

SID



سرویس های ویژه



سرویس ترجمه تخصصی



کارگاه های آموزشی



بلاگ مرکز اطلاعات علمی



عضویت در خبرنامه



فیلم های آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی



مباحث پیشرفته یادگیری عمیق؛ شبکه های توجه گرافی (GAN)

مباحث پیشرفته یادگیری عمیق؛
شبکه های توجه گرافی
(Graph Attention Networks)



آموزش استفاده از وب آو ساینس

کارگاه آنلاین آموزش استفاده از
وب آو ساینس



کارگاه آنلاین مقاله روزمره انگلیسی

بهبود علائم بیماران مبتلا به افسرده‌خویی از خلال طرحواره درمانی

مصطفی اکبری پور بهادران^۱، مجتبی حبیبی^{۲*}، حسین عابدی پریجا^۳

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات ساوه

^۲ عضو هیئت علمی پژوهشکده خانواده، دانشگاه شهید بهشتی

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

تحقیقات مختلف نشان‌دهنده وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه متنوع در اختلال افسرده‌خویی است. از این رو، هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر طرحواره‌درمانی بر بهبود بیماران مبتلا به اختلال علائم افسرده‌خویی بود. ۷۵ نفر از میان کلیه زنان و مردان ۲۰ تا ۵۰ ساله ساکن شهرستان کرج و مبتلا به اختلال افسرده‌خویی، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ، پرسشنامه افکار خودآیند و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بود. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی موجب بهبود کمال‌طلبی، نیاز به راضی کردن دیگران و نشانه‌های افسردگی شده است. و همچنین طرحواره‌درمانی موجب بهبود ناسازگاری شخصی، امید به تغییر و ناامیدی و طرحواره‌های بی‌اعتمادی/بدرفتاری، نقص/شرم، خودتجول نیافته/گرفتار، استحقاق/بزرگ‌منشی و نحوه کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه شد. با توجه به اثربخشی طرحواره‌درمانی در درمان اختلال‌های مزمن و مقاوم به درمان مانند اختلال افسرده‌خویی و با توجه به نتایج به‌دست آمده، به نظر می‌رسد این روش درمانی در بهبود نشانه‌ها و علائم اختلال افسرده‌خویی موثر است.

کلید واژه‌ها: طرحواره درمانی؛ افسرده‌خویی؛ اختلال خلقی

مقدمه

اختلالات خلقی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است که به صورت خلق پایین در دوره‌های افسردگی و خلق بالا در دوره‌های شیدایی نمود پیدا می‌کند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). افسرده‌خویی، یک اختلال مزمن است که با خلق افسرده (یا تحریک پذیر در کودکان و نوجوانان) در اغلب روزها و ساعات مشخص می‌شود. پژوهش‌های همه‌گیرشناسی در ایران این اختلال را یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی به شمار آورده‌اند (باقری یزدی و همکاران، ۱۹۹۴). افراد مبتلا به اختلال افسرده‌خویی به دلیل داشتن افکار خودآیند و نگرش‌های ناکارآمد و عزت نفس پایین، سطح سازگاری پایین، بیش آگاهی بد و رضایت از زندگی پایینی دارند (کلارک و همکاران، ۱۹۹۹).

اختلال افسرده‌خویی به دلیل اینکه یک اختلال مزمن عودکننده است، اختلالی مقاوم به درمان توصیف می‌شود و زمانی که افسردگی درمان نشود یا درمان آن ناکارآمد باشد، ممکن است به نوبه‌ی خود مشکلات عمده بیشتری را سبب شود (چیو، ۲۰۰۶). از این رو برای درمان این اختلال باید از رویکردهایی استفاده کرد که کارایی بیشتری برای درمان اختلالات شخصیت و سایر اختلالات مقاوم به درمان دارند.

از درمان‌های نوین و موثر برای درمان اختلالات مقاوم به درمان می‌توان به رویکرد طرحواره درمانی یانگ اشاره کرد. طرحواره درمانی شکل تعدیل شده و تلفیقی شناخت درمانی است. فرض بر این است که تجربیات مبتنی بر غفلت و/یا سوء رفتار در دوران کودکی می‌تواند شکل‌گیری طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه را در پی داشته باشد. طبق نظر بک باید به طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان پایه‌ای ترین و اساسی‌ترین سطوح شناختی توجه کرد (ترینر و همکاران، ۲۰۰۲). با توجه به اینکه تحقیقات مختلف (حسینی فرد و همکاران، ۱۳۸۹)، نشان دهنده‌ی وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ی متنوع در اختلال افسرده‌خویی است، می‌توان با درمان این طرحواره‌ها از شدت علائم این اختلال کاست و افسرده‌خویی را درمان کرد. برخی از پژوهشگران اثربخشی طرحواره درمانی را بر اختلال افسردگی بررسی کرده‌اند. به عنوان مثال هلیمان و همکاران (۲۰۱۱)، نشان دادند که طرحواره درمانی موجب کاهش علائم افسردگی و بهبود این اختلال می‌شود.

به طور کلی در مورد اثر بخشی طرحواره درمانی بر بهبود افسردگی اطلاعات اندکی در دست است و در مورد نقش این درمان بر بهبود افسرده‌خویی پژوهشی صورت نگرفته است. بنابراین سوال مطرح شده در این پژوهش این بود که آیا طرحواره درمانی در بهبود بیماران مبتلا به اختلال علائم افسرده‌خویی نقش موثری دارد؟

روش

شرکت‌کنندگان

جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان و مردان ۲۰ تا ۵۰ ساله‌ای تشکیل داده که در سال ۱۳۹۱ ساکن شهرستان کرج بوده‌اند و به کلینیک‌ها و مراکز درمانی مراجعه کرده و مبتلا به اختلال افسرده‌خویی تشخیص داده شده‌اند. در تحقیقات آزمایشی حداقل حجم نمونه ۱۵ نفر در نظر گرفته شده است؛ اما برای پیش‌بینی افت آزمودنی‌ها و افزایش اعتبار بیرونی، از افراد واجد شرایط ۷۵ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل گمارده شدند. در پایان پژوهش به دلیل عدم همکاری و ادامه روند درمان، اندازه‌ی هریک از گروه‌ها به ۲۰ نفر کاهش یافت. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود و ملاک‌های ورود و خروج شامل: دامنه سنی

* e-mail: mo_habibi@mail.sbu.ac.ir

۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، فاقد تشخیص اختلالات سایکوتیک، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و رضایت بیمار در نظر گرفته شده است. این پژوهش از نوع آزمایشی است و به پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه انجام شده است.

ابزار

فرم کوتاه پرسشنامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF): این پرسش‌نامه ۷۵ پرسش دارد و آن را یانگ و براون در سال ۱۹۹۴ برای سنجش ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه ساخته‌اند. اعتبار آن به کمک آلفای کرونباخ برای همه طرح‌واره‌ها از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ به دست آمد (برازنده، ۲۰۰۵). هر پرسش بر یک مقیاس ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود؛ از نمره‌ی یک برای کاملاً نادرست تا نمره‌ی شش برای کاملاً درست. در این پرسشنامه هر پنج پرسش یک طرح‌واره را می‌سنجد. اعتبار و روایی این ابزار در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است. همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت مؤنث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۷ به دست آمد (یوسفی و همکاران، ۲۰۰۸). یوسفی و همکارانش (۲۰۰۸) روایی همزمان نمرات کل پرسشنامه با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روان‌شناختی، عاطفه مثبت و منفی، اعتمادبه‌نفس، آسیب‌پذیری شناختی برای افسردگی، علائم اختلال شخصیت و چک‌لیست ۹۰ سؤالی بررسی کردند و همبستگی برای شش ملاک یادشده را به ترتیب ۰/۳۷، ۰/۳۴، ۰/۴۰، ۰/۳۹، ۰/۳۵، ۰/۳۶ و ۰/۳۸ گزارش نمودند.

پرسشنامه افکار خودآیند (AQ): این پرسشنامه ۳۰ سؤال دارد که به‌منظور ارزیابی شناخت‌واره‌های افسردگی‌زای خودآیند طراحی شده است. هر کدام از سؤالات برحسب میزان فراوانی و میزان اعتقاد به افکار از یک تا پنج توسط مراجع درجه‌بندی می‌شوند. سگال، ویلیام و تیزدل (۲۰۰۲) این پرسشنامه را برای ارزیابی سریع میزان تغییر در خودگویی‌های مرجع افسرده تدوین کردند. سهولت در اجرا و نمره‌گذاری این آزمون باعث کاربرد فراوان شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط قاسم‌زاده و همکارانش (۲۰۰۵) به دست آمده است. نتایج این پژوهش نشان داد که ثبات درونی این پرسشنامه ۰/۹۶، اعتبار از طریق بازآزمایی ۰/۸۴ و ضریب همبستگی آن با BDI، ۰/۷۷ بود.

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS): این مقیاس توسط بک و وایسمن در سال ۱۹۷۸ تهیه شده است که ۴۰ سؤال دارد و از آزمودنی خواسته می‌شود میزان موافقت خود را با این سؤالات بر روی یک مقیاس هفت‌درجه‌ای مشخص کند. پژوهش‌ها نشان داده است همسانی درونی آن ۰/۹۰ و ثبات آن ۰/۷۳ است (ریپر، ۱۹۹۰). بک و وایسمن این مقیاس را برای ارزیابی طرح‌واره‌های افراد مبتلا به افسردگی ساختند. در پژوهشی با استفاده از روش بازآزمایی در یک گروه ۳۰ نفری، اعتبار ۰/۷۲ برای این مقیاس به دست آمده است.

شیوه‌ی اجرا

بعد از کسب مجوزهای لازم برای دسترسی به جامعه موردنظر به مراکز درمانی و بیمارستان‌های روان‌پزشکی مراجعه شد. از جمله مراکز درمانی که در این پژوهش به آن مراجعه شد کلینیک مشاوره برزو زارع، مرکز مشاوره صبح امید و کلینیک مشاوره آزادی بوده که آزمون افسردگی بک از مراجعینی که تمایل به همکاری را اعلام کردند گرفته شد. سپس برای آزمودنی‌ها در مورد منطق درمان و هدف پژوهشی درمان توضیحاتی داده شد و فرم رضایت‌نامه درمان توسط آنان تکمیل گردید، همچنین به آن‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. در مرحله بعد که همان پیش‌آزمون است، پرسشنامه‌ها به‌منظور اندازه‌گیری متغیرهای وابسته اجرا گردید. بعد از این مرحله با آزمودنی‌های گروه آزمایشی به‌منظور شرکت در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. جلسات درمانی یک بار در هفته هر دفعه به مدت ۴۵ دقیقه توسط پژوهشگر اجرا می‌شد. پس از اتمام جلسات درمانی، آزمودنی‌ها در هر دو گروه مجدداً ازلحاظ متغیر وابسته به‌عنوان پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. در نهایت داده‌های به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحلیل شدند. به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها در این تحقیق از روش‌های آماری شامل: محاسبه فراوانی، درصد، میانگین، انحراف معیار، تحلیل واریانس چندمتغیری MANOVA، آزمون تعقیبی توکی محاسبه شد که برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار کامپیوتری SPSS نسخه شانزدهم استفاده شده است.

برنامه مداخله طرح‌واره درمانی و محتوای جلسات آن به شرح زیر است:

— جلسه اول تا سوم: هدف این جلسات، سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای و فرمول‌بندی مشکل طبق رویکرد طرح‌واره درمانی است.

— جلسات سوم تا هشتم: هدف این جلسات شناسایی طرح‌واره‌ها و به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرح‌واره‌ها است و به آموزش تکنیک‌های شناختی، پرداخته می‌شود مثل آزمون اعتبار طرح‌واره.

— جلسات نهم تا چهاردهم: هدف اصلی این جلسات به‌کارگیری تکنیک‌های هیجانی است تا بیماران بتوانند به ریشه‌های تحول طرح‌واره‌ها در سطح هیجانی پی ببرند؛ زیرا بدون انجام این مراحل، الگو شکنی رفتاری بسیار سخت خواهد بود. به عبارتی می‌توان هدف این جلسات را تسهیل پردازش هیجانی قلمداد کرد.

— جلسات پانزدهم تا بیستم: هدف این جلسات، ترغیب بیماران برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد به‌منظور ارضاء نیازهای هیجانی اساسی است. در این جلسات به آموزش تکنیک‌های الگو شکنی رفتاری پرداخته شد مثل تصویرسازی موقعیت‌های مشکل‌آفرین، اولویت‌بندی رفتارها، تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، پی بردن به ریشه‌های تحولی رفتارها در دوران کودکی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم.

نتایج

نتایج بررسی اثر متغیر گروه‌های آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون اثر هتلینگ روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌های افکار خودآیند، حاکی از وجود اثر معنی‌دار گروه ($F(8,106)=9/891 / P<0/001$) است، جهت بررسی اثر متغیر گروه‌های آزمایش و کنترل در هر یک از خرده مقیاس‌های افکار خودآیند از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمره ناسازگاری شخصی و امید به تغییر ($F=17/656$) و ناامیدی ($F=7/275$) در دو گروه تفاوت معناداری به دست آمده است ($P<0/01$).

جدول ۱

مقایسه‌ی افکار خودآیند در دو گروه با استفاده از آزمون تعقیبی توکی

گروه	۱	۲	۳
۱- طرحواره درمانی	۳/۵۰**	-	۰/۶۰**
۲- کنترل	-۴/۱۰**	-۰/۶۰**	-
۱- طرحواره درمانی	۴/۰۵*	-	۲/۲۰*
۲- کنترل	-۱/۲۵**	-۲/۲۰*	-

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود طرحواره درمانی باعث بهبود ناسازگاری شخصی و امید به تغییر و کاهش میزان ناامیدی نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج بررسی اثر متغیر گروه‌های آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون اثر هتلینگ روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد، حاکی از وجود اثر معنی‌دار گروه ($F(8,106)=18/368 / P<0/001$) است، جهت بررسی اثر متغیر گروه‌های آزمایش و کنترل در هر یک از خرده مقیاس‌های نگرش‌های ناکارآمد از آزمون تحلیل واریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین نمره‌های کامل طلبی ($F=51/695$)، نیاز به تایید دیگران ($F=5/544$)، نیاز به راضی کردن دیگران ($F=10/122$)، آسیب‌پذیری و ارزشیابی عملکرد ($F=7/218$) در دو گروه تفاوت معناداری به دست آمده است ($P<0/01$).

جدول ۲

مقایسه‌ی نگرش‌های ناکارآمد در دو گروه با استفاده از آزمون تعقیبی توکی

گروه	۱	۲	۳
۱- طرحواره درمانی	-۳/۰۵**	-	۴/۱۰*
۲- کنترل	-۷/۱۵**	-۴/۱۰*	-
۱- طرحواره درمانی	-۳/۱۵	-	۲/۸۰
۲- کنترل	-۵/۹۵**	-۲/۸۰	-
۱- طرحواره درمانی	-۶/۷۰**	-	۲/۲۵**
۲- کنترل	-۸/۹۵**	-۲/۲۵**	-
۱- طرحواره درمانی	-۳/۸۰	۴/۱۵	-
۲- کنترل	-۴/۹۵**	-۴/۱۵	-

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود گروه طرحواره درمانی باعث بهبود کامل طلبی و نیاز به راضی کردن دیگران نسبت به گروه کنترل شده است. نتایج بررسی اثر متغیر گروه‌های آزمایش و کنترل با استفاده از آزمون اثر هتلینگ روی ترکیب خطی خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حاکی از وجود اثر معنی‌دار گروه ($F(30,84)=7/089 / P<0/001$) است، جهت بررسی اثر متغیر گروه‌های آزمایش و کنترل در هر یک از خرده مقیاس‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج نشان داد که بین میانگین تمامی طرحواره‌ها و نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($F=68/412$) در دو گروه تفاوت معنی داری به دست آمده است ($P<0/01$).

جدول ۳

مقایسه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دو گروه با استفاده از آزمون تعقیبی توکی

گروه	۱	۲	۳
۱- طرحواره درمانی	۱/۹۰	-	۴/۰۰**
۲- کنترل	-۵/۹۰**	-۴/۰۰**	-
۱- طرحواره درمانی	۳/۷۰**	-	۲/۱۵
۲- کنترل	-۵/۸۵**	-۲/۱۵	-
۱- طرحواره درمانی	۳/۲۵*	-	۴/۳۵**
۲- کنترل	-۴/۶۰**	-۴/۳۵**	-
۱- طرحواره درمانی	۳/۰۵*	-	۳/۲۰**
۲- کنترل	۳/۲۵**	۳/۲۰**	-

۲/۷۵**	-	-/۴۰	۱- طرحواره درمانی	انزوای اجتماعی / بیگانگی
-	-۲/۷۵**	-۲/۳۵*	۲- کنترل	
۴/۸۵	-	۲/۹۰	۱- طرحواره درمانی	وابستگی / بی کفایتی
-	-۴/۸۵	-۲/۷۵**	۲- کنترل	
۴/۳۰**	-	۲/۶۰	۱- طرحواره درمانی	آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری
-	-۴/۳۰**	-۳/۹۰**	۲- کنترل	
۳/۶۰**	-	۴/۸۰**	۱- طرحواره درمانی	خود تحول نیافته/گرفتار
-	-۳/۶۰**	-۲/۴۰**	۲- کنترل	
۴/۰۵**	-	۱/۴۵	۱- طرحواره درمانی	شکست
-	-۴/۰۵**	-۳/۵۰**	۲- کنترل	
۳/۴۵*	-	۴/۷۰**	۱- طرحواره درمانی	استحقاق / بزرگ منشی
-	-۳/۴۵*	-۳/۱۵**	۲- کنترل	
۳/۴۰	-	۳/۱۰**	۱- طرحواره درمانی	خوب شدن داری و خود انضباطی ناکافی
-	-۳/۴۰	-۲/۷۰**	۲- کنترل	
۲/۴۰*	-	۲/۵۵	۱- طرحواره درمانی	اطاعت
-	-۲/۴۰*	-۱/۹۵**	۲- کنترل	
۲/۹۵*	-	۲/۵۵	۱- طرحواره درمانی	ایثار
-	-۲/۹۵*	-۱/۵۰**	۲- کنترل	
۴/۸۰	-	۰/۳۰**	۱- طرحواره درمانی	بازداری هیجانی
-	-۴/۸۰	-۳/۳۰**	۲- کنترل	
۲/۱۵	-	۳/۸۵**	۱- طرحواره درمانی	معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی
-	-۲/۱۵	-۱/۳۰**	۲- کنترل	

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود طرحواره درمانی باعث بهبود و کاهش طرحواره‌های بی اعتمادی/بدرفتاری، نقص/ شرم، خود تحول نیافته/ گرفتار، استحقاق/ بزرگ منشی و نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه نسبت به گروه کنترل شده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که طرحواره درمانی باعث بهبود و کاهش نشانه‌های طرحواره‌های محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری، شکست، ایثار و اطاعت نسبت به گروه کنترل شده است. و همچنین نتایج نشان داد که این روش باعث بهبود و کاهش طرحواره‌های بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه/ عیب جویی افراطی، خوب شدن داری/ خود انضباطی ناکافی نسبت به گروه کنترل می‌شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود علائم بیماران مبتلا به افسرده خوبی بود. نتایج پژوهش نشان داد که در گروه طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل، بطور معناداری افسردگی کاهش یافته است که نشان‌دهنده تأثیر این روش در کاهش افسردگی است. این یافته با نتایج مطالعات (حسینی فرد و همکاران، ۱۳۸۹)، (یانگ و همکاران، ۲۰۰۱) و (هلیمان و همکاران، ۲۰۱۱) همسو می‌باشد. در نتیجه منطقی به نظر می‌رسد که طرحواره درمانی با ترکیب رویکردهای مختلف در قالب یک مدل درمانی در درمان بیماران مبتلا به افسردگی مزمن مؤثر واقع شود. یکی دیگر از بخش‌های رویکرد طرحواره درمانی، تمرکز روی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد بیماران است که از دوران کودکی شکل گرفته و تا بزرگسالی ادامه پیدا کرده‌اند. بر اساس مطالعات انجام شده، تغییر دادن سبک مقابله‌ای در افراد مبتلا به اختلال افسرده خوبی با کاهش نشانه‌های افسردگی همراه بوده است (هلیمان و همکاران، ۲۰۱۱). که طرحواره درمانی با به کار بردن تکنیک‌های مربوط به تغییر دادن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، سعی در تغییر دادن این سبک‌ها در بیماران می‌کند. در مورد طرحواره‌های ناسازگار اولیه نتایج پژوهش نشان داد که در گروه طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل، بطور معناداری طرحواره‌های بی اعتمادی/بدرفتاری، نقص/ شرم، خود تحول نیافته/ گرفتار، استحقاق/ بزرگ منشی، محرومیت هیجانی، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری، شکست، ایثار و اطاعت و نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه کاهش یافته است که نشان‌دهنده تأثیر این روش در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. این یافته با مطالعات (حسینی فرد و همکاران، ۱۳۸۹)، (یانگ و همکاران، ۲۰۰۱) و (هلیمان و همکاران، ۲۰۱۱) همسو است. در مورد افکار خودآیند نتایج پژوهش نشان داد که در گروه طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل، بطور معناداری ناسازگاری شخصی و امید به تغییر و ناامیدی کاهش یافته است که نشان‌دهنده تأثیر این روش در کاهش این مقیاس‌های افکار خودآیند است. در تبیین این نتایج می‌توان چنین گفت افکار خودآیند منفی یکی از سطوح سطح عمده تفکر در شروع، حفظ و تسریع افسردگی است که بیماران می‌توانند با استفاده از تکنیک‌های طرحواره درمانی به فرضیه‌آزمایی افکار ناامیدی و ناسازگاری شخصی بپردازند و برانگیخته شدن این افکار خودآیند منفی و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود آن‌ها مهیا می‌شود. استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌گردد فرد افکار اصلی را شناخته آن‌ها را به زندگی فعلی خود ربط دهد. علاوه بر این موجب ارتقاء درک بیمار و کمک به او در جهت حرکت از شناخت

عقلانی به سمت تجربه کردن هیجانی می‌شود. در تکنیک گفتگوی خیالی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیه هیجانی مهیا ساخته و باعث فاصله گرفتن از افکار می‌شود. بررسی میزان اثربخشی برآزمودنی‌ها نشان می‌دهد که به طور کلی این روش درمانی در کاهش افسردگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و افکار خودآیند و نگرش‌های کژکار موثر بوده‌اند و چنین استنتاج می‌شود که طرحواره درمانی روشی است که دارای قابلیت پذیرش در درمان افسردگی است و مقایسه نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون درهمه‌ی ابعاد نشان داد که آزمودنی‌ها به بهبود دست یافته‌اند و در نتیجه کاربرد این شیوه‌درمانی، اثرات جانبی خاصی دیده نشد.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰). چهارمین راهنمای تشخیصی و اماری اختلالات روانی. ترجمه نیکخویی. تهران: انتشارات سخن.
- Barazandeh, H. (2005). *Criteria related to communication and early maladaptive schemas and marital adjustment*. Ma Thesis unspread. Ferdowsi University of Mashhad.
- Birjandi1.S., Sheykh Mahmoudi. H., & Abdolahi, M. (2012). Effects of Schema Therapy Instructions on the Depressed Patients'Irrational Thinking. *Journal of Basic Applcatinao Science*, 2(9), 8719- 8724.
- Chew, C. E. (2006). The effect of dialectical behavioral therapy on moderately depressed adults: A multiple baseline design. Unpublished Ph.D. Dissertation. University of Denver. College of psychology.
- Clarck, D., Beck, A., & Alford, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. NewYork: John Wiley & Sons, Inc.
- Ghasemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani (2005). Psychometric of a person language version of the Beck Depression Inventory- second Edition: BDI-II. *Depression and Anxiety*, 21, 182- 192.
- Heilemann, M., Pieters, H., Kehoe, P., & Yang, Q. (2011). Schema therapy, motivational reviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas. *Journal of Behavior therapy and experimental Psychiatry*, 42, 473- 480.
- Hosseinfard, S., Dolatshahi, B., Dadkhaah, A., & Mohamadkhani, P. (2011). The efficacy of schema therapt on women suffering from Dysthymia disorder: reduction of depression severity and early maladaptive schema. *Journal of American science*, 7 (9), xx- xx.
- Repiar, W. (1990). Depression. In W. Lindsay & G. E. Powel (ED). *The handbook of clinical adult psychology* (pp 92-109).
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression*. NewYork: Guilford Press.
- Traner, R., O'Donova, C., Chandarana, P., & Kennedy, S. (2002). Prevalence and outcome of partial remission in depression. *J Psychiatr Neurosci*, 27(4), 7- 241.
- Young, j. E ., weinberger, A. D., & Beck, A.T. (2001). *Cognitive therapy for depression . clinical handbook of psychological disorders*. NewYork: Guilford press.

SID



سرویس های
ویژه



سرویس ترجمه
تخصصی



کارگاه های
آموزشی



بلاگ
مرکز اطلاعات علمی

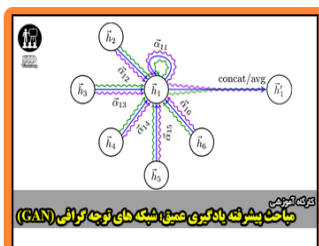


عضویت در
خبرنامه



فیلم های
آموزشی

کارگاه های آموزشی مرکز اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی



مباحث پیشرفته یادگیری عمیق؛
شبکه های توجه گرافی
(Graph Attention Networks)



کارگاه آنلاین آموزش استفاده از
وب آوساینس



کارگاه آنلاین مقاله روزمره انگلیسی