۲۰۰۸) و علی‌رغم جایگاه طرح‌واره‌های شناختی در نوشتار اولیه مربوط به شناخت درمانی، فنون شناختی و رویکردهای درمانی بر آن شدند تا شناخت‌ها را در سطح افکار خودکار منفی، باورهای میانجی و سبک‌های اسنادی مورد ملاحظه قرار دهند. هم‌چنین قراردادهای روان‌درمانی در جهت کوتاه‌مدت شدن توسعه یافتند و تا اندازه‌ای به طرح‌واره توجه کمی شد (ریسو^۳ و همکاران، ۲۰۰۷).

دیگر دلایل سودمندی طرح‌واره‌درمانی در درمان اختلالات، رفع نواقص و عیوب مربوط به شناخت درمانی است. به عنوان مثال در شناخت درمانی این مفروضه وجود دارد که بیمار برای انجام تکالیف خانگی و برای یادگیری راهبردهای خویش‌داری، انگیزش کافی دارد، در حالی که در کار با بیمارانی که مشکلات درازمدت دارند متوجه می‌شویم که آن‌ها بی‌اراده هستند یا این که قادر نیستند تکالیف خانگی را انجام دهند یا این که در شناخت

1 Bamber, R. M

2 Crane, R. & et al

3 Riso, P. L

درمانی کلاسیک کمتر به رابطه درمانی توجه می‌شود در حالی که طرح‌واره‌درمانی با استفاده از تکنیک‌های خود این قبیل مشکلات را مرتفع می‌سازد (یانگ، ۱۹۵۰، ترجمه صاحبی و حمیدپور، ۱۳۹۰).

اثربخشی طرح‌واره‌درمانی در اختلال‌های گوناگون از قبیل اختلال شخصیت مرزی (آرنز^۱ و همکاران، ۲۰۰۵، نوردال^۲ و همکاران، ۲۰۰۵)، اضطراب (کوکرام^۳ و همکاران، ۲۰۱۰)، اضطراب فراگیر (حمیدپور^۴ و همکاران، ۲۰۱۱)، اختلالات خوردن (سیمپسون^۵ و همکاران، ۲۰۱۰) و افسردگی (هانس^۶ و همکاران، ۲۰۰۵) نشان داده شده است.

بنابراین، با توجه به این اعتقاد که می‌توان طرح‌واره‌ها را از طریق یادگیری تغییر داد (زاستک^۷، ۲۰۰۹) محقق در این پژوهش در صدد پاسخ‌گویی به سؤالات زیر برآمده است: آیا آموزش تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی باعث کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده می‌شود؟

آیا آموزش تکنیک‌های تجربی طرح‌واره‌درمانی باعث کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده می‌شود؟

روش پژوهش

در این پژوهش از طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه استفاده شد. جامعه مورد نظر در این پژوهش کلیه افراد مبتلا به افسردگی مراجع‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران در سال ۹۲-۱۳۹۱ بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش بدین صورت بود که سه مرکز از مراکز مشاوره شهر تهران انتخاب شد و بر اساس پرسش‌نامه افسردگی بک (I)، ۳۴ مراجعی که نمره افسردگی بک آن‌ها در حد فاصله بین ۲۱ تا ۴۰ یعنی متوسط تا شدید (بر اساس نرم ایرانی) بودند، انتخاب شدند. مصاحبه تشخیصی ساختاریافته بر اساس DSM

1 Arntz, A

2 Muris, P

3 Cockram, D. M

4 Hamidpour, H

5 Simpson, S. G

6 Hans, M. N

7 Szostak, R

انجام شد و فرم کوتاه پرسش نامه طرح واره یانگ به منظور غربال نهایی اجرا گردید و در نهایت ده نفر به طور تصادفی انتخاب شدند که آموزش تکنیک های شناختی طرح واره درمانی بر روی ۵ نفر (گروه اول) و تکنیک های تجربی بر روی ۵ نفر دیگر (گروه دوم) اجرا شد.

جدول ۱. مشخصات آزمودنی ها در هر دو گروه

بیماران	سن	جنسیت	تحصیلات	تاهل	مدت ابتلا	طرح واره های فعال
بیمار اول	۳۴	مونث	لیسانس	مجرد	۲سال	رهاشدگی، محرومیت، استحقاق، ایثار، منفی گرایی
بیمار دوم	۲۹	مونث	دیپلم	مجرد	۱/۵ ماه	محرومیت، رهاشدگی، نقص، انزوای اجتماعی، بازداری هیجانی
بیمار سوم	۲۵	مونث	فوق لیسانس	مجرد	۶ماه	رهاشدگی، محرومیت، نقص، خود انضباطی ناکافی
بیمار چهارم	۲۱	مونث	فوق لیسانس	مجرد	۴ماه	رهاشدگی، محرومیت، وابستگی / بی کفایتی، ایثار، خود انضباطی ناکافی
بیمار پنجم	۲۳	مونث	لیسانس	مجرد	۴هفته	رهاشدگی، محرومیت، وابستگی / بی کفایتی، بازداری هیجانی، پذیرش جویی و جلب توجه
بیمار اول	۲۵	مونث	لیسانس	مجرد	۳ماه	رهاشدگی، ایثار، معیارهای سرسختانه، شکست، نقص محرومیت، رهاشدگی، شکست، خود انضباطی ناکافی، بازداری هیجانی
بیمار دوم	۱۹	مونث	دیپلم	مجرد	۱ماه	رهاشدگی، محرومیت، بازداری هیجانی
بیمار سوم	۲۶	مونث	فوق لیسانس	متاهل	۱ماه	رهاشدگی، محرومیت، بازداری هیجانی، نقص
بیمار چهارم	۲۵	مونث	دیپلم	متاهل	۶هفته	محرومیت، رهاشدگی، شکست، اطاعت، نقص

گروه اول

گروه دوم

بیمار	۲۸	مونث	لیسانس	مجرد	۱سال	محرومیت، رهاسدگی، اطاعت، گرفتار، بازداری هیجانی
-------	----	------	--------	------	------	--

ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش

- دریافت تشخیص اختلال افسردگی متوسط تا شدید (بر اساس نرم ایرانی)
- عدم دریافت دارودرمانی یا روان‌درمانی دیگر به صورت هم‌زمان
- وجود حداقل یک طرح‌واره ناسازگار اولیه
- داشتن تحصیلات حداقل سیکل
- وجود اختلال و ویژگی‌های روان‌پریشی
- نمره افسردگی بیش‌تر از ۴۰ (افسردگی عمیق)
- ابتلا به بیماری جسمی که افسردگی قابل‌انتساب به عوارض آن باشد

ابزار پژوهش

فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ: این پرسش‌نامه یک ابزار خود گزارش‌دهی ۷۵ سؤالی است که با طیف لیکرت بر روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از «کاملاً درست» تا «کاملاً غلط» درجه‌بندی می‌شود و هر ۵ آیتم یک طرح‌واره را می‌سنجد. برای بدست آوردن نمره کلی هر خرده مقیاس، میانگین نمره در هر ۵ عبارت محاسبه می‌شود. اگر میانگین نمره فرد در هر خرده مقیاس بالاتر از ۳ باشد، دارای آن طرح‌واره خواهد بود. هنجاریابی این پرسش‌نامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده و هم‌سانی درونی این پرسش‌نامه با استفاده از آلفای کرونباخ در افراد مونث ۰/۹۷ و در افراد مذکر ۰/۹۸ بدست آمده است. پایایی پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ در پژوهش حاضر ۰/۹۳ بدست آمد.

پرسش نامه افسردگی بک (BDI- II): این پرسش نامه خودآزماست و تکمیل آن ۵-۱۰ دقیقه طول می کشد. یک فرم معمول ۲۱ ماده ای و یک فرم کوتاه ۱۳ ماده ای دارد. در این تحقیق از فرم ۲۱ سؤالی استفاده شده است. به هر یک از ماده های این پرسش نامه نمره ۰-۳ داده می شود، نمره ۰ به معنی نبود علامت است، و نمره ۳ به معنی وجود شدیدترین صورت آن می باشد. نمره آزمودنی بین ۰-۶۳ متغیر است.

در تحقیقات متعدد، روایی^۱ این آزمون از $r = ۰/۷۳$ تا $r = ۰/۹۳$ با میانگین $r = ۰/۸۶$ بدست آمده است. هم چنین این آزمون با آزمون های دیگری که افسردگی را می سنجد هم بستگی بالایی داشته است. پایایی^۲ این آزمون با روش کودریچارسون $۰/۷۸$ و با روش بازآزمایی $۰/۷۵$ به دست آمده است. در تحقیقی هم بستگی سوالات آزمون بک با مقیاس افسردگی هامیلتون $۰/۹۳$ به دست آمده است. پایایی آزمون بک در این تحقیق $۰/۷۵$ بدست آمد. (مارنات، ۲۰۰۳، ترجمه شریفی، ۱۳۹۰).

مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID- I): این ابزار دو نسخه اصلی دارد: SCID-I که به ارزیابی اختلال های اصلی روان پزشکی (محور I در DSM-IV) می پردازد و SCID-II که اختلال های شخصیت (محور II در DSM-IV) را ارزیابی می کند. در تحقیقی که توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۴) انجام شده است، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از $۰/۶$). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص های فعلی $۰/۵۲$ و برای کل تشخیص های طول عمر $۰/۵۵$ بود. اکثر مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کرده اند. بنابراین از این ابزار می توان در تشخیص گذاری های بالینی و پژوهشی استفاده کرد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۴).

1 Validity

2 Reability

جلسات آموزش

بعد از آن که پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و فرم کوتاه طرح‌واره یانگ و مقیاس SCID بر روی اعضای نمونه اجرا شد، تکنیک‌های شناختی و هیجانی طرح‌واره‌درمانی به صورت مجزا برای دو گروه در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک بار آموزش داده شد، به همراه یک جلسه پی‌گیری که به منظور ارزیابی تداوم اثربخشی آموزش تکنیک‌ها، انجام شد.

خلاصه جلسات آموزش تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی برای گروه اول به

شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: موضوع: معارفه، تعیین اهداف و آموزش مطالبی در مورد افسردگی و مدل طرح‌واره یانگ. تکلیف: تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و فرم کوتاه طرح‌واره یانگ. جلسه دوم: موضوع: مصاحبه برای بیرون کشیدن طرح‌واره‌ها، ارزش‌ها و سبک‌های مقابله‌ای. تکلیف: تکمیل پرسش‌نامه سبک فرزندپروری یانگ و پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای یانگ.

جلسه سوم: موضوع: فرضیه‌سازی در خصوص طرح‌واره‌ها و نام‌گذاری و دسته‌بندی آن‌ها. تکلیف: تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و فرم کوتاه طرح‌واره یانگ.

جلسه چهارم: موضوع: ارائه منطق تکنیک آزمون اعتبار طرح‌واره‌ها و آموزش تکنیک. تکلیف: تهیه لیست از شواهد تاییدکننده و ردکننده طرح‌واره.

جلسه پنجم: موضوع: ارائه منطق تکنیک تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرح‌واره و آموزش تکنیک. تکلیف: تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و فرم کوتاه طرح‌واره یانگ.

جلسه ششم: موضوع: ارائه منطق تکنیک ارزیابی معایب و مزایای طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای بیمار و آموزش تکنیک.

جلسه هفتم: موضوع: ارائه منطق تکنیک برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره و آموزش تکنیک. تکلیف: تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و فرم کوتاه طرح‌واره یانگ

جلسه هشتم: موضوع: ارائه منطق تکنیک تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی و آموزش تکنیک. هدف: آموزش به بیماران برای پاسخ دادن به شیوه‌ای سالم در موقعیت‌های برانگیزنده طرح‌واره.

جلسه نهم: موضوع: ارائه منطق تکنیک تکمیل فرم ثبت طرح‌واره و آموزش تکنیک جلسه دهم: جمع‌بندی و مروری بر مطالب و تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و طرح‌واره یانگ.

جلسه پیگیری: بعد از یک ماه و نیم نیز یک جلسه پی‌گیری دیگر به منظور ارزیابی تداوم اثربخشی انجام شد. در این جلسه نیز پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و طرح‌واره یانگ توسط اعضای نمونه تکمیل شد.

خلاصه جلسات آموزش تکنیک‌های تجربی طرح‌واره درمانی برای گروه دوم به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: معارفه، تعیین اهداف و آموزش مطالبی در مورد افسردگی و مدل طرح‌واره یانگ. تکلیف: تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و فرم کوتاه طرح‌واره یانگ.

جلسه دوم: مصاحبه برای بیرون کشیدن طرح‌واره‌ها، ارزش‌ها و سبک‌های مقابله‌ای. تکلیف: تکمیل پرسش‌نامه سبک فرزندپروری یانگ و پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای یانگ.

جلسه سوم: فرضیه‌سازی در خصوص طرح‌واره‌ها و نام‌گذاری و دسته‌بندی آن‌ها. تکلیف: تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و فرم کوتاه طرح‌واره یانگ.

جلسه چهارم: ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای تصویرسازی ذهنی به منظور تغییر.

جلسه پنجم: ارائه منطق تکنیک انجام گفت‌گوی خیالی و آموزش تکنیک. تکلیف: تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و فرم کوتاه طرح‌واره یانگ

جلسه ششم: ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور بازوالدینی و آموزش تکنیک.

جلسه هفتم: ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی آسیب‌زا و آموزش تکنیک. تکلیف: تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و فرم کوتاه طرح‌واره یانگ. جلسه هشتم: ارائه منطق تکنیک نوشتن نامه و آموزش تکنیک. جلسه نهم: موضوع: ارائه منطق تکنیک کار با تصاویر ذهنی به منظور الگوشکنی و آموزش تکنیک.

جلسه دهم: جمع‌بندی و مروری بر مطالب و تکمیل پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و طرح‌واره یانگ.

جلسه پیگیری: بعد از یک ماه و نیم نیز یک جلسه پی‌گیری دیگر به منظور ارزیابی تداوم اثربخشی انجام شد. در این جلسه نیز پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و طرح‌واره یانگ توسط اعضای نمونه تکمیل شد.

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از شاخص تغییر پایا^۱ (RCI) استفاده شد، شاخص تغییر پایا را اولین بار جاکوبسون و تراکس^۲ (۱۹۹۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک‌موردی ارائه داده‌اند. در این شاخص نمره پس‌آزمون از نمره پیش‌آزمون کم می‌شود و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین این دو نمره تقسیم می‌شود:

$$RCI = \frac{\text{نمره پیش‌آزمون} - \text{نمره پس‌آزمون}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$$

برای آن که شاخص تغییر پایا از نظر آماری معنادار باشد باید نتیجه آن مساوی یا بیش‌تر از ۱/۹۶ شود، علاوه بر این، برای محاسبه داده‌های این پژوهش از معناداری بالینی نیز استفاده گردید. برای به دست آوردن معناداری بالینی از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌شود. این فرمول اولین بار توسط بلانچارد و اسکوارز^۳ (۱۹۸۸) به نقل از اوگلز، لونن و بونستیل، (۲۰۰۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک‌موردی ارائه

1 reliable change index (RCI)

2 Jacobson- Trax

3 Blanchard - Schwarz

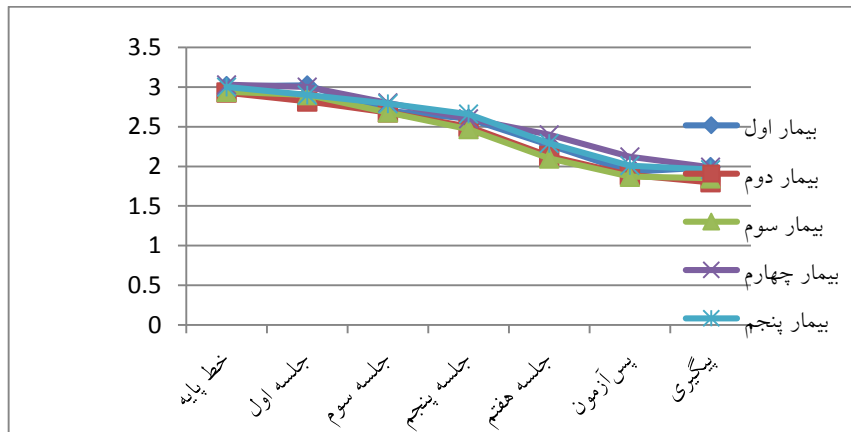
شده است. در این فرمول نمره پیش آزمون را از نمره پس آزمون کم کرده و حاصل را بر نمره پیش آزمون تقسیم می کنند:

$$\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون} = \frac{\text{درصد بهبودی}}{\text{نمره پیش آزمون}}$$

ممکن است در اثر مداخله‌ای روان‌شناختی نمره‌های افراد از لحاظ آماری معنادار باشد، ولی از نظر بالینی معنادار نباشد. زمانی می‌توانیم بگوییم اثر مداخله بالینی معنادار است که نمره افراد از نقطه برش پایین بیاید

جدول ۲. نمره کلی طرح‌واره ناسازگار اولیه بیماران در گروه آموزش تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی

بیماران					مراحل مداخله
بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم	
۳/۰۱	۲/۹۳	۲/۹۴	۳/۰۳	۳	خط پایه
۳/۰۲	۲/۸۲	۲/۹	۳	۲/۹	جلسه اول
۲/۷	۲/۶۸	۲/۶۸	۲/۸	۲/۷۹	جلسه سوم
۲/۶	۲/۵	۲/۴۷	۲/۶	۲/۶۶	جلسه پنجم
۲/۲۷	۲/۱۳	۲/۱	۲/۴	۲/۲۹	جلسه هفتم
۱/۹۳	۱/۸۹	۱/۸۷	۲/۱۲	۲/۰۱	جلسه دهم
٪۳۵	٪۳۵	٪۳۶	٪۳۰	٪۳۳	درصد بهبودی
					درصد بهبودی کلی
					٪۳۳/۸
۱/۹۹	۱/۸	۱/۸۵	۱/۹۹	۱/۹۶	جلسه پی‌گیری
٪۳۴	٪۳۸	٪۳۷	٪۳۴	٪۳۵	درصد بهبودی
					درصد بهبودی کلی
					٪۳۵/۶
۳/۱۹	۲/۱۳	۲/۱۹	۲/۸۱	۲/۴۲	شاخص تغییر پایا



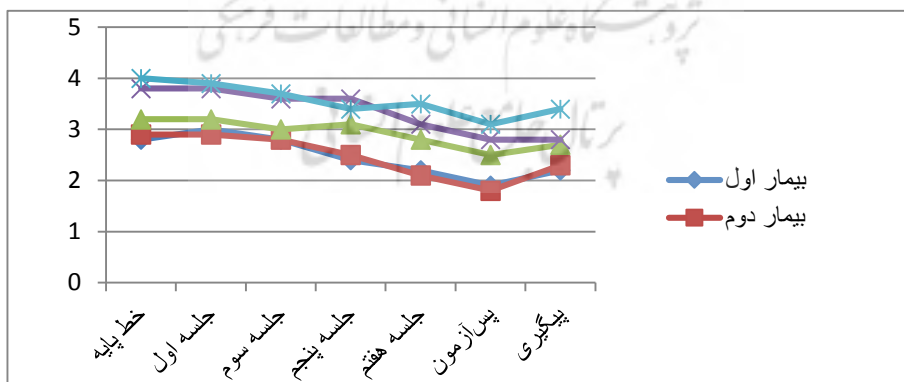
نمودار ۱. نمره کلی طرح‌واره ناسازگار اولیه بیماران در گروه آموزش تکنیک‌های شناختی طرح‌واره‌درمانی

همان‌طور که داده‌ها در جدول (۱) نشان می‌دهند، نمره‌ی کلی طرح‌واره‌ی همه‌ی بیماران پس از مداخله کاهش یافته و این کاهش تا یک ماه و نیم بعد از مداخله ادامه داشته است. درصد بهبودی کلی پس از پایان مداخله برای تمام بیماران $33/8$ و پس از پایان دوره یک ماه و نیمه‌ی پی‌گیری $35/6$ درصد می‌باشد که از نظر بالینی معنادار است. هم‌چنین شاخص تغییر پایا در مورد فعالیت کل طرح‌واره‌های بیماران نشان می‌دهد که کاهش فعالیت طرح‌واره‌ها در همه آن‌ها از نظر آماری معنادار است ($RCI \geq 1/96$).

جدول ۳. نمره کلی طرح‌واره ناسازگار اولیه بیماران در گروه آموزش تکنیک‌های تجربی

بیماران	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم
خط پایه	۲/۸	۲/۹	۳/۲	۳/۸	۴
جلسه اول	۳	۲/۹	۳/۲	۳/۸	۳/۹
جلسه سوم	۲/۸	۲/۸	۳	۳/۶	۳/۷
جلسه پنجم	۲/۴	۲/۵	۳/۱	۳/۶	۳/۴

جلسه هفتم	۲/۲	۲/۱	۲/۸	۳/۱	۳/۵
جلسه دهم	۱/۹	۱/۸	۲/۵	۲/۸	۳/۱
درصد بهبودی	۳۲	۳۷	۲۱	۲۶	۲۲
درصد بهبودی کلی	۲۷/۶				
جلسه پی گیری	۲/۲	۲/۳	۲/۷	۲/۸	۳/۴
درصد بهبودی	۲۱	۲۰	۱۶	۲۶	۱۵
درصد بهبودی کلی	۲۴/۸				
شاخص تغییر پایا	۲/۷	۲/۵	۲/۹۸	۳/۶۴	۲/۱



نمودار ۲. نمره کلی طرح‌واره ناسازگار اولیه بیماران در گروه آموزش تکنیک‌های تجربی طرح‌واره‌درمانی

همان‌طور که داده‌ها در جدول (۲) نشان می‌دهند، نمره کلی طرح‌واره‌های همه‌ی بیماران به جز بیمار پنجم پس از مداخله کاهش یافته است که از نظر بالینی معنادار است. درصد بهبودی کلی پس از پایان مداخله برای تمام بیماران $27/6$ و پس از پایان دوره یک ماه و نیمه‌ی پی‌گیری $24/8$ درصد می‌باشد. هم‌چنین شاخص تغییر پایا در مورد فعالیت کل طرح‌واره‌های بیماران نشان می‌دهد که کاهش فعالیت طرح‌واره‌ها در همه آن‌ها از نظر آماری معنادار است ($RCI \geq 1/96$).

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد نمره کلی طرح‌واره‌های ناسازگار همه‌ی بیماران در دو گروه پس از پایان مداخله کاهش پیدا کرد. با توجه به این که نمره کلی طرح‌واره تمام بیماران در دو گروه به جز بیمار پنجم در گروه دوم، به زیر نقطه برش رسید، این کاهش از نظر بالینی معنادار می‌باشد. با توجه به شاخص تغییر پایا، کاهش فعالیت طرح‌واره‌ها در همه آن‌ها از نظر آماری نیز معنادار بود ($RCI \geq 1/96$). هم‌چنین داده‌ها در مورد طرح‌واره‌های بیماران نشان داد کاهش نمرات در طرح‌واره‌های فعال همه‌ی بیماران از لحاظ آماری معنادار بود ولی از نظر بالینی، در اکثر بیماران برای دو طرح‌واره رهاشدگی و محرومیت هیجانی، معنادار نبود. در بیمار چهارم از گروه اول، علاوه بر این دو، طرح‌واره‌های ایثار و وابستگی / بی‌کفایتی و در بیمار اول از گروه دوم، طرح‌واره‌ی ایثار از لحاظ بالینی معنادار نبودند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پیشین هم‌خوان است: پژوهش سیوی و مور (۲۰۱۲)، مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر طرح‌واره بر افسردگی و اختلال شخصیت، در یک مطالعه موردی. پژوهش هانس و همکاران (۲۰۰۵) که به منظور بررسی طرح‌واره‌درمانی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در اختلالات شخصیت و سایر بیماری‌های روانی از جمله افسردگی انجام دادند. پژوهش کاملی (۱۳۸۸) مبنی بر اثربخشی گروه‌درمانی شناختی متمرکز بر طرح‌واره بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در دختران نوجوان بی‌سرپرست و بدسرپرست، پژوهش طباطبایی برزکی (۱۳۸۹) که نشان داد تکنیک‌های تجربی طرح‌واره‌درمانی باعث کاهش طرح‌واره‌های افراد افسرده می‌شود. پژوهش یارمحمدی واصل (۱۳۸۶) حاکی از اثربخشی طرح‌واره‌درمانی بر کاهش علائم

افسردگی و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه. یافته‌های رولوفز و همکاران (۲۰۱۱)، ۲۰۱۳ در پژوهشی به منظور بررسی نقش واسطه‌ای طرح‌واره در تأثیر دلبستگی ناایمن بر نشانگان روان‌شناختی در نوجوانان ارجاع داده شده از نظر بالینی. یافته‌های لوملی و هارکنس (۲۰۰۷) که نشان داد به طور خاص طرح‌واره‌های محرومیت هیجانی، نقص، شکست، بی‌کفایتی و وابستگی و کناره‌گیری اجتماعی با افسردگی رابطه دارند. پژوهش اشمیت، یانگ و تلج (۱۹۹۵) مبنی بر ارتباط EMSs مربوط به نقص و وابستگی با تشخیص افسردگی و EMSs آسیب‌پذیری با تشخیص اختلالات اضطرابی و هم‌چنین هم‌سو با پژوهش‌های کاراما و کالویت (۲۰۱۲)، رینر و همکاران (۲۰۱۲)، هیلمان و همکاران (۲۰۱۱)، وانگ، ایزمن و واترلو (۲۰۱۰)، تیم (۲۰۱۰)، هالورسن و همکاران (۲۰۰۹، ۲۰۱۰)، جان وجاناتان (۲۰۰۵)، نوردال و هانگوم (۲۰۰۵)، ژیلیان و همکاران (۲۰۰۳)، ولبورن و همکاران (۲۰۰۲)، یانگ و همکاران (۱۹۹۵)، سلمانی لطف‌آبادی (۱۳۸۹) و آهی (۱۳۸۴) می‌باشد.

به منظور تبیین یافته‌ها ابتدا لازم است بیان شود که محتوای طرح‌واره‌های افسردگی‌زا، فقدان، محرومیت و شکست است (لیهی، ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۰). در رابطه با طرح‌واره‌هایی که در افراد افسرده دیده شد نیز می‌توان به محتوای آن‌ها اشاره کرد و هم‌خوانی آن‌ها با نشانگان افسرده ساز را متوجه شد. در این پژوهش دو طرح‌واره رهاشدگی و محرومیت هیجانی در اکثر بیماران وجود داشت و نسبت به طرح‌واره‌های دیگر شدیدتر بودند، افرادی که طرح‌واره‌های رهاشدگی دارند، از برقراری روابط صمیمانه اجتناب می‌کنند و احساس می‌کنند که افراد مهم زندگیشان در کنار آن‌ها نمی‌مانند، فقط چند صبحی به طور موقت در کنار آن‌ها حضور دارند و می‌میرند یا بیمار را به حال خود رها می‌کنند و در واقع این افراد ترس از فقدان و از دست دادن دارند. هم‌چنین افرادی که واجد طرح‌واره محرومیت هیجانی هستند این ادراک را دارند که دیگران از لحاظ هیجانی از آن‌ها حمایت نکرده و نمی‌کنند و معمولاً از روابط صمیمانه اجتناب می‌کنند (یانگ، کلسکو، ۱۹۹۴). دیدگاه‌های هیجان‌مدار نیز بیان می‌کند یکی از دلایل اصلی افسردگی اجتناب از هیجانات، مواجه نشدن با هیجانات و عدم ارضای هیجانات است (گرینبرگ،

۱۹۹۹). این افراد معمولاً از نیازهای زیر محروم مانده‌اند: محبت، همدلی، حمایت (بانگ و همکاران، ۲۰۰۳). همان‌طور که مشاهده می‌شود این ویژگی‌ها با مشخصه‌های افسردگی هم‌خوانی دارد.

به طور کلی طرح‌واره‌هایی که در بیماران افسرده در پژوهش حاضر دیده شد، به طور گسترده منعکس کننده دیدگاه‌های منفی مطلق نسبت به خود، دنیا و آینده و نیز افکار مطلق و غیر شرطی در مورد خود و ارتباط با دیگران است که با دیدگاه سه‌گانه شناختی بک در مورد افسردگی هماهنگی دارد و از سویی با موضوعات فقدان، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، شکست که از محتواهای شناختی اصلی افسردگی هستند، هم‌خوانی دارد.

این اعتقاد وجود دارد که می‌توان طرح‌واره‌ها را از طریق یادگیری تغییر داد (زاستک، ۲۰۰۹)، در پژوهش حاضر نیز آموزش تکنیک‌های شناختی و تجربی طرح‌واره‌درمانی توانست باعث کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار افراد افسرده شود؛ چرا که آموزش راهبردهای شناختی به بیمار کمک می‌کنند برای زیر سوال بردن طرح‌واره‌ها، صدای سالمی در ذهن خودش بوجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد چرا که بیماران معمولاً طرح‌واره خود را مورد سوال قرار نمی‌دهند و آن‌ها را به عنوان واقعیت‌های مسلم در زندگی خود می‌پذیرند. راهبردهای شناختی به بیمار کمک می‌کنند از طرح‌واره فاصله بگیرند، درستی آن را ارزیابی کنند و با استفاده از شواهد عینی و تجربی، بر علیه آن بجنگند. تکنیک‌های تجربی طرح‌واره‌درمانی نیز به بیمار کمک می‌کند، نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته، آن‌ها را پذیرفته و تایید کند. تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید و تنظیم عاطفه بین‌فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرح‌واره‌ها فراهم سازد و از سویی با برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرح‌واره‌ها مهیا می‌شود.

اما همان‌طور که داده‌ها نشان دادند درصد بهبودی پس از پایان مداخله، در گروه اول (۳۳/۸) نسبت به گروه دوم (۲۷/۶) بیش‌تر بود که این یافته می‌تواند هماهنگی با این

استدلال بک باشد که علائم شناختی نقش محوری تری در توصیف اختلال افسردگی دارند و شناخت به جای عاطفه، ویژگی اصلی افسردگی تلقی می‌شوند (پاور، ۱۹۸۵).

هم‌چنین با توجه به داده‌ها، درصد بهبودی کلی در گروه اول، پس از دوره پی‌گیری نسبت به پس از پایان مداخله افزایش یافته ولی در گروه دوم کاهش یافته است، چراکه وقتی بیمار تکنیک‌های شناختی را به عنوان بخشی از ذهنیت بزرگسال سالم، درون‌سازی می‌کند، هر زمان که طرح‌واره برانگیخته شود، می‌تواند با شواهد تجربی و بحث‌های منطقی به طور فعالانه با آن مقابله کند و بدین صورت کاهش شدت فعالیت طرح‌واره می‌تواند تداوم یابد که تکنیک کارت‌های آموزشی و فرم ثبت طرح‌واره در تداوم یافتن اثربخشی کمک زیادی می‌کنند. بدین صورت که با استفاده از کارت‌های آموزشی، درمانگر و بیمار، قبل از رو به رو شدن بیمار با موقعیت خاص برانگیزاننده طرح‌واره، پاسخ سالمی را طرح‌ریزی می‌کنند و بیمار به هنگام نیاز، قبل یا در حین واقعه، آن را مطالعه می‌کند و با استفاده از فرم ثبت طرح‌واره، بیماران در سیر زندگی روزمره که طرح‌واره‌هایشان برانگیخته می‌شود، خودشان پاسخ سالمی را طرح‌ریزی می‌کنند.

کاهش در شدت دو طرح‌واره رهاشدگی و محرومیت هیجانی در همه بیماران از نظر آماری معنادار بود ولی در اکثر آن‌ها از نظر بالینی معنادار نبود و این می‌تواند به دلیل بالا بودن شدت این دو طرح‌واره در بیماران، بنیادی‌تر بودن آن‌ها و فاصله زیاد آن‌ها تا نقطه برش باشد و زمان بیش‌تری برای کار کردن بر روی آن‌ها لازم می‌باشد. کاهش در طرح‌واره ایثار در بیمار چهارم از گروه اول و بیمار اول از گروه دوم از نظر بالینی معنادار نبود که می‌تواند به این دلیل باشد که تغییر طرح‌واره ایثارگری، کار بسیار سخت و طاقت فرسایی است، زیرا چنین طرح‌واره‌ای بیش‌تر در حکم سبک مقابله‌ای است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). کاهش طرح‌واره وابستگی / بی‌کفایتی نیز در بیمار چهارم از گروه اول از نظر بالینی معنادار نبود که می‌تواند به دلیل کاهش مسئولیت فرد بیمار در قبال کارهای روزمره خودش و دوست داشتن این حالت باشد.

منابع

- آهی، قاسم. (۱۳۸۴). هنجاریابی فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره یانگ (SQ-SF) بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- بک، آرون. و همکاران. (۲۰۰۳). چالش‌های شناخت درمانی. ترجمه حسن حمیدپور (۱۳۸۸). تهران: انتشارات ارجمند.
- سلمانی لطف‌آبادی، مریم. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی گروه‌درمانی شناختی متمرکز بر طرح‌واره در کاهش علائم افسردگی دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیل، دانشکده ادبیات و علوم انسانی.
- شریفی، ونداد و همکاران. (۱۳۸۴). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی ساختاریافته تشخیصی برای اختلالات محور I در DSM-IV (SCID). فصل‌نامه تازه‌های علوم شناختی، سال ۶، شماره اول و دوم: ۱۰-۲۲.
- طباطبایی برزکی، سعید. (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی آموزش تکنیک‌های طرح‌واره درمانی بر روی طرح‌واره‌های افراد افسرده و مقایسه‌ی طرح‌واره‌های افراد افسرده یا غیر افسرده. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- قاسم‌زاده، حبیب‌اله. (۱۳۸۶). شناخت عاطفه، جنبه‌های بالینی و اجتماعی. تهران: فرهنگان. کوام، مکنزی و تونی، اسمیت. (۲۰۰۳). افسردگی، شناخت، پیش‌گیری و درمان. ترجمه منیره سنگلجی، تهران: پیدایش (۱۳۸۴).
- لیهی، رابرت. (۲۰۰۳). تکنیک‌های شناخت درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی). ترجمه حسن حمیدپور، زهرا اندوز (۱۳۹۱). تهران: ارجمند.
- مارنات، گری گراث. (۲۰۰۳). راهنمای سنجش روانی. ترجمه حسن‌پاشا شریفی و محمدرضا نیک‌خو (۱۳۹۰). تهران: انتشارات سخن.

- یار محمدی واصل، مسیب. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اختلال افسردگی اساسی عودکننده. پایان نامه دکتری روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- یانگ، جفری (۱۹۵۰). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرحواره محور. ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور (۱۳۹۰). تهران: ارجمند.
- یانگ، جفری، کلوسکو، ژانت، ویشار، مارجوری. (۱۹۵۰). طرحواره درمانی (راهنمایی برای متخصصین بالینی). ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۱). تهران: ارجمند.
- Arntz, A., Klokman, J., Sieswerda, S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 36 (3): 226-39.
- Bamber, R.M. (2006). CBT for occupational stress in health professionals: including a schema - focused approach. New York: Rutledge.
- Beck, A. T. (1967). Depression: causes and treatment philadelphia: university of pensylvania press.
- Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. International university press, New York.
- Beck, A. T., Freeman, A. & Associates. (1990). Cognitive therapy of personality disorders. New York.
- Camara, M., Calvete, E. (2012). Early maladaptive schema as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of psychology and behavioral assessment*, 34 (1): 58-68.
- Cockram, D. M., Drummond, P. D. & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 165-182. doi:10.1002/cpp.690.
- Crane, R. (2008). Mindfulness-Based cognitive features. London and New York: Routledge Taylor & Francis group.
- Freeman, A. & McGloskey, R. J. (2003). Impediments of Effective Psychotherapy. In R. L. Leahy. (Eds.), *Roadblocks in cognitive-Behavioral Therapy* (pp. 24- 46). NY: Guilford.
- Greenberg, p., Eisisitsky, T. & et al (1999). The economic burden of the anxiety disorders in the 1990s. *journal of clinical psychiatry*, 424-435.
- Halvorsen M, Wang CE, Eisemann M, Waterloo K. (2010). Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study. *Cognitive Therapy and Research*, 34 (4): 368-79.
- Halvorsen M, Wang CE, Richter J, Myrland I, Pedersen SK, Eisemann M, et al. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits

- in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clin Psychol Psychother*, 16 (5): 394-407.
- Hamidpour, H., Dolatshai, B., Pour Shahbaz, A., Dadkhah, A. (2011). The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*, 16 (4): 420-31.
- Hans, M. N. & John, sans. Ltd. (2005). Clinical psychology, psycho therapy, vol. 12, Issue. 2, 142-149.
- Heilemann, M. V., Pieters, H. C., Kehoe, P. & Yang, Q. (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *Journal of BehaviorTherapy and Experimental Psychiatry*, 42, 4: 473-480.
- Huijbers, M. J. & et al. (2012). Preventing relapse in recurrent depression using mindfulness-based cognitive therapy, antidepressant medication or the combination: trial design and protocol of the MOMENT study. BioMed Central Ltd, 10.1186/1471-244X-12-125.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a static approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal Abnormal psychology*, 59, 12-19.
- Jilian, B. & et al. (2003). Cognitive therapy of bipolar (depression and mania): A schema focused approach. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, Vol. 31, Issue. 1.
- Jon, Heron. & Jonathan, Evans. (2005). Negatives self schema: depressive in vomen. *The Britich journal of psychiatry*, 186: 302-307.
- Kessing, L. V., Hansen, M. G., Andersen, P. K. & Angst, J. (2004). The predictive effect of episodes on the risk of recurrence in depressive and bipolar disorder ° a life ° long perspective. *Acta psychiatrica Scandinavca*, 109, 339-344.
- Lomely, M. N., Harkness, K. (2007). specificity in relations a childhood adversity, early maladaptive schema, and symptom profiles in adolescent depression. 31, 39-57.
- Nordal, H. m., hangom, I. A. (2005). Early maladaptive schema in patient with and without personality disorder. *Clinical psychology and psychotherapy*. 12, 142-149.
- Power, M. J. (1985). Handbook of cognition and emotion. New York: wiley.
- Rafaeil, E., Bernstein, D. P., Young, J. (2011). Schema therapy. US and Canada: Routledge.
- Renner, F., Lobbestael. J., Peeters, F., Arntz, A., Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with

- depressive symptoms over the course of treatment. *J Affect Disord*, 136 (3): 581-90.
- Riso, P. L. & et all. (2007). Cognitive schemas and care beliefs in psychological problems: A practioners guide. Washington: American psychological association.
- Roelofs, J., Meesters, C., Muris, P. (2011). Correlates of self-reported attachment (In) security in children: The role of parental romantic attachment status and rearing behaviors. *Journal of child & family studies*. Vol. 17, Issue 4, p. 555-566. 12p. 5 Charts. DOI: 10.1007.
- Roelofs, J., Onckels, L. & Muris, P. (2013). Attachment quality and psychopathological symptoms in clinically referred adolescents: The mediating role of early maladaptive schema. *Journal of child and family studies*, 10.1007/s10826-012-9589-x.
- Samuel, D. B. & Ball, S. A. (2013). The Factor Structure and Concurrent Validity of the early maladaptive schema questionnaire: Research Version. *Cognitive Therapy and Research*, Volume 37, Issue 1, pp: 150-159.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnair: Investigation of psychometric properties andthe hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.
- Seavey, A. & Moore, M. T. (2012). Schema-focused therapy for major depressive disorder and personality disorder: Case study. *Clinical case studies*, 11: 457.
- Simpson, S. G., Morrow, E., Van Vreeswijk, M. & Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Frontiers in Psychology*, 1, 182. doi:10.3389/fpsyg.2010.00182.
- Szostak, R. (2009). A schema for unifying human science. London: Susquehanna university press.
- Timm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schema. A five factore model perspective. *Journal of Behavior therapy and experimental psychology*, 41, 373-380.
- Welburn, K. coristine, M. Dagg, P., Pontefraet, A. & Jordan, S. (2002). The schema question-short form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive therapy and research*, 26, 519-530.
- World Health Organization. (2010). Depression retrieved. Jun 21, from <http://www.WHO.Int/mentalhealth/management/depression/definitio/en/>.
- Young, J. E. & Brown, G. (1990). Young schema Questionnarie (2 ind ed). New York: cognitive therapy center of New York.
- Young, J. & Martin, R. (2010). Schema therapy. In K. S. Dobson (Ed), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The Guilford press. pp: 317- 346.

- Young, J. E. & Kolosko, J. S. (1994). *Reinventing your life*. New York: plume Books.
- Young, J. E. (1995). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (rev. ed). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J. E., Kolosko, J. S. & weishar, M. e. (2003). *Schema therapy: A Partitioers guide*. New York: Guilford press.





پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی