

The Effect of Schema Therapy on Maladaptive Schemas in Tehranian Patients with Chronic Low Back Pain: a two months follow-up

M.Yousefzadeh

PhD candidate, general psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

H. Talebi*

Associate Professor of Department of Statistics, University of Isfahan, Isfahan, Iran

H.T. NeshatDoost

Professor of Psychology, Department of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of schema therapy on maladaptive schemas of Tehranian patients with chronic low back pain. This study was group quasi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up. Thus 10 patients with chronic low back pain who were referred to pain specialized clinic or neurosurgery clinic of Akhtarand Imam Hussein Hospitals (AS) in Tehran, were selected with purposive sampling method (non-probabilistic). All patients completed the 90-Item Short Form of Young Schema Questionnaire (YSQ-SF) in the pre-test, post-test and a 2 months follow-up. The results of Friedman test & Wilcoxon signed-rank test showed that schema therapy significantly reduced the scores of maladaptive schemas in post-test and this reduction was remained in the follow-up, while, there was no significant reduction between schema scores in post-test and follow-up period. According the results of this study the schema therapy can be used as appropriate treatment method to reduce maladaptive schemas in patients with chronic pain and probably provide secondary prevention of pain consequences in chronic pain patients.

Key words: chronic pain, chronic back pain, schemas, schema therapy

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

*h-talebi@sci.ui.ac.ir

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شهر تهران: پیگیری دو ماهه

مهديه يوسفزاده^۱، هوشنگ طالبي^{۲*}، حميد طاهر نشاطدوست^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

mahdieh.yoosefzadeh@yahoo.com

۲- دانشیار گروه آمار، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

h-talebi@sci.ui.ac.ir

۳- استاد گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

h.neshat@edu.ui.ac.ir

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران شهر تهران مبتلا به کمردرد مزمن انجام شد. این پژوهش طرحی نیمه‌آزمایشی تک‌گروهی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری بود. به این منظور از بین بیماران مبتلا به کمردرد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های فوق‌تخصصی درد بیمارستان‌های اختر، امام حسین (ع) و درمانگاه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران، ۱۰ بیمار مبتلا به کمردرد مزمن، با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف (غیراحتمالی) انتخاب شدند. این بیماران فرم کوتاه ۹۰ سؤالی پرسشنامه طرحواره‌یانگ را در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۲ ماهه پر کردند. برای بررسی تاثیر شیوه درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار بیماران، از آزمون ناپارامتری فریدمن برای گروه‌های وابسته و در تعقیب آن برای مقایسه‌های زوجی گروه‌ها از آزمون ویلکاکسون رتبه‌ای استفاده شد. نتایج نشان داد نمرات طرحواره افراد پس از شرکت در طرحواره‌درمانی به‌طور معنی‌داری کاهش یافته و این کاهش در مرحله پیگیری نیز معنی‌دار باقی‌ماند. قابل توجه اینکه نمرات طرحواره در مراحل پیگیری نسبت به پس‌آزمون کاهش معنی‌داری نداشت. بر این اساس، روش طرحواره‌درمانی به عنوان روشی مناسب جهت کاهش طرحواره‌های ناسازگار در مبتلایان به درد مزمن توصیه می‌شود و احتمالاً بتواند نوعی پیشگیری ثانویه از پیامدهای ناشی از درد در این افراد فراهم کند.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، کمردرد مزمن، بیماری مزمن جسمی، طرحواره‌های ناسازگار، طرحواره‌درمانی.

*h-talebi@sci.ui.ac.ir

*نویسنده مسئول

مقدمه

از میان انواع درد مزمن، کم‌درد شایع‌ترین نوع درد است (عزیزپور و همکاران ۱۳۹۲؛ اصغری مقدم، ۱۳۸۳). کم‌درد مزمن وضعیتی تحلیل‌برنده است، به‌گونه‌ای که بخش‌های گوناگون زندگی فرد را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد، بر همه ابعاد زیستی - روانی - اجتماعی زندگی فرد تاثیرگذار است و مشکلات اجتماعی و اقتصادی زیادی برای بیمار، خانواده و جامعه به‌همراه دارد (استوارت و همکاران^۱، ۲۰۰۳).

از آن‌جا که در شروع و تداوم درد مزمن، تعامل پویا و پیچیده بین عوامل زیستی - روانی و اجتماعی نقش داشته‌است و تنها برخی از این عوامل شناخته شده‌اند، از بین تمام روش‌های درمانی رایج در درد - مزمن هیچ‌یک، درمانی ثابت و دائمی برای همه افراد فراهم نکرده‌است و درمان مبتلایان به درد مزمن تبدیل به چالشی برای متخصصین و بیماران شده‌است (لیمپ و همکاران^۲، ۲۰۰۳؛ ترک^۳، ۲۰۰۲). اکثر درمان‌های روان‌شناختی درد مزمن، برنامه‌های شناختی - رفتاری بوده‌اند. با وجود تحقیقات در اثربخشی برنامه‌های شناختی - رفتاری درد مزمن، این برنامه‌ها نقایصی داشته‌اند. همراه بوده‌است؛ از جمله برخی از مبتلایان به درد مزمن ویژگی‌های فردی داشته‌اند که درمان شناختی رفتاری بر آن متمرکز نبوده‌است؛ مثلاً برخی مشکلات بین فردی زیادی داشته‌اند نمی‌توانسته‌اند رویکرد مشارکتی - تجربی درمان را بپذیرند و نقش فعالی در فرایند درمان داشته‌باشند (کارتر و همکاران^۴، ۲۰۱۳؛ ریزو و همکاران، ۱۳۹۰). هم‌چنین برنامه‌های شناختی - رفتاری درد مزمن، ویژگی‌های شخصیتی و تفاوت‌های فردی در ابعاد

شخصیتی افراد را نادیده گرفته و این از دلایل شکست درمانی این برنامه‌ها بوده‌است (پوپ و همکاران^۵، ۲۰۱۱؛ جونسن^۶، ۲۰۰۸). با توجه به نقایص و موانع ذکر شده، امروزه مشکل اصلی، توسعه برنامه‌های مدیریت درد است؛ برنامه‌هایی که با در - نظر گرفتن تفاوت‌های فردی در درد مزمن، نوعی پیشگیری ثانویه فردمحور برای افراد تدارک ببیند (مک‌ماهن و همکاران^۷، ۲۰۱۳). وجود محدودیت‌ها و نواقص رفتاردرمانی شناختی کلاسیک، یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹) را بر آن داشت که روش طرحواره‌درمانی^۸ را تدوین کند تا راهی فراروی بیمارانی باشد که با استفاده از رفتاردرمانی شناختی کلاسیک به اهداف درمانی خویش دست نیافته‌اند.

نکته جالب توجه این است که برخی مدل‌های مفهومی درد مزمن، تأثیرات مخرب طرحواره‌ها^۹ در سازگاری با درد مزمن را تأیید و بر انجام مداخلات روان‌شناختی در سطح طرحواره‌ها تأکید کرده‌اند. بر - اساس الگوی لازاروس و فولکمن^{۱۰} (۱۹۸۴)، متغیرهای فردی چون طرحواره‌ها بر تعامل فرد با محرک دردناک تأثیر می‌گذارند. طبق این مدل طرحواره‌های ناسازگار در تعامل با رویدادهای منفی زندگی و با ایجاد آسیب‌پذیری شناختی، مبتلایان به درد مزمن را آماده نگرش‌های ناکارآمد، درماندگی و ابتلا به اختلالات روانی می‌کنند. هم‌چنین این مدل نشان می‌دهد که از طرفی درد مزمن و محرک‌های استرس‌زای آن به عنوان رویدادهای منفی زندگی تفسیر می‌شوند و باعث فعال‌سازی طرحواره‌های ناسازگار می‌شوند و از طرف دیگر مبتلایان به درد، طرحواره‌هایی درباره خودشان به عنوان مبتلایان به

⁵ Poppe & etal

⁶ Johnson

⁷ McMahon & etal

⁸ Schema Therapy (ST)

⁹ schemas

¹⁰ Lazarus & Folkman

¹ Stewart & etal

² Lampe & etal

³ Turk

⁴ Carter & etal

های ناسازگار بیشتری داشتند و بین شدت طرحواره-های ناسازگار این افراد با اختلال خلق و مشکلات خوردن هم‌بستگی مثبت وجود داشت. مولودی و همکاران (۱۳۸۹) نیز دریافتند که افراد چاق در طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، محرومیت هیجانی و خویش‌ن‌داری/خودانضباطی ناکافی به طور معنی‌داری نمرات بیشتری نسبت به افراد عادی کسب کردند. دامینو و همکاران^۳ (۲۰۱۵) با انجام تحقیق روی ۳۶ دختر نوجوان با تشخیص بی‌اشتهایی متوجه شدند این افراد در طرحواره‌های انزوای اجتماعی/بیگانگی و بازداری هیجانی نمرات بیشتری داشتند. نتایج تحقیق آخانی و همکاران (۱۳۹۱) نیز روی ۱۰۴ بیمار مبتلا به بیماری مولتیپل اسکلروزیس^۴ نشان داد این بیماران در حیطه بریدگی و طرد، طرحواره ناسازگار داشتند و ادراک منفی‌تری نسبت به بیماری خود و ناتوانی حرکتی بیشتری نیز در آنها وجود دارد. در تحقیق دیگری فیلیپ و پری^۵ (۱۹۹۷) دریافتند در مبتلایان به آرترئید روماتوئید^۶ افسرده، متغیر طرحواره بیماری به‌تنهایی پیش‌بینی-کننده واریانس ناتوانی آزمودنی‌ها است.

مطلب جالب توجه این است که نظریه‌پردازان شناختی چون یانگ^۷ و بک^۸ نیز وجود ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار را با درد مزمن و مشکلات روان‌تنی تأیید کرده‌اند. یانگ و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند در بیمارانی که طرحواره ایثار^۹ در آنها شکل گرفته است، درد مزمن، سردرد، خستگی، مشکلات معده‌ای - روده‌ای که از علایم روان‌تنی محسوب می‌شود، شایع است. طرحواره ایثار باعث علایم

درد دارند که تأثیر زیادی بر سازگاری نهایی آنان با بیماریشان بر جای می‌گذارد. از آن‌جاکه این طرحواره‌ها برخلاف هدف خودمدیریت‌گری درد عمل می‌کنند و فرد را به سمت ناتوانی سوق می‌دهند، ضروری است به بیمار مبتلا به درد مزمن کمک شود تا آنها را بشناسد و نظام باور واقع‌بینانه‌تر و کارآمدتری را جای‌گزین آنها کند. مدل شبکه عصبی درد^۱ نیز بیان می‌کند که یک شبکه عصبی خود-بدن تشکیل شده از الگوهای تکانه‌ای عصبی خاصی در انسان وجود دارد. این شبکه عصبی برای هر فردی به شکل اختصاصی وجود دارد و تجربه درد را شکل می‌دهد. این شبکه با سیستم عصبی پیرامونی تعامل دارد و با سازه‌های شناختی مغز مثل طرحواره‌های خود، مرتبط است. این مدل همانند مدل بیماری‌پذیری ارثی - استرس نشان می‌دهد که در هنگام تجربه درد، دانش کسب‌شده قبلی مثل طرحواره‌های خود و طرحواره‌های درد و فرایندهای ارزیابی مبتنی بر شخصیت با منابع استرس تعامل برقرار می‌کنند و باعث اختلال در برگشت به تعادل حیاتی، تشدید استرس و در نتیجه پاسخ‌دهی متفاوت فرد به استرس‌های مرتبط با درد می‌شوند (جونسن، ۲۰۰۸).

هم‌سو با مدل‌های مفهومی درد مزمن، پژوهش‌های اخیر نیز نشانگر وجود طرحواره‌های ناسازگار در مبتلایان به بیماری‌های مزمن جسمی بوده و نشان داده است این طرحواره‌ها بر تعبیر و تفسیر افراد از علایم بیماریشان تأثیر می‌گذارد. آندرسون و همکاران^۲ (۲۰۰۶) با انجام تحقیقی روی ۹۱ نفر متوجه شدند افراد چاق نمرات بالاتری در طرحواره‌های انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم و شکست داشتند. همچنین این افراد شدت طرحواره-

³ Damino & etal

⁴ multiple sclerosis (MS)

⁵ Philip & Perry

⁶ rheumatoid arthritis (RA)

⁷ Young

⁹ Beck

¹⁰ self- sacrifice (SS)

¹ neuromatrix

² Anderson & etal

اختلالات روانی و تجربه مشکلات روان‌تنی، محرومیت هیجانی، خشم فروخورده و مشکلات هیجانی دیگر در بیمار می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). بک نیز معتقد است تجربه درد و آسیب باعث فعال شدن آسیب‌پذیری‌های شخصیتی و یا طرحواره‌های ناسازگار درباره خود، جهان و آینده می‌شود که این طرحواره‌ها خود از تجارب ابتدایی زندگی نشأت می‌گیرند (پینکوس و ویلیامز^۱، ۱۹۹۹). یانگ در سال ۱۹۹۹ نیز بیان کرده است که طرحواره‌درمانی می‌تواند به منظور جلوگیری از درد مزمن به کار گرفته شود.

هم‌سو با نظرات یانگ و همکاران و بک، تحقیقات اخیر نیز وجود ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار را با درد مزمن تأیید کرده‌اند. ساری‌آهو و همکاران^۲ (۲۰۱۰) با تحقیق روی ۲۷۱ نفر از بزرگسالان سالم و مبتلا به درد مزمن، فهمیدند که بیشتر از نصف مبتلایان به درد مزمن نمرات معنی‌داری در طرحواره‌های ناسازگار به دست آوردند. هم‌چنین در گروه مردان، رایج‌ترین طرحواره، معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی^۳ و ایثار و در گروه زنان، رایج‌ترین طرحواره، ایثار و معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی بود. ساری‌آهو و همکاران (۲۰۱۲) نیز با انجام تحقیق روی ۵۴۷ بیمار مبتلا به درد مزمن و سالم دریافتند که در مبتلایان به درد مزمن، وجود طرحواره‌های ناسازگار، پیش‌بینی‌کننده افسردگی است. تحقیق جفری^۴ (۲۰۰۹) نیز نشان داد افرادی که نمرات بالاتری در مقیاس‌هایی چون دام طرحواره‌ای به دست آورده بودند، با احتمال بیشتری وضعیت سلامت خود را در یک سال گذشته تحقیق در بدترین وضعیت ارزیابی می‌کردند. در

تحقیق دیگری ساری‌آهو و همکاران (۲۰۱۱) با بررسی ۶۰۲ بیمار بزرگسال مبتلا به درد مزمن و سالم متوجه شدند که مبتلایان به درد مزمن، نمرات بیشتری در طرحواره‌های ناسازگار دارند. ریگ‌گم و همکاران^۵ (۲۰۱۳) نیز با انجام تحقیق روی ۱۲۶ فرد سالم و مبتلا به درد مزمن متوجه شدند در مبتلایان به درد مزمن، بین درد و طرحواره‌های خود ارتباط قوی وجود دارد. طبق تحقیق پون^۶ (۲۰۰۷) روی افراد مبتلا به جسمانی‌سازی نیز، طرحواره و خلق غمگین تأثیر معنی‌داری بر توجه به علائم جسمی داشت و باعث کاهش تمایل شرکت‌کنندگان به انحراف توجه از نشانه‌های جسمی می‌شد.

همان‌طور که بیان شد، یانگ و همکاران (۲۰۰۳) مدل‌های مفهومی درد مزمن و پژوهش‌های انجام‌شده در مبتلایان به درد مزمن و بیماری‌های مزمن جسمی و وجود ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار را با درد مزمن تأیید کرده‌اند. هم‌چنین یانگ در سال ۱۹۹۹ بیان کرده است که احتمالاً فنون طرحواره‌درمانی در این افراد مؤثر است؛ بنابراین شاید فنون طرحواره‌محور یکی از روش‌های مؤثر برای کاهش درد مزمن، مسایل ناشی از درد مزمن و مسائل آن و مشکلات زیربنایی باشد که دردهای فرد را در تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به دلایل ذکر شده و با در نظر گرفتن تحقیقات اندک در این حیطه، تحقیق حاضر به منظور بررسی ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار با کم‌درد مزمن و نیز بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در مبتلایان به کم‌درد مزمن انجام شد. با همین هدف، این فرضیه بررسی شد: طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار در مبتلایان به کم‌درد مزمن را کاهش خواهد داد.

¹ Pincus & Williams

² Sarriaho & etal

³ unrelenting standards/ hypercriticalness (US)

⁴ Jeffry

⁵ Ryckeghem & etal

⁶ Poon

روش پژوهش

این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع تک‌گروهی بود که به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه انجام شد.

جامعه، نمونه‌آماری و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری همه بیماران مبتلا به کم‌درد مزمن مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی شهر تهران بودند. نمونه بررسی‌شده در این پژوهش ۱۰ بیمار مبتلا به کم‌درد مزمن بودند که بر اساس نمونه‌گیری مبتنی - بر هدف (غیراحتمالی) از بین بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های فوق‌تخصصی درد بیمارستان‌های اختر و امام حسین(ع) و نیز درمانگاه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان امام حسین(ع) شهر تهران وابسته به دانشگاه شهید بهشتی انتخاب شدند. هم‌چنین این افراد، داوطلب شرکت در تحقیق بودند و ملاک‌های ورود به تحقیق را داشتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این مطالعه عبارت بودند از: داشتن سن بین ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، پرکردن فرم رضایت شرکت در تحقیق و پرسش‌نامه‌های تحقیق، ابتلا به کم‌درد مزمن (وجود کم‌درد در ۶ ماه قبل تحقیق، هر روز یا تقریباً هر روز)، ابتلانا داشتن به اختلال‌های شدید روان‌شناختی مثل دمانس، مبتلانا بودن به اختلال‌های محور I بالینی (به جز افسردگی)، ابتلانا داشتن به اختلال‌های محور II بالینی، استفاده نکردن از هر نوع درمانی (غیر از درمان‌های پزشکی)، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، مواجه نشدن با بحران‌های شدید و ناگهانی زندگی. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها نیز عبارت بودند از: کاندید عمل جراحی بودن، حضورنا داشتن به موقع در جلسات درمان یا ناقص پرکردن پرسش‌نامه‌های تحقیق.

ابزار پژوهش

ابزار به کار برده شده در این پژوهش، پرسش‌نامه طرحواره یانگ، فرم کوتاه ۹۰ سؤالی (YSQ-SF)^۱ بود. این پرسش‌نامه ۹۰ ماده دارد و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را ارزیابی می‌کند. هر پنج عبارت این پرسش‌نامه، یک طرحواره ناسازگار را می‌سنجد و دریافت حداقل سه نمره بالا (۵ یا ۶) در هر یک از جملات مربوط به یک طرحواره، نشانگر وجود آن طرحواره ناسازگار در بیمار است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). والر و همکاران^۲ (۲۰۰۱) متوجه شدند اعتبار این پرسش‌نامه به شیوه آلفای کرونباخ برای کل آزمون، ۰/۹۶ و برای تمام خرده‌مقیاس‌های آن بزرگ‌تر از ۰/۸۰ است. آهی (۱۳۸۶) نیز دریافت که پایایی تمام خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه به شیوه آلفای کرونباخ بزرگ‌تر از ۰/۷۲ و به شیوه بازآزمایی، بزرگ‌تر از ۰/۷۶ است. در کل، نتایج تحقیق آهی (۱۳۸۶) مشخص کرد این پرسش‌نامه در ارزیابی این - که چگونه مداخلات درمانی نشانه‌های خاص را از طریق هدف قراردادن طرحواره‌های شناختی زیربنایی در تأثیر قرار دهد، سودمند است. در پژوهش صدوقی (۱۳۸۷) نیز اعتبار تمام خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه به شیوه آلفای کرونباخ در دامنه ۶۲-۹۰ قرار گرفت. از بین طرحواره‌های ناسازگار، ۱۴ طرحواره به عنوان عامل‌های مستقل به دست آمد که نشانگر روایی سازه این پرسش‌نامه بود. هم‌چنین ثبات درونی برای ۱۷ عامل پرسش‌نامه با آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۹۰ تا ۰/۹۶ به دست آمد و آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴ بود. به طور کلی این نتایج بیانگر ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب این پرسش‌نامه بوده است.

^۱Young Schema Questionnaire_Short Form(YSQ- SF)

^۲Waller

روش اجرا و تحلیل

در مرحله اول این پژوهش، بیماران مبتلا به کمردرد مراجعه‌کننده به کلینیک فوق تخصصی درد یا درمانگاه جراحی مغز و اعصاب از نظر ملاک‌های اولیه ورود به تحقیق بررسی شدند. در مرحله دوم با هر فرد دارای شرایط اولیه تحقیق، گفت‌وگویی برای جلب همکاری صورت گرفت. در مرحله سوم با فرد داوطلب شرکت در تحقیق، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-IV-TR (SCIDI و SCIDII) به شکل انفرادی و به منظور بررسی ملاک‌های دیگر ورود به تحقیق انجام شد. در مرحله چهارم، با هر فردی که آمادگی حضور در تحقیق و ملاک‌های ورود به آن را داشت، پیش‌آزمون به شکل انفرادی اجرا شد (اجرای صورت کوتاه ۹۰ سؤالی پرسش‌نامه طرحواره یانگ). در ادامه این فرد به مدت ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه ۲ ساعته) زیر نظر مداخله طرحواره‌درمانی در اتاق مستقلی در بیمارستان قرار گرفت. در پایان درمان، پس‌آزمون روی او اجرا شد. در مرحله پنجم، ۲ ماه بعد از آخرین جلسه، درمان هر آزمودنی با حضور در بیمارستان و پاسخ به پرسش‌نامه مذکور پیگیری شد. لازم به ذکر است برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش در هر جلسه درمان ۱۰ دقیقه به استراحت و پذیرایی اختصاص یافت و اطلاعات شخصی بیماران با اختصاص کد به پرونده آنان به شکل محرمانه نزد بالینگر باقی ماند. محتوای جلسات درمان و اجرای خلاصه بسته درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به شرح ذیل بود:

جلسه اول: پرکردن برگه قرارداد درمان، اجرای مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV-TR (SCIDI) و اجرای مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور II در DSM-IV-TR (SCID-II)؛ جلسه سوم: آشنایی با روند جلسات

درمان، آشنایی با مفهوم و ویژگی‌های طرحواره-ناسازگار، انواع سبک‌های مقابله‌ای، اجرای تکنیک تصویرسازی ذهنی مکان امن، پرکردن پرسش‌نامه طرحواره یانگ در جلسه درمان و پرسش‌نامه فرزندپروری به عنوان تکلیف خانگی؛

جلسه چهارم: آشنایی با انواع طرحواره‌های ناسازگار، درک شناختی طرحواره ناسازگار با بحث درباره نتایج پرسش‌نامه، تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور سنجش طرحواره ناسازگار، ارائه تکلیف؛

جلسه پنجم: بحث درباره نتایج پرسش‌نامه فرزند-پروری یانگ، درک هیجانی طرحواره و ریشه‌های تحولی آن و شیوه ارتباط طرحواره با مشکلات فعلی با تکنیک تصویرسازی ذهنی، مفهوم‌سازی مشکل مراجع، ارائه تکلیف و بازخورد؛

جلسه ششم: اجرای تکنیک‌های شناختی آزمون اعتبار طرحواره، ارائه تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای، اجرای تکنیک صندلی خالی، تدوین کارت - آموزشی، ارائه تکلیف و بازخورد؛

جلسه هفتم: اجرای تکنیک‌های تجربی گفت‌وگوی خیالی و نوشتن نامه به والدین، آموزش الگوشکنی رفتاری با استفاده از تکنیک تهیه فهرست رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، اولویت‌بندی رفتارها، تمرین رفتارهای- سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، ارائه تکلیف و بازخورد.

جلسه هشتم: بررسی تمرینات، اجرای پس-آزمون.

در پایان نیز با استفاده از نرم افزار SPSS، نسخه ۲۲ و با استفاده از فرمان ناپارامتری، محاسبات برای آزمون فریدمن^۱ در گروه‌های وابسته و به دنبال آن برای مقایسه‌های زوج گروه‌ها از آزمون ویلکاکسون رتبه‌ای^۲ انجام شد.

^۱Friedman

^۲Wilcoxon signed-rank test

یافته‌ها

طرحواره‌ایثار و ۱ نفر طرحواره‌ایستحقاق/بزرگ‌منشی). جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات طرحواره‌ شرکت‌کنندگان در طرحواره‌درمانی را در سه مرحله پیش از شروع، پس از پایان دوره درمان و پیگیری نمایش داده است.

از ۱۰ نفر (۷ زن و ۳ مرد) ۵۰ درصد مدرک دیپلم و ۵۰ درصد لیسانس داشتند. میانگین سنی این افراد ۶۶/۵۰ (انحراف معیار ۱۲/۴۵) بود. در بیشتر افراد گروه آزمایش، طرحواره‌ایثار وجود داشت (۹ نفر

جدول ۱. آمار توصیفی؛ نمره طرحواره‌ ناسازگار

انحراف معیار	میانگین	
۲/۹۱	۲۳/۷۸	پیش‌آزمون
۵/۰۴	۱۸/۸۹	پس‌آزمون
۴/۳۶	۱۷/۰۰	پیگیری

بنابراین فرض برقراری توزیع نرمال سه‌متغیره در سه مرحله زمانی در سطح آزمون ۰/۰۵ رد می‌شود و نمی‌توان از آزمون پارامتری تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر برای بررسی این فرض بهره جست. به همین دلیل از آزمون دقیق ناپارامتری فریدمن و کندال برای آزمون برابری میانگین متغیر طرحواره در سه مقطع زمانی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۲ نشان می‌دهد مقدار آماره آزمون مربع کای برابر ۷/۸۲۴ با ۲ درجه آزادی با مقدار احتمال ۰/۰۱۶ است؛ پس میانگین نمرات متغیر طرحواره در مرحله با توجه به تعداد آزمودنی‌ها و برای اطمینان از اعتبار آزمون انجام شده، توان آزمون با استفاده از الگوریتم محاسبه و برابر ۰/۹۸۵ به دست آمد.

به منظور آزمون فرض تساوی میانگین نمرات طرحواره در سه مرحله زمانی از روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر^۱ منوط به برقراری پیش‌فرض‌ها استفاده می‌شود. در صورت برقرارنبودن پیش‌شرط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح آزمون ۰/۰۵ تفاوت معنی‌داری دارند. ها استفاده از روش ناپارامتری فریدمن ترجیح دارد. یکی از پیش‌شرط‌ها برای استفاده از روش پارامتری مذکور توزیع نرمال سه‌متغیره است. به منظور بررسی این فرضیه، آزمون نرمال‌بودن توزیع همراه با متغیر طرحواره در سه مقطع زمانی و با استفاده از بسته $mvn\text{ormtest}$ در نرم افزار R و آماره شاپیرو-ویلک، آزمون شد. مقدار آماره آزمون برابر ۰/۸۱۲ و مقدار سطح معنی‌داری برابر ۰/۰۳۶ به دست آمد؛

جدول ۲. آزمون ناپارامتری فریدمن برای فرض تساوی میانگین‌های طرحواره در سه زمان

۷/۸۲۴	آماره مربع کای
۰/۴۳۵	آماره W کندال
۲	درجه آزادی
۰/۰۱۶	مقدار احتمال-آزمون دقیق
۰/۹۸۵	توان آزمون

¹ repeated measures

نمرات دو مرحله پیگیری و پس‌آزمون معنی‌دار نیست. فاصله اطمینان ۹۵ درصد ناپارامتری بوت استرپ گزارش شده در این جدول نیز همین موضوع را تأیید می‌کند. در جدول ۳ توان آزمون ویلکاکسون با استفاده از الگوریتم بوت استرپ محاسبه شده - است.

به منظور پاسخ به این پرسش که بین کدام یک از میانگین سه زمان اندازه‌گیری شده اختلاف معنی‌داری وجود دارد، از آزمون ناپارامتری ویلکاکسون و روش ناپارامتری بوت استرپ استفاده شد. نتیجه این آزمون که در جدول ۳ نمایش داده شده است، نشان می‌دهد که اختلاف نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در سطح آزمون ۰/۰۵ معنی‌دار است، در حالی که اختلاف

جدول ۳. آزمون ویلکاکسون و تی زوجی به روش بوت استرپ برای مقایسه نمرات طرحواره در مقاطع زمانی مختلف

اختلاف	خطای	t	درجه	مقدار	فاصله اطمینان ۹۵	آزمون ویلکاکسون
میانگین	استاندارد	آزادی	احتمال	درصد بوت استرپ		
				کران	کران	
				پایین	بالا	
پس‌آزمون - پیش‌آزمون	۱/۷۸۳	۲/۷۴۲	۸	۰/۰۲۵	۱/۵۵۶	۷/۶۶۷
پیگیری - پس‌آزمون	۱/۴۰۹	۱/۳۴۱	۸	۰/۲۱۷	-۰/۶۶۷	۴/۵۵۶
				Z	مقدار	توان
				احتمال	آزمون	
				۱/۹۷۰	۰/۰۲۷	۰/۹۰۱
				۱/۲۶۳	۰/۲۰۶	۰/۲۵۲

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار در بیماران ایرانی مبتلا به کم‌درد مزمن بود. نتایج نشان داد طرحواره افراد پس از طرحواره‌درمانی به طور معنی‌داری تعدیل (کاهش) می‌یابد و اثرات درمان تا مرحله پیگیری باقی می‌ماند. نکته شایان توجه این است که در تحقیق حاضر در بیشتر افراد مطالعه شده (۹ نفر) طرحواره ایثار وجود داشت. این نتیجه دقیقاً با نظر یانگ در این رابطه هماهنگ بوده است. طبق نظر یانگ و همکاران در مبتلایان به درد مزمن، طرحواره‌های ایثار و معیارهای سرسختانه رایج است. هم‌چنین رایج‌ترین طرحواره در این افراد، طرحواره محرومیت هیجانی^۱ است. بیمارانی که طرحواره ایثار

آنان فعال است، همیشه طرحواره محرومیت هیجانی دارند که خودشان نسبت به این مسئله آگاه نیستند. بیمارانی که تمرکزشان بر نیازهای دیگران است و طرحواره محرومیت هیجانی در آنها فعال است، راهبردهای مقابله‌ای آنها به گونه‌ای است که نیازهایشان نامشخص و برآورده نشده است (ساری-آهو و همکاران، ۲۰۱۰). یانگ و همکاران (۲۰۰۳) معتقدند طرحواره ایثار باعث علایم اختلالات روانی، تجربه محرومیت هیجانی، خشم فروخورده و مشکلات هیجانی دیگر در بیمار می‌شود. از دلایل احتمالی آن این است که علایم جسمی به شکل غیرارادی یا ناخودآگاه در این بیماران جلب توجه دیگران را به همراه دارد. از آنجا که در روابط بین-فردی این بیماران تعادلی وجود ندارد و بیشتر به دیگران خدمت می‌کنند، بنابراین در مواقعی که واقعاً

¹ emotional deprivation (ED)

مریض باشند به دیگران اجازه نمی‌دهند از ایشان مراقبت کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). این نتیجه با نتایج تحقیقات انجام‌شده درباره وجود ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار و درد مزمن نیز هماهنگ بوده است (ساری‌آهو و همکاران، ۲۰۱۰؛ ساری‌آهو و همکاران، ۲۰۱۱؛ ریگ‌گم و همکاران، ۲۰۱۳؛ ساری-آهو و همکاران، ۲۰۱۲). نتایج تحقیق حاضر با نتایج تحقیقاتی که درباره وجود ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار با بیماری‌های مزمن جسمی صورت گرفته است نیز هماهنگی دارد (دامینو و همکاران، ۲۰۱۵؛ آندرسون و همکاران، ۲۰۰۶؛ فیلیپ و پری، ۱۹۹۷؛ آخانی و همکاران، ۱۳۹۱؛ مولودی و همکاران، ۱۳۸۹).

طبق تحقیقات انجام‌شده، وجود طرحواره‌های ناسازگار همانند طرحواره ایثار در مبتلایان به درد مزمن، پیامدهای روان‌شناختی مخربی به همراه داشته است. این موضوع، ضرورت هدف قرار دادن آنها را در فرایند درمان بیشتر از قبل آشکار می‌کند. طبق تحقیق ساری‌آهو و همکاران (۲۰۱۰) روی مبتلایان به درد مزمن، افرادی که نمرات معنی‌داری در طرحواره‌های ناسازگار به دست آورده بودند، درد شدیدتر و طولانی‌تر و ناتوانی بیشتری داشتند. همچنین در گروه زنان، طرحواره ایثار و در کل نمونه، محرومیت هیجانی، پیش‌بینی‌کننده ناتوانی درد بود و شدت درد و تعداد نقاط دردناک را تعیین می‌کرد. بیمارانی که نمرات بالایی در طرحواره‌های ایثار و معیارهای سرسختانه/عیب‌جویی افراطی به دست آورده بودند، در معرض خطر تشدید دردشان بودند. به علاوه طرحواره ایثار بیشتر از عامل سن، پیش‌بینی‌کننده ناتوانی ناشی از درد بود. طرحواره محرومیت هیجانی، بیشتر از متغیر سن و همانند

متغیرهایی چون شدت درد و تعداد نقاط دردناک، پیش‌بینی‌کننده ناتوانی ناشی از درد بود و با افزایش محرومیت هیجانی، بیمار مبتلا به درد مزمن، ناتوانی - بیشتری در زندگی کردن با درد و مقابله با درد احساس می‌کرد. طبق تحقیق این محققان طرحواره‌ها باعث رفتارهایی می‌شوند که درد را تشدید می‌کنند و از بین این طرحواره‌ها، طرحواره ایثار و معیارهای - سرسختانه اثرات انگیزشی بیشتری بر رفتارها دارند (ساری‌آهو و همکاران، ۲۰۱۰). طبق تحقیق ساری-آهو و همکاران (۲۰۱۱) نیز مبتلایان به درد مزمن که شدیدترین حد ناتوانی را داشتند، در همه طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد (رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، محرومیت هیجانی، نقص/شرم، انزوای اجتماعی/بیگانگی) نمرات بالاتری داشتند. طبق تحقیق ریگ‌گم و همکاران (۲۰۱۳) نیز مشخص شد در بیماران مبتلا به درد مزمن وجود ارتباط قوی‌تر بین طرحواره خود با طرحواره درد با شدت درد بالاتر و آشفتگی و درماندگی بیشتری همراه بوده است. ساری‌آهو و همکاران (۲۰۱۲) نیز با انجام تحقیقی روی ۵۴۷ بیمار مبتلا به درد مزمن و سالم متوجه شدند در مبتلایان به درد مزمن، وجود طرحواره‌های ناسازگار پیش‌بینی‌کننده افسردگی است. همچنین رنج‌های هیجانی اولیه، پیش‌بینی‌کننده افسردگی و افسردگی، ناتوانی درد را در مبتلایان به درد مزمن پیش‌بینی می‌کند. تحقیقات دیگر هم نشانگر وجود رابطه بین طرحواره ایثار با افسردگی بوده است. حتی طبق این تحقیقات طرحواره ایثار پیش‌بینی‌کننده افسردگی بوده است (ابرهارت و همکاران^۱، ۲۰۱۱؛ سیمونز و

¹ Eberhart & etal

همکاران^۱، ۲۰۰۶؛ شاه و والر^۲، ۲۰۰۰). همان‌طور که بحث شد طبق نظر یانگ و همکاران (۲۰۰۳) بیماری‌هایی که طرحوارهٔ ایشار در آنها فعال است، نیازهای دیگران را با میل خود و حتی به قیمت از دست دادن احساس رضایت شخصی ارضا می‌کنند. آنها مدام با این احساس دست‌وپنجه نرم می‌کنند که نیازهایشان به طور کافی ارضا نمی‌شود، به همین دلیل از محرومیت هیجانی نیز رنج می‌برند. در واقع راهبردهای مقابله‌ای این بیماران به گونه‌ای است که نیازهایشان نامشخص و برآورده نشده است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ یانگ، ۱۳۹۱)؛ بنابراین با هدف قراردادن طرحوارهٔ ایشار این افراد انتظار می‌رود پیامدهای روان‌شناختی منفی این طرحواره از جمله طرحوارهٔ محرومیت هیجانی و افسردگی نیز کاهش یابد؛ چراکه جهت‌گیری فرد از سمت ارضای نیازهای دیگران به سمت رفع نیازهای خود سوق پیدا می‌کند و روش‌های سازگارانه‌تری برای برطرف‌کردن نیازهایی چون نیازهای جسمیش می‌یابد.

همان‌طور که بیان شد مدل‌های مفهومی دردمزمن از جمله مدل استرس - ارزیابی لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) و مدل شبکه عصبی درد، نقش مهم طرحواره‌ها در تجربهٔ درد را تأیید و تأکید کرده‌اند که روش‌های درمانی باید طرحواره‌های ناسازگار افراد را ارزیابی و درمان کنند؛ چراکه این طرحواره‌ها تأثیر زیادی بر سازگاری بیمار با دردش دارند و حتی باعث ایجاد و یا تشدید درد می‌شوند. محققانی که در این حیطه متمرکز بوده‌اند نیز به این نتیجه دست یافته‌اند. کسانی چون بوییک^۳ (۱۹۹۷) و کاسل^۴

(۱۹۸۲) معتقدند به منظور درمان موفقیت‌آمیز بیمار، درمانگران باید در پی شناخت طرحواره‌ها و چهارچوب‌های ذهنی از بیمار باشند که بر اساس آن تجربیات بیماری خود را معنی می‌دهند. پون^۵ (۲۰۰۷) نیز بر اساس تحقیق خود به این نتیجه رسید که مداخلاتی که به دنبال کاهش توجه بر علائم جسمی در افراد مبتلا به جسمانی‌سازی هستند، باید راهکارهایی برای کاهش خلق غمگین و طرحواره‌های مرتبط با سن ارائه کنند. هم‌چنین ساری‌آهو و همکاران (۲۰۱۰) بر اساس تحقیق خود نتیجه گرفتند بسیاری از طرحواره‌های ناسازگار اولیه را که بررسی نکرده‌اند، احتمالاً در ایجاد مشکلات جسمی مزمن مثل درد مزمن و یا روش‌های مقابله‌ای آن نقش دارند و بهتر است ارتباط این طرحواره‌های ناسازگار با درد مزمن و مشکلات جسمی دیگر در مقایسه با افراد عادی بررسی شود و این تحقیق بر گروه نمونهٔ دیگر و فرهنگ دیگر اجرا شود (ساری‌آهو و همکاران، ۲۰۱۰). هم‌چنین این محققان بر اساس تحقیق خود نتیجه گرفتند رویکرد طرحواره‌درمانی یکی از ابزارهای کاهش درد مزمن و کاهش ناتوانی ناشی از درد در انسان است. با توجه به نظر یانگ (۱۹۹۹) در تأیید کاربرد طرحواره‌درمانی در درد - مزمن، احتمالاً طرحواره‌درمانی از روش‌های مؤثر برای کاهش درد مزمن، کاهش مسایل ناشی از درد - مزمن و مشکلات زیربنایی باشد که دردهای فرد را در تأثیر قرار می‌دهد و نوعی پیشگیری ثانویه برای افراد فراهم می‌کند. از این رو تحقیق حاضر به منظور بررسی نظریهٔ یانگ دربارهٔ وجود ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار با درد مزمن و اثربخشی طرحواره‌درمانی در کاهش مسایل و مشکلات ناشی

¹ Simmons & etal

² Shah & Waller

³ Buick

⁴ Cassel

⁵ Poon

خود در جلسات درمان، پژوهشگران را در انجام این تحقیق یاری کردند، تقدیر می‌شود.

منابع

آخانی، ا.؛ یزدی‌خواه، ز.؛ باقریان سروردی، ر. و خوروش، ف. (۱۳۹۱). بررسی نقش ادراک بیماری در رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سطح ناتوانی حرکتی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، سال دهم، شماره هفتم، ص ۶۱۸-۶۰۹.

آهی، ق.؛ محمدی‌فر، م. ع و بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). پایایی و اعتبار فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ، *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، سال سوم، ص ۲۰-۵.

اصغری، م. ع. (۱۳۸۳). میزان شیوع درد مزمن مستمر و عودکننده در میان کارکنان یک واحد صنعتی بزرگ در تهران و بررسی تأثیر درد بر زندگی روزانه و فعالیت اجتماعی آنها، *دانشور رفتار*، سال چهارم، ص ۱۴-۱.

ریزو، ل. پ.؛ تویت، پ. ال. د.؛ ایستن، د. ج. و یانگ، ج. (۱۳۹۰). *طرحواره‌های شناختی و باورهای بنیادین در مشکلات روان‌شناختی: راهنمای عملی برای متخصصان و درمانگران*، ترجمه رضا مولودی و سیما احمدی، تهران، انتشارات ارجمند.

صدوقی، ز.؛ گیلار وفایی، م.؛ رسولزاده طباطبایی، س. ک. و اصفهانیان، ن. (۱۳۸۷). تحلیل عاملی نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ در نمونه غیربالینی ایرانی، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایرانی*، سال دوم، ص ۲۱۹-۲۱۴.

از درد صورت گرفت. از آن‌جاکه شواهد تحقیقاتی در این باره اندک بوده است، پیشنهاد می‌شود تحقیقات بیشتر با حجم نمونه بالاتر و با طول مدت پیگیری بیشتر بر فرهنگ‌های مختلف اجرا شود تا میزان اثربخشی این راهکارها شفاف‌تر شود. لازم به ذکر است از جمله محدودیت‌های تحقیق حاضر، همکاری نکردن بیمارستان‌های شهر تهران برای اجرای پژوهش در آنها و سکونت نداشتن بسیاری از مراجعه‌کنندگان در کلینیک‌های درد و درمانگاه جراحی مغز و اعصاب در شهر تهران بود. با توجه به نتایج تحقیق حاضر مبنی بر اثربخشی روش‌های درمانی روان‌شناختی در مبتلایان به درد مزمن پیشنهاد می‌شود در سیاست‌های نظام بهداشتی، آموزشی و درمانی کشور برنامه‌هایی برای به‌کارگیری تخصص روان‌شناسی درد به منظور کنترل درد مزمن و آشناکردن متخصصان حیطه کنترل درد مزمن با ابعاد روان‌شناختی درد مزمن صورت گیرد.

تشکر و قدردانی

در این جا از آقای دکتر محمدعلی اصغری مقدم، آقای دکتر محمدرضا شعیری و آقای دکتر حسن حمیدپورحسن حمیدپور که در طول پژوهش با ارائه نظرات ارزشمند خود به پژوهشگران این تحقیق یاری رساندند، تشکر می‌شود. از همکاری آقای دکتر سیدمسعود هاشمی و سایر پزشکان متخصص کلینیک درد بیمارستان اختر و آقای دکتر مهرداد طاهری و سایر پزشکان متخصص کلینیک درد بیمارستان امام حسین (ع) شهر تهران و نیز آقای دکتر شیرزاد ازهری، ریاست درمانگاه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان امام حسین (ع) و سایر پزشکان متخصص آن تشکر می‌شود. در پایان از بیمارانی که با حضور

- Generation and Diathesis Stress Models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30, (1), 75-104.
- Jeffrey, M. (2009), *Integration of the Avoidance Cycle with the Schema Enmeshment Model of Pain: Relationship with Quality of Life and Disability in Chronic, Nonmalignant Pain*. Ph.D. Dissertation, University of Louisville.
- Johnson, S. A. (2008), *Cognitive Features, Self Management and Disability Level Associated with Chronic Back Pain*. Ph. D. Dissertation, University of Fordham.
- Lampe, A. Doering, S. Rumpold, G. Solder, E. Krismer, M. Rumbmair, K. Schubert, C. H. and Sollner, W. (2003), *Chronic Pain Syndromes and their Relation to Childhood Abuse and Stressful Life Events*. *Journal of Psychosomatic Research*, 54, 361-367.
- Lazarus, R. S., and Folkman, S. (1984), *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- McMahon, S. B., Koltzenburg, M., Tracey, I., and Turk, D. (2013), *Wall and Melzacks Textbook of Pain*. United States of America: Elsever.
- Philip, A. C. Perry, M. N. (1997), Illness Self-schemas in Depressed and Non depressed Rheumatoid Arthritis Patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, (3), 273-290.
- Pincus, T. Williams, A. (1999), Models and Measurements of Depression in Chronic Pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, (3), 211-219.
- Poon, C. Y. M. (2007), *Influence of Sad Mood and Old age Schema on Older Adult's Physical Symptoms Processing*. M. A. Thesis. University of Southern California.
- Poppe, C. Crombez, G. Devulder, J. Hanoulle, I. Vogelaers. D. and etal. (2011), Personality Traits in Chronic Pain Patients are Associated with Low Acceptance and Catastrophizing about Pain. *ActaClinicaBelgica*, 66, (3), 209-15.
- Ryckeghem, D. M. L. VaneDamme, S. D. Schryver, M. and Crombez, G. (2013), Implicit Associations between Pain and Self- Schema in Patients with Chronic Pain. *Pain*, 154, (12), 2700-2706.
- Saariaho, T. Sarriaho, A. Karila, I. and Joukamaa, M. (2012), Early Maladaptive Schema Factors, Pain Intensity, Depressiveness and Pain Disability: An Analysis of Biopsychosocial Models of عزیزپور، ی.؛ همتی، ف. ا. و سایه‌میری، ک. (۱۳۹۲)، بررسی میزان شیوع کم‌ر درد در طی زندگی در ایران: مطالعه مرور سیستماتیک و متاآنالیز، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سال ۱۸، ص ۱۱۲-۱۰۲.
- مولودی، ر.؛ دژکام، م.؛ موتایی، ف. و امیدوار، ن. (۱۳۸۹)، مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد چاق مبتلا به اختلال پرخوری و فاقد اختلال پرخوری، مجله علوم رفتاری، سال ۱۴، شماره ۲، ص ۱۱۴-۱۰۹.
- یانگ، ج. (۱۳۹۱)، *شناخت‌درمانی اختلالات شخصیت رویکرد طرحواره‌محور*، ترجمه علی صاحبی و حسن حمیدپور، تهران، انتشارات ارجمند.
- Anderson, K. Rieger. E. and Caterson, I. (2006), A Comparison of Maladaptive Schemata in Treatment-Seeking: Obese Adults and Normal Weight Control Subjects. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 245-252.
- Buick, D. L. (1997), *Illness Representations and Breast Cancer: Coping with Radiation and Chemotherapy* in. K. J. Petric & J. A. Weinman (Eds). *Perceptions of Health and Illness*. Harwood Academic Publishers.
- Carter, J. D. McIntosh, V. V. Jordan, J. Porter, R. J. Frampton, C. M. and Joyce, P. R. (2013), Psychotherapy for Depression: A Randomized Clinical trail Comparing Schema Therapy and Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Affective Disorders*, 151, 500.
- Cassel, E. J. (1982), The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *New England Journal of Medicine*, 306, (11), 639-645.
- Damino, S. R. Reece, J. Reid, S. Atkins. L. and Patton, G. (2015), Maladaptive Schemas in Adolescent Females with Anorexia Nervosa and Implications for Treatment. *Journal of Eating Behaviors*, 16, 64-71.
- Eberhart, N. K. Randy, P. Auerbac, H. and Bigda_Peyton, J. (2011), *Maladaptive Schemas and Depression: Tests of Stress*

- to Common Pain Condition in the U.S. Workforce. *JAMA*, 290, (18), 2443-2454.
- Turk, D. C. (2002), *A Cognitive Behavioral Perspective on Treatment of Chronic Pain Patients*, in. D. C. Turk. & R. J. Gatchel (Eds). *PsychoLogical Approaches to Pain Management: A Practitioners Handbook*, New York: Guilford Press.
- Waller, G. Meyer, C. Hanian, V. (2001), Psychometric Properties of the Long & Short Version of the Young Schema Questionnaire, *Cognitive Therapy and Research*, 25, (2), 137-147.
- Young, J. E. (1990), *Cognitive Therapy for Personality Disorders*. Sarasota FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (1999), *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema- Focused Approach*. Sarasota FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. and Weishaar, M. E. (2003), *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford.
- Pain. *Disability and Rehabilitation*, 34, (14), 1192-1201.
- Sarriaho, T. H, Saariaho, A. S., Karila, I. A. and Joukamaa, M. I. (2011), Early Maladaptive Schemas in Finnish Adult Chronic Pain Patients and a Control Sample. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, (2), 146-153.
- Sarriaho, T. H. J. Sarriaho, A. S. J. Karila, I. A. and Joukamaa, M. I. (2010), Early Maladaptive Schemas in Finnish Adult Chronic Male and Female Pain Patients. *Schandinavian Journal of Pain*, 1, 196-202.
- Shah, R. and Waller, G. (2000), Parental Style and Vulnerability to Depression: The Role of Core Beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, (1), 19-25.
- Simmons, J. Cooper, M. J. Drinkwater, J. and Stewart, A. (2006), Cognitive Schemata in Depressed Adolescent Girls and their Mothers. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 34, 219- 232.
- Stewart, W. F. Ricci, J. A. Chee, E. and etal. (2003), Lost Productive Time and Cost Due





شوریه‌گاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی