

# بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اختلال افسردگی اساسی عود کننده

مسیب یارمحمدی واصل<sup>۱</sup>

احمد برجعلی<sup>۲</sup>

محمود گلزاری<sup>۳</sup>

علی دلاور<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۵

تاریخ وصول: ۹۱/۶/۱۸

## چکیده

**هدف:** نظریه طرحواره برای بیماران با مشکلات روان‌شناختی مزمن که موفقیت قابل توجهی در درمان شناختی به دست نمی‌آوردند، رشد یافت. اگرچه این نظریه اغلب برای اختلالات شخصیت به کار می‌رود، اما می‌تواند برای اختلال افسردگی برنامه درمانی مناسبی باشد. بنابراین این پژوهش با این هدف آغاز شد که نشان دهد آیا طرحواره درمانی بر بهبود علائم افسردگی اساسی عودکننده مؤثر است یا خیر؟ **روش:** این پژوهش بر اساس طرح آزمایشی تک آزمودنی با روش خط پایه چندگانه بر روی ۶ آزمودنی (۲۰-۳۰ سال) که دارای اختلال افسردگی اساسی بودند، انجام گرفت. داده‌ها به وسیله پرسشنامه‌های (۱) افسردگی بک (۲) طرحواره‌های یانگ (۳) مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I در DSM-IV به دست آمد. با انجام مصاحبه بالینی و تشخیص اختلال افسردگی اساسی، طرحواره درمانی در ۱۲ جلسه ۶۰ - ۴۵ دقیقه‌ای (تقریباً هر هفته یک جلسه) اعمال شد. که پیش از مداخله، حین مداخله و پس از پایان مداخله آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** تحلیل داده‌ها اثر بخشی نسبی طرحواره درمانی را در کاهش علائم اختلال افسردگی اساسی

۱ - دکترای تخصصی روانشناسی، هیئت علمی دانشگاه بوعلی سینا. گروه روانشناسی، همدان؛ Vase1999@Yahoo.com

۲ - هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران

۳ - هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران

۴ - هیأت علمی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران

عودکننده و اصلاح و بهبود طرحواره‌های ناکارآمد اولیه افراد افسرده نشان داد. **نتیجه گیری:** بنابراین با شناسایی طرحواره‌های افسرده ساز می‌توان آنها را هدف درمان قرار داد و با مداخلات درمانی متمرکز بر طرحواره موجب تغییر و اصلاح آنها شد.

**واژگان کلیدی:** طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، طرحواره درمانی، افسردگی اساسی عودکننده، تک آزمودنی.

### مقدمه

افسردگی<sup>۱</sup> رایج‌ترین اختلال روانی است اخیراً به شدت رو به افزایش است. افسردگی به دلیل شیوع زیاد آن، سرماخوردگی بیماری‌های روانی نامیده می‌شود. تقریباً همه در طول زندگی خود به صورت خفیف احساس افسردگی کرده‌اند. احساس دماغی، بی‌حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دل‌سردی و ناخشنودی، همگی تجربیات افسردگی رایج هستند (روزنهان<sup>۲</sup> و سلیگمن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۷۹).

اختلالات خلق شامل طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی بسیار شایع است. حدود ۸/۲۰ درصد از جمعیت در زمانی از زندگی خود یک اختلال خلقی تجربه می‌کنند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). اختلال افسردگی، اختلالی مزمن، عودکننده و ناتوان ساز است ۳۰ درصد افراد افسرده دچار افسردگی مزمن می‌شوند و ۵۰ درصد کسانی که تجربه افسردگی را دارند در سال‌های بعد مجدداً آن را تجربه خواهند کرد (کلگهورن<sup>۴</sup> و لی<sup>۵</sup>، ۱۹۹۱).

اطلاعاتی که فرد افسرده از جهان خارج می‌گیرد در شبکه پیچیده‌ای از دانسته‌ها و اطلاعات قبلی مورد تفسیر و معنی‌یابی قرار می‌گیرند. تقریباً هیچ دریافتی از محرک‌ها و رویدادهای زندگی وجود ندارد که به نحوی تحت تأثیر دریافت‌های قبلی قرار نگیرد. از

- 
1. Depression
  2. Rosenhan, D
  3. Seligman, M
  4. Cleghorn, J
  5. Lee, B

زمان‌های قدیم درباره تأثیر دریافت‌های قبلی در ادراک‌ها و تصورات جدید نظریاتی عنوان شده است. اما در روان‌شناسی شناختی برای توضیح این اثر از ساز و کارها و مفاهیم مختلفی استفاده شده است: یکی از قوی‌ترین سازوکارها و مفاهیمی که در این مورد به کار رفته طرحواره<sup>۱</sup> است که از زمان بارتلت، پیازه و سپس بک وارد علوم شناختی شده است.

طرحواره‌ها را می‌توان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه، یا مجموعه سازمان یافته‌ای از اطلاعات، باورها و فرض‌ها دانست، محتوای هر طرحواره از طریق تجربه‌های زندگی فردی ساخته و پرداخته می‌شود، سازمان می‌یابد، در ادراک و ارزیابی اطلاعات جدید مورد استفاده قرار می‌گیرد.

طرحواره‌ها سازمان‌بندی اطلاعات وارده را به صورت مجموعه معلوماتی که خود نمونه‌های مشخص آن طرحواره به حساب می‌آیند جهت می‌بخشند و این خصوصیت نشان‌دهنده پردازش هدفمند از طریق دخالت دادن حافظه فعال است. بنابراین طرحواره‌ها ساختار اطلاعات را در حافظه سازمان می‌دهند و برای آنکه اطلاعات بتواند به صورتی درست درک شود، شکل مطلوبی به آن می‌بخشند و نشان می‌دهند کجا و چگونه باید به دنبال این اطلاعات رفت. اطلاعات ناکارآمد با طرحواره توجه بیشتری را به خود جلب می‌کنند و در یاد غنی‌تری را به خود اختصاص می‌دهند ولی اطلاعات سازگار با طرحواره به را حتی در حافظه بازیابی می‌شوند.

شواهد عمده برای حمایت از نظریه وجود پردازش طرحواره‌ای در افسردگی در مطالعات مربوط به خلق و حافظه آشکار شده است. بک (۱۹۶۷، ۱۹۷۹) معتقد است که حوادث منفی قبلی، بنا به فرض، در شکل طرحواره‌هایی در حافظه رمزگردانی می‌گردند و موقع وقوع حوادث مشابه، فعال شده و تعبیر و تفسیر اطلاعات جدید را تحت تأثیر قرار می‌دهند. طرحواره‌های افسردگی شامل اطلاعات گزاره‌ای (فرضیه‌های اساسی) هستند مبنی بر اینکه

---

1. Schema

«خود، ناتوان، دنیای بیرون پر از مشکلات و آینده، ناامید کننده است. رُده<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۱) با بررسی طرحواره افراد افسرده نشان دادند که طرحواره منفی افراد افسرده از خود، دنیا و آینده در آسیب پذیری آنها مؤثر است. جان<sup>۲</sup> و جاناتان<sup>۳</sup> (۲۰۰۵) یافتند که طرحواره منفی از خود، دنیا و آینده یک عامل زمینه ساز برای شروع افسردگی در زنان است.

براساس نظریه شناختی بک (۱۹۸۷) افرادی که طرحواره‌های شناختی منفی و یا باورهای هسته‌ای منفی دارند، خیلی زیاد در خطر ابتلا به افسردگی هستند. وقتی یک رویداد پر استرس در زندگی آنها رخ می‌دهد، طرحواره‌های شناختی منفی فعال می‌شوند، در نتیجه بر تفسیر فرد از این رویداد تأثیر می‌گذارد و منجر به نشانه‌های افسردگی می‌شود. شواهد قابل توجهی از نظریه استرس آسیب پذیری شناختی برای اختلالات خلق و اضطراب حمایت می‌کنند (هانکین و همکاران، ۲۰۰۴، رناردون و ویلیامز، ۲۰۰۷).

در نظریه شناختی افسردگی بک (۱۹۶۷، ۱۹۸۷) طرحواره خود منفی<sup>۴</sup> نشان دهنده عوامل آسیب پذیری کلیدی اختلال افسردگی است. یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه به عنوان نشانگر آسیب پذیری برای افسردگی هستند و آنها باعث می‌شوند افسردگی به عنوان یک اختلال جدی و برگشت پذیر درآید، پس لازم است عوامل آسیب زای دراز مدت افسردگی شناسایی و با این عوامل آسیب زای مقابله شود (هالورسن و همکاران، ۲۰۱۰).

اسلون<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) اثرات «طرحواره خود» را بر روی افسردگی، اضطراب و خشونت مورد پژوهش قرار داد. او در این پژوهش فرض می‌کند که نمره بالا در انعطاف پذیری و طرحواره‌های کارآمد می‌تواند با نمره پایین در افسردگی و اضطراب مرتبط باشد. این پژوهش نشان داد که «طرحواره خود» بر روی افسردگی، دیدگاه فرد از خود، تظاهرات هیجانی

---

1. Rude, S

2. Jon, H

3. Jonathan, E

4. Negative self-schemas

5. Slone, R

افسردگی، اضطراب و خشونت مؤثر است. همچنان که پیش بینی می‌شد طرحواره انعطاف‌ناپذیر منفی در افسردگی و اضطراب مزمن وجود داشت.

اشمیت<sup>۱</sup> و جوینر<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) در تحقیقی با عنوان «طرحواره ناکارآمد، رویدادهای منفی زندگی و ناراحتیهای روانشناختی نشان دادند که طرحواره به علاوه رویدادهای منفی زندگی باعث ناراحتیهای روانشناختی شدیدتری می‌شود. بنابراین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و تجارب منفی زندگی هر یک به طور مستقل در اختلالات روانشناختی دخیل هستند.

یانگ<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) فرد مستعد افسردگی و یا آسیب‌پذیر در برابر افسردگی را فردی می‌داند که در وی یک یا چند طرحواره یا ساختارهای شناختی افسردگی رشد کرده باشد. طرحواره یا ساختار شناختی، جزء نسبتاً پایدار سازمان‌بندی شناختی است که اطلاعات وارده را دسته‌بندی، رمزگردانی و ارزیابی می‌نماید، از طریق طرحواره‌هاست که اطلاعات خام تبدیل به شناخت می‌شود.

اشمیت و همکاران (۱۹۹۵) مک‌گین<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۵) بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و افسردگی رابطه معنی‌داری یافتند و نشان دادند که افراد با طرحواره‌های ناکارآمد اولیه<sup>۵</sup> نسبت به افسردگی آسیب‌پذیر هستند. همچنین ولبرن<sup>۶</sup> و همکاران (۲۰۰۲) یافته‌اند بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و نشانه‌های روانپزشکی در بین بیماران مبتلا به طیف گسترده‌ای از اختلالات روانی و بیماری‌های همراه رابطه معنی‌داری وجود دارد. نتایج پژوهش آنها نشان داد که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه ۴۷ درصد از واریانس علائم افسردگی را تبیین می‌کنند. ۱۲ تا ۱۵ درصد طرحواره‌های ناکارآمد اولیه به طور قابل توجهی با علائم و نشانه‌های افسردگی در

---

1. Schmidt, N  
2. Joiner, T  
3. Young, J  
4. McGin, L  
5. Early maladaptive schemas. (EMS)  
6. Welburne, K

ارتباط بودند و طرحواره رهاشدگی<sup>۱</sup> و خود کنترل ضعیف<sup>۲</sup> سهم منحصر به فردی برای پیش بینی افسردگی داشت.

در نظریه یانگ و همکاران (۲۰۰۳) محتوای طرحواره‌های ناکارآمد اولیه بخشی از آسیب پذیری برای افسردگی است و انواع طرحواره‌های ناکارآمد اولیه مانند خود کنترلی ضعیف نشان دهنده اجتناب فرد از درد و ناراحتی ناشی از تعارض و مسئولیت است و طرحواره‌های ناکارآمد بزرگنمایی نشان دهنده جبران بیش از حد طرحواره ناکارآمد احساس محرومیت (طرحواره طرد) می‌باشد. استوپا<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۱) در ارزیابی ارتباط بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و نشانه‌های افسردگی دریافتند که ۱۰ الی ۱۴ تا از طرحواره‌های ناکارآمد اولیه به طور قابل توجهی با علائم و نشانه‌های افسردگی در ارتباط هستند، در این پژوهش طرحواره‌های ناکارآمد اولیه رهاشدگی، نقص / شرم، اطاعت و از خود گذشتگی ۴۳ درصد از واریانس افسردگی را تبیین کردند. یک مطالعه دیگر در یک نمونه بالینی مختلط اعتبار سازه طرحواره‌های ناکارآمد را در پیش بینی نشانه‌های افسردگی با رگرسیون چندگانه ارزیابی کردند. نتایج نشان داد که طرحواره رهاشدگی به میزان قابل توجهی پیش بینی کننده علائم افسردگی است (گلیزر و همکاران، ۲۰۰۲).

ریسو<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۰۳) حوزه‌های طرحواره را در افراد مبتلا به افسردگی اساسی<sup>۵</sup> (MDD) و افسردگی مزمن با افراد سالم مورد مطالعه قرار داده‌اند، یافته‌ها نشان داد افراد مبتلا به افسردگی اساسی و افسردگی مزمن نمره بالاتری از گروه کنترل در تمام حوزه‌های طرحواره به دست آوردند، اما نمره طرحواره افراد مبتلا به افسردگی مزمن بیش از نمره طرحواره افراد مبتلا به افسردگی اساسی بود و افراد مبتلا به افسردگی مزمن نمرات بالاتری در طرحواره‌های

- 
1. Abandonment/Instability
  2. Insufficient self-control/self-discipline
  3. Stopa
  4. Riso
  5. Major depressive disorder (MDD)

عدم دلبستگی، طرد، استقلال و خودمختاری مختل و مراقبت بیش از اندازه داشتند. این یافته نشان می‌دهد که افسردگی مزمن به شدت با طرحواره‌های ناکارآمد اولیه مرتبط است.

نظریه طرحواره برای بیماران با مشکلات روانی مزمن که موفقیت قابل توجهی در درمان شناختی بدست نمی‌آوردند، رشد یافت. این نظریه اغلب برای اختلالات شخصیت، اختلالات خلق (افسردگی) و اضطراب برنامه درمانی مناسبی است. بنابراین تحقیقات نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلال افسردگی سطوح بالایی از طرحواره‌های ناکارآمد اولیه دارند و طرحواره درمانی ممکن است در درمان این اختلال مؤثر باشد (هاک و پرو ونچر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱).

طرحواره درمانی<sup>۲</sup> (ST) شامل ارزیابی طرحواره‌ها با یک پروتکل درمانی است. یانگ معتقد است که طرحواره الگوی ثابت و درازمدتی است که در دوران کودکی به وجود آمده و تا زندگی بزرگسالی نیز ادامه یافته است. ما از طریق این طرحواره‌ها به جهان نگاه می‌کنیم، طرحواره‌ها باورها و احساسات مهمی در مورد خود و محیط می‌باشند که افراد آنها را بدون چون و چرا پذیرفته‌اند آنها خود تداوم بخشند و در برابر تغییر مقاومت زیادی نشان می‌دهند. معمولاً این طرحواره‌ها به غیر از بافت درمانی در جای دیگری تغییر نمی‌کنند. حتی موفقیت قاطع در زندگی نیز برای تغییر آنها کافی به نظر نمی‌رسند طرحواره‌ها برای زنده ماندن نشان می‌جنگند و اغلب در این راه موفق‌اند (یانگ، ۱۹۹۰).

نظریه طرحواره و طرحواره درمانی به طور گسترده‌ای برای درمان اختلالات شخصیت به کار رفته است. همچنین مدل طرحواره نیز برای اختلالات خلق و افسردگی به کار می‌رود (گرین و همکاران، ۲۰۱۰). نظریه طرحواره دارای پیامدهای بالینی مهمی است، یانگ و همکاران (۲۰۰۳) در باره تأثیر هر طرحواره ناکارآمد اولیه بر فرایند درمانی بحث می‌کنند و برای هر یک رویکرد درمانی خاصی توصیه می‌کنند. آنها شکلی منسجم از روان درمانی شناخته شده به نام طرحواره درمانی (ST) را توسعه دادند، رویکردی که تکنیک‌های متعددی

---

1. Hawke & Provencher  
2. Schema Therapy

از مکاتب روان‌درمانی مختلف به کار می‌برد. تحقیقات نشان داده است که طرحواره درمانی برای درمان اختلالات شخصیتی مؤثر است (گوآد و هوفارت<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸).

بال<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) نقش طرحواره درمانی را در مدیریت علائم اختلال افسردگی را مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند که طرحواره درمانی با موفقیت خلق و خو، تجارب رشدی و آسیب پذیری شناختی آنها را تغییر می‌دهد. همچنین آنها یافتند که درمان شناختی متمرکز بر طرحواره بر بهبود علائم اختلال دو قطبی مؤثر است و میزان برگشت آن را به طور معنی داری کاهش می‌دهد. به نظر یانگک چون طرحواره درمانی، بر عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید می‌کند و در پی آنست که هسته مرکزی مشکل را اصلاح نماید از میزان موفقیت بالایی در درمان اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور I مانند افسردگی واضطراب و جلوگیری از برگشت افسردگی برخوردار است (یانگک و همکاران، ۲۰۰۳).

افرادی که به اختلال افسردگی اساسی عودکننده مبتلا هستند دارای طرحواره‌ها و رفتارهای خودآسیب رسانی هستند که در برابر تغییر از طریق فنون رفتاری، شناختی و ... مقاوم هستند و از آنجایی که طرحواره‌های ناکارآمد اولیه در ایجاد و تداوم علائم افسردگی اساسی دخالت دارند و بیشتر مشکلات بالینی دارای تاریخچه تحولی هستند، تغییر در صورتی در بهترین حالت است که به صورت تحولی یا پدید آیی انجام شود و طرحواره‌های کهنه را که مقاوم‌ترین مشکلات بالینی هستند را به چالش بکشید. چون طرحواره درمانی بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی، کشف و اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد اولیه تأکید دارد، می‌تواند موفقیت بالایی داشته باشد.

یکی از مشکلات مهم روان‌پزشکان و روان‌درمانگران در رابطه با بیماران افسرده، بازگشت مجدد این بیماری پس از درمان‌های ظاهراً موفقیت آمیز است، و بنابر تحقیقات موجود بیماری افسردگی - اگرچه با شیوه‌های مختلف قابل درمان است - دارای پیش‌آگهی

---

1. Gude & Hoffart

2. Ball & Mitchell & Malhi & Skillecorn



نامطلوبی است. حداقل نیمی از افراد درمان شده تا ۶ ماه بعد از درمان دوباره به این بیماری مبتلا می‌شوند و این میزان برای دو سال پس از درمان ۷۵ درصد است. بنابراین، برای درمان افسردگی به درمان‌هایی با اثربخشی بالا و میزان عود پایین نیازمندیم. بنابراین برای بررسی میزان اثربخشی طرحواره درمانی لازم است که پژوهش‌هایی آزمایشی و کنترل شده انجام شود. با توجه به آنچه ذکر گردید، هدف پژوهش حاضر آن است که اثربخشی طرحواره درمانی را بر روی اختلال افسردگی اساسی عود کننده بررسی نماید.

### روش

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک موردی<sup>۱</sup> با روش خط پایه چندگانه<sup>۲</sup> استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه افراد ۲۰ تا ۳۰ سال مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه کننده به مرکز مشاوره سبا (تهران) در سال ۱۳۸۶ بود. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره سبا تعداد ۶ نفر انتخاب شدند. اطلاعات و داده‌های لازم به وسیله پرسشنامه‌های خود گزارشی: (۱) پرسشنامه افسردگی بک<sup>۳</sup> (BDI) (۲) پرسشنامه طرحواره‌های یانگ<sup>۴</sup> (YSQ) (۳) مصاحبه تشخیص افسردگی با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I در DSM-IV (SCID-I)<sup>۵</sup> به دست آمد. بدین طریق که در مراحل اولیه درمان (خط پایه) ابتدا مصاحبه بالینی ساختاریافته به وسیله SCID-I انجام شد. پس از تأیید تشخیص اختلال افسردگی اساسی عود کننده و رضایت شخصی، مراجع مورد پیش آزمون قرار گرفته، سپس طرحواره درمانی در ۱۲ جلسه ۶۰ - ۴۵ دقیقه‌ای (تقریباً هر هفته یک جلسه) اجرا شد. در هنگام مداخله و پس از پایان مداخله آزمودنی‌های پژوهش، پرسشنامه‌های مربوط (BDI و YSQ) را تکمیل کردند.

1. Single case experimental design
2. Multiple baseline
3. Beck depression inventory(BDI)
4. Young schema questionnaire(YSQ)
5. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders(SCID-I)

ابزارهای پژوهش عبارتند از: پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ (YSQ): این پرسشنامه یک ابزار ۷۵ سؤالی برای سنجش طرحواره های ناکارآمد اولیه است. یانگ (۱۹۹۸) این پرسشنامه را از روی فرم پرسشنامه اصلی (فرم ۲۰۵ آیتمی) طراحی کرد. پرسشنامه طرحواره یانگ (YSQ) برای ارزیابی ۱۵ طرحواره ناکارآمد اولیه (رهاشدگی، بی اعتمادی، نقص، انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی، وابستگی، آسیب پذیری به ضرر، خود تحول نیافته، شکست، اطاعت، فداکاری، کمال گرایی، بازداری هیجانی، استحقاق و خود انضباطی ضعیف) ساخته شده است. در این پرسشنامه فردی که در هر خرده مقیاس نمره ۳ و بالاتر را کسب کند، آن طرحواره ناکارآمد را دارد. مطالعات لی، تیلور و دان (۱۹۹۹) در یک نمونه بالینی در استرالیا نشان داد که پرسشنامه طرحواره یانگ ثبات درونی خوبی دارد. والر و همکاران (۲۰۰۱) تحقیقی با عنوان «خصوصیات روانپزشکی فرم کوتاه و بلند پرسشنامه طرحواره یانگ و بررسی عقاید هسته‌ای در بین زنان مبتلا به پراشتهایی روانی» انجام دادند. یافته‌های این پژوهش استفاده از فرم کوتاه (۷۰ سؤالی) پرسشنامه طرحواره یانگ را در موقعیت‌های بالینی حمایت کرد. چون خصوصیات روانپزشکی آن مانند خصوصیات روانپزشکی فرم بلند بود. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده است که همسانی درونی آیین پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در افراد مؤنث ۰/۹۷ در افراد مذکر ۰/۹۸ بود.

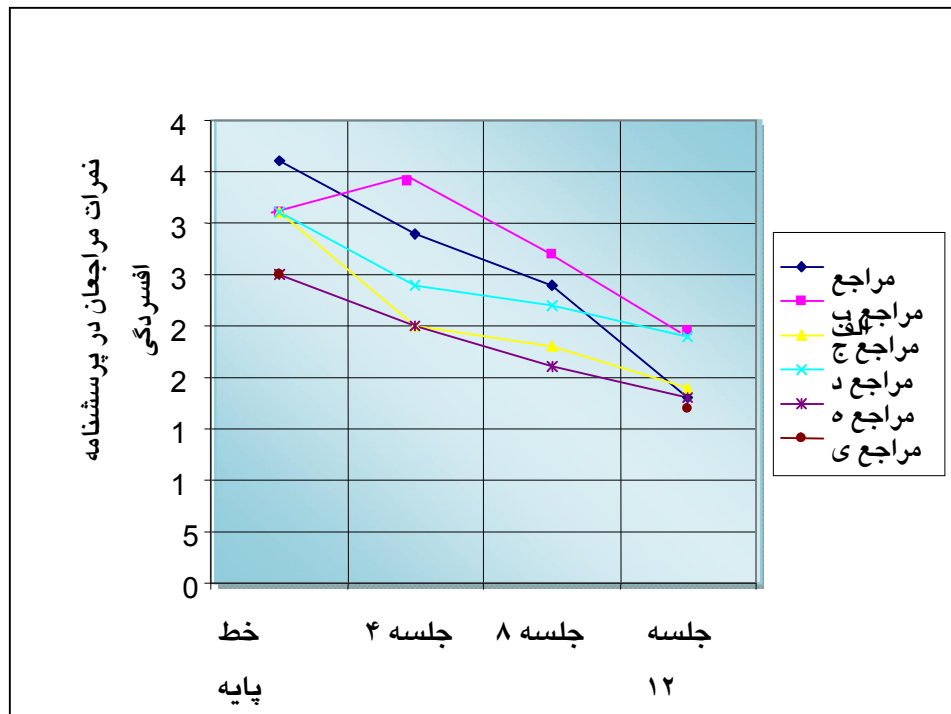
پرسشنامه افسردگی بک (BDI): رایج‌ترین شیوه خود گزارشی افسردگی است. این آزمون از ۲۱ آیتم ۴ یا ۵ گزینه‌ای تشکیل شده است که هر کدام از آنها براساس مقیاس از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌گردد. حداکثر نمره در این آزمون ۶۳ می‌باشد که نشانگر افسردگی شدید است. نقطه برش ۱۳ برای جداسازی و ۲۱ برای تحقیقات بالینی به کار گرفته شده است. پایایی این آزمون ۰/۹۳ گزارش شده است (بک، ۱۹۷۲؛ به نقل از صلواتی، ۱۳۸۱). این آزمون برای جمعیت ایرانی هم از پایایی و اعتبار بالایی برخوردار است و پژوهشگران متعددی آن را برای

انداره گیری افسردگی به کاربرده‌اند (فتی و همکاران، ۱۳۷۰؛ بخشایی و همکاران، ۱۳۷۲؛ طهماسبی پور و کمانگری، ۱۳۷۶؛ ابراهیمی، ۱۳۷۱؛ پورشهباز، ۱۳۷۲) ضریب همبستگی آزمون افسردگی بک و مقیاس افسردگی هامیلتون در آزمودنی‌های ایرانی ۰/۶۶ گزارش شده است. همچنین همبستگی سؤالات BDI، ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ و کل سؤالات ۰/۹۳ می‌باشد (بخشایی، ۱۳۸۱).

مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور I در DSM-IV (SCID): نسخه بالینی و پژوهشی SCID به وسیله فرست، اسپیترز و گیبون در سال ۱۹۹۷ برای تشخیص‌های DSM-IV تدوین شد (فرست و همکاران، ۱۹۹۷؛ ترجمه شریفی و همکاران، ۱۳۸۴). این ابزار توسط پژوهشگران و متخصصان بالینی برای استاندارد کردن فرایند سنجش در موقعیت بالینی استفاده می‌شود. در تحقیقی که توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۳) انجام شده است، توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی متوسط تا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶). توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود. اکثر مصاحبه شوندگان و مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی SCID را مطلوب گزارش کرده‌اند. بنابراین می‌توان از این ابزار در تشخیص گذاری‌های بالینی و پژوهشی استفاده کرد. برای تحلیل داده‌های تحقیق حاضر در مراحل مختلف درمان؛ خط پایه، حین درمان و پایان درمان از ترسیم نمودار استفاده شد تا با بررسی شیب‌ها در هر یک از مراحل خط پایه و درمان در مورد تأثیر متغیر مستقل قضاوت صورت گیرد (دلاور، ۱۳۷۴).

### یافته‌ها

نتایج نمودار (۱) حاکی است طرحواره درمانی به کاهش نمره‌های مراجعان افسرده در BDI منجر شده است و مقایسه نمرات مراجعان در مراحل درمان؛ خط پایه، جلسه چهارم، هشتم و دوازدهم نشان می‌دهد که رویکرد طرحواره درمانی در کاهش علائم افسردگی مؤثر بوده است.



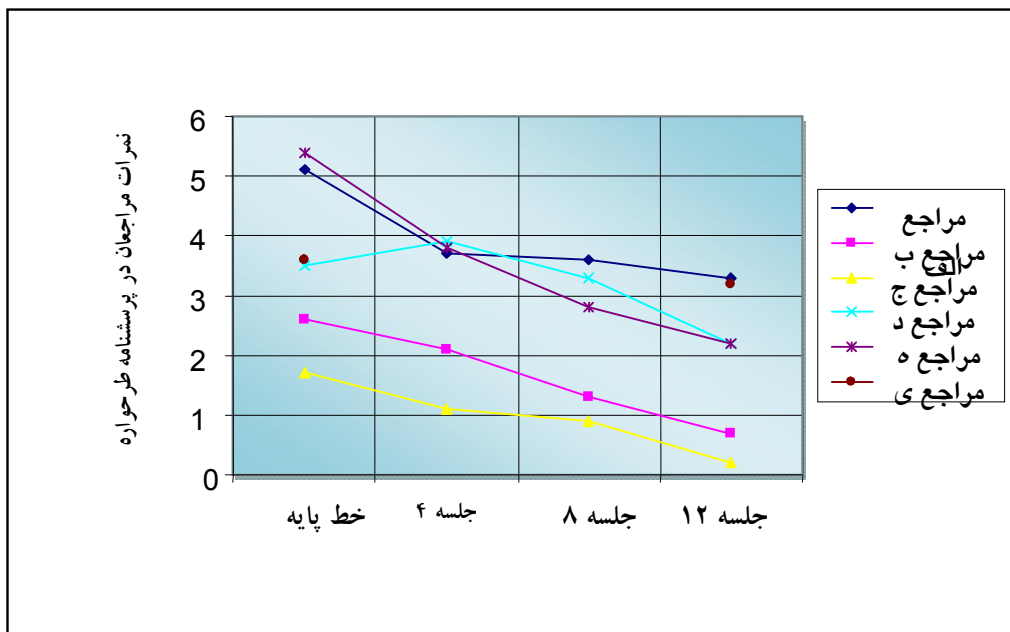
نمودار ۱. نتایج طرحواره درمانی مراجعان در پرسشنامه افسردگی بک

داده‌های جدول (۱) حاکی است افسردگی مراجع الف از افسردگی عمیق به افسردگی خفیف، مراجع ب و د از افسردگی شدید به افسردگی متوسط، مراجع ج از افسردگی شدید به افسردگی خفیف و مراجع ه و ی از افسردگی شدید به افسردگی خفیف تغییر یافته است. و نیز میزان بهبودی پس از درمان برای مراجع الف ۵۷ درصد، مراجع ب ۳۶ درصد، مراجع ج ۴۷ درصد، مراجع د ۳۳ درصد، مراجع ه ۴۰ و مراجع ی ۴۳ درصد بود.

جدول ۱. نتایج طرحواره درمانی مراجعان در پرسشنامه افسردگی بک (BDI)

مراجعات	نمرات	نمرات	نمرات	نمرات	نمرات	مراجعات
مراجعه ی	مراجعه ه	مراجعه د	مراجعه ج	مراجعه ب	مراجعه الف	مراحل درمان
۳۰	۳۰	۳۶	۳۶	۳۶	۴۱	خط پایه
-	۲۵	۲۹	۲۵	۴۰	۳۴	جلسه چهارم
-	۲۱	۲۷	۲۳	۳۲	۲۹	جلسه هشتم
۱۷	۱۸	۲۴	۱۹	۲۳	۱۸	جلسه دوازدهم
۰/۴۳	۰/۴۰	۰/۳۳	۰/۴۷	۰/۳۶	۰/۵۶	میزان بهبودی

نتایج نمودار (۲) نشان می دهد طرحواره درمانی به کاهش نمره های مراجعان افسرده در طرحواره های ناکارآمد اولیه منجر شده است و مقایسه نمرات مراجعان در مراحل درمان؛ خط پایه، جلسه چهارم، هشتم و دوازدهم نشان می دهد که رویکرد طرحواره درمانی در کاهش نمرات طرحواره های ناکارآمد اولیه افراد افسرده مؤثر بوده است.



نمودار ۲. نتایج طرحواره درمانی مراجعان در پرسشنامه طرحواره یانک

داده‌های جدول (۲) نشان می‌دهد، میزان بهبودی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه پس از درمان برای مراجع الف ۳۵ درصد، مراجع ب ۷۳ درصد، مراجع ج ۸۸ درصد، مراجع د ۳۷ درصد، مراجع ه ۵۹ و مراجع ی ۱۱ درصد بود.

جدول ۲. نتایج طرحواره درمانی مراجعان در پرسشنامه (YSQ)

مراحل درمان	مراجعه الف	مراجعه ب	مراجعه ج	مراجعه د	مراجعه ه	مراجعه ی
خط پایه	۵۱	۲۶	۱۷	۳۵	۵۴	۳۶
جلسه چهارم	۳۷	۲۱	۱۱	۳۹	۳۸	-
جلسه هشتم	۳۶	۱۳	۹	۳۳	۲۸	-
جلسه دوازدهم	۳۳	۷	۲	۲۲	۲۲	۳۲
میزان بهبودی	۰/۳۵	۰/۷۳	۰/۸۸	۰/۳۷	۰/۵۹	۰/۱۱

نتایج تحلیل داده‌های جدول (۳) نشان می‌دهد:

#### ۱- مراجع الف

در خط پایه دارای طرحواره‌های ناکارآمد؛ بی‌اعتمادی، نقص، انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی، وابستگی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر، اطاعت، کمال‌گرایی، استحقاق و خود انضباطی ضعیف است که پس از مداخله طرحواره‌های ناکارآمد اولیه، نقص، محرومیت هیجانی، وابستگی، اطاعت، کمال‌گرایی و استحقاق تقریباً بهبود یافته است و طرحواره‌های ناکارآمد؛ رها شدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و خود انضباطی ضعیف به طور کامل بهبود نیافته است.

#### ۲- مراجع ب

در خط پایه دارای طرحواره‌های ناکارآمد؛ انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی، کمال‌گرایی، بازداری هیجانی و استحقاق است که پس از مداخله طرحواره‌های ناکارآمد اولیه؛ انزوای اجتماعی، کمال‌گرایی، بازداری هیجانی و استحقاق تقریباً بهبود یافته است و طرحواره ناکارآمد محرومیت هیجانی بطور کامل بهبود نیافته است.

#### ۳- مراجع ج

مراجع در خط پایه دارای طرحواره‌های ناکارآمد؛ نقص، وابستگی و خودانضباطی پایین است که پس از مداخله طرحواره‌های ناکارآمد تقریباً بهبود یافته است.

#### ۴- مراجع د

در خط پایه دارای طرحواره‌های ناکارآمد؛ رهاشدگی، نقص، انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی، وابستگی، اطاعت، کمال‌گرایی، بازداری هیجانی است که پس از مداخله طرحواره‌های ناکارآمد اولیه؛ رهاشدگی، انزوای اجتماعی، وابستگی و اطاعت تقریباً بهبود

یافته است و طرحواره ناکارآمد، نقص، محرومیت هیجانی، کمال گرایی و بازداری هیجانی به طور کامل بهبود نیافته است.

#### ۵- مراجع ه

در خط پایه دارای طرحواره های ناکارآمد؛ رهاشدگی، بی اعتمادی، نقص، انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی، وابستگی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته، شکست، اطاعت، فداکاری، کمال گرایی، می باشد که پس از مداخله طرحواره های ناکارآمد اولیه؛ رهاشدگی، بی اعتمادی، نقص، انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، خود تحول نیافته، فداکاری و کمال گرایی تقریباً بهبود یافته است و طرحواره ناکارآمد، وابستگی، شکست و اطاعت به طور کامل بهبود نیافته است.

#### ۶- مراجع ی

در خط پایه دارای طرحواره های ناکارآمد؛ رها شدگی، بی اعتمادی، نقص، انزوای اجتماعی، شکست، اطاعت، بازداری هیجانی و خود انضباطی ضعیف است که پس از مداخله طرحواره های ناکارآمد اولیه؛ رها شدگی، نقص، خود انضباطی ضعیف تقریباً بهبود یافته است و طرحواره های ناکارآمد؛ بی اعتمادی، انزوای اجتماعی، شکست، اطاعت و بازداری هیجانی به طور کامل بهبود نیافته است.



جدول ۳. نتایج طرحواره درمانی مراجع الف، ب، ج، د، ه، ی در طرحواره های ناکارآمد اولیه

مراجعه	طرحواره های ناکارآمد	بریدگی و طرد													
		محدودیت غیرمنطقی	بازداری مفرط	دیگرجهت مندی	خودگردانی مختل	بریدگی و طرد	مهروریت هیجانی	انزوای اجتماعی	نقص	بی اعتنایی	رهانشدگی	خود انضباطی ضعیف	استحقاق	بازداری هیجانی	کمال گرایی
الف	خط پایه	۵	۳	۲	۴	۲	۵	۲	۲	۴	۳	۳	۵	۴	۲
	جلسه	۴	۱	۱	۵	۲	۴	۲	۲	۴	۱	۲	۴	۱	۳
	چهارم														
	جلسه هشتم	۴	۱	۲	۳	۱	۳	۰	۱	۳	۱	۲	۵	۲	۵
	جلسه دوازدهم	۴	۱	۲	۲	۱	۲	۰	۱	۳	۱	۲	۴	۲	۵
ب	خط پایه	۰	۳	۳	۴	۱	۰	۲	۱	۰	۴	۵	۲	۰	۰
	جلسه	۰	۱	۲	۴	۲	۱	۰	۱	۲	۰	۴	۴	۰	۰
	چهارم														
	جلسه هشتم	۰	۱	۰	۱	۱	۱	۱	۱	۰	۳	۲	۱	۰	۰
	جلسه دوازدهم	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۱	۱	۰	۳	۰	۰	۰	۰
ج	خط پایه	۳	۰	۱	۰	۱	۰	۰	۰	۳	۱	۲	۳	۲	۱
	جلسه	۱	۱	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۲	۱	۱	۱
	چهارم														
	جلسه هشتم	۱	۰	۳	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۱	۱	۲	۰
	جلسه دوازدهم	۰	۱	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۱	۰	۰	۰
د	خط پایه	۱	۲	۳	۳	۲	۳	۰	۰	۴	۴	۵	۴	۱	۳
	جلسه	۲	۵	۵	۵	۲	۳	۱	۰	۳	۴	۳	۵	۰	۱
	چهارم														
	جلسه	۱	۴	۴	۴	۲	۲	۰	۰	۳	۴	۴	۴	۰	۱

															هشتم	
	۱	۲	۳	۳	۰	۱	۰	۰	۰	۲	۴	۲	۳	۰	۱	جلسه
																دوازدهم
۵	۱	۲	۲	۵	۳	۵	۵	۵	۳	۵	۳	۳	۵	۳	۴	خط پایه
																جلسه
	۰	۲	۲	۳	۲	۴	۴	۳	۲	۴	۲	۲	۳	۲	۳	چهارم
																جلسه
	۰	۰	۲	۲	۲	۳	۳	۳	۲	۳	۲	۱	۲	۱	۲	هشتم
																جلسه
	۰	۰	۱	۲	۱	۳	۳	۱	۲	۳	۲	۱	۱	۱	۱	دوازدهم
																خط پایه
۵	۳	۱	۳	۰	۰	۵	۴	۰	۲	۱	۲	۳	۵	۳	۴	جلسه
																چهارم
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	جلسه
																چهارم
																جلسه
																هشتم
																جلسه
	۲	۲	۳	۱	۱	۵	۴	۰	۲	۲	۰	۳	۲	۳	۲	دوازدهم

### بحث و نتیجه گیری

مطالعات مختلف بین اختلالات خلقی و افسردگی با نظریه طرحواره و طرحواره های ناکارآمد رهاشدگی، خود کنترلی ضعیف (ولبرن و همکاران، ۲۰۰۲)، رهاشدگی، نقص / شرم، اطاعت، از خود گذشتگی (استوپا و همکاران، ۲۰۰۱)، انزوای اجتماعی (گلیزر و همکاران، ۲۰۰۲)، نقص / شرم، خود کنترلی ضعیف، بی کفایتی، آسیب پذیری به ضرر یا بیماری (هریس و کورتین، ۲۰۰۲)، وابستگی، نقص / شرم (اشمیت و همکاران، ۱۹۹۵)، نقص / شرم، از خود گذشتگی، شکست (کالواتی و همکاران، ۲۰۰۵)، محرومیت هیجانی، انزوا اجتماعی، بی اعتمادی / بد رفتاری، نقص / شرم، نامطلوبیت اجتماعی (هالورسون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹) رابطه معنی داری یافته‌اند. مطالعات نشان می‌دهد طرحواره درمانی برای درمان بیشتر اختلالات محور I و II که ریشه در زندگی طولانی مدت فرد دارند، مناسب است. طرحواره درمانی ثابت شده

1. Halvorsen

است برای درمان افسردگی مزمن، اضطراب مزمن، اختلالات خوردن، مشکلات زناشویی و مشکلات طولانی در روابط عاطفی، مجرمان جنایی و پیشگیری از عود سوء مصرف کنندگان مواد مفید است. شواهد تجربی متعددی تأثیر طرحواره درمانی را در بهبود اختلالات شخصیت، اختلالات روانی و طرحواره‌های ناکارآمد اثبات کرده است.

نتایج تحلیل داده‌های پژوهش نشان می‌دهد که طرحواره درمانی به کاهش علائم افسردگی اساسی منجر شده است. در نهایت جمع بندی کلی فراوانی‌ها و نمودار مراجعان الف، ب، ج، د، ه، ی در مراحل مختلف درمان اثربخشی نسبی طرحواره درمانی در کاهش علائم افسردگی اساسی را نشان می‌دهد. یعنی طرحواره درمانی در کاهش علائم افسردگی اساسی عود کننده مؤثر است. داده‌های پژوهش حاکی است افسردگی مراجع الف از افسردگی عمیق به افسردگی خفیف، مراجع ب و د از افسردگی شدید به افسردگی متوسط، مراجع ج از افسردگی شدید به افسردگی خفیف و مراجع ه، ی از افسردگی شدید به افسردگی خفیف تغییر یافته است. و نیز میزان بهبودی پس از درمان برای مراجع الف ۵۷ درصد، مراجع ب ۳۶ درصد، مراجع ج ۴۷ درصد، مراجع د ۳۳ درصد و مراجع ه ۴۰ درصد و مراجع ی ۴۳ درصد بود. این یافته‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی با یافته‌های بال و همکاران (۲۰۰۳) هماهنگ است. درباره اثربخشی طرحواره درمانی بر روی افسردگی ظاهراً پژوهش‌های تجربی کمی صورت گرفته است. اما درباره اثربخشی طرحواره درمانی بر سایر اختلالات شواهدی توسط یانگ (۱۹۹۹) بر اختلال شخصیت مرزی، جین - بلو (۲۰۰۶) بر روی اختلالات شخصیت و تغییر طرحواره‌های ناکارآمد آنها با یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ است.

نتایج تحلیل داده‌ها نشان می‌دهد که طرحواره درمانی به بهبود طرحواره‌های ناکارآمد افراد افسرده منجر شده است. در نهایت اصلاح و بهبود طرحواره‌های ناکارآمد افراد افسرده (مراجعان الف، ب، ج، د، ه، ی) در مراحل مختلف درمان اثربخشی نسبی طرحواره درمانی را نشان می‌دهد. بنابراین طرحواره درمانی در اصلاح و بهبود طرحواره‌های ناکارآمد افراد افسرده مؤثر است. در این پژوهش طرحواره درمانی؛ طرحواره‌های ناکارآمد نقص، محرومیت هیجانی،

وابستگی، اطاعت، کمال گرایی و استحقاق مراجع الف را تغییر داده است و طرحواره‌های بی‌اعتمادی، رهاشدگی، انزوای اجتماعی، آسیب پذیری نسبت به ضرر این مراجعان را به طور کامل تغییر نداده است. طرحواره‌های انزوای اجتماعی، کمال گرایی، بازداری هیجانی و استحقاق مراجع ب را تغییر داده است و طرحواره محرومیت هیجانی این مراجع را به طور کامل تغییر نداده است. طرحواره‌های نقص، وابستگی و خودانضباطی پایین مراجع ج را تغییر داده است. طرحواره‌های رهاشدگی، انزوای اجتماعی، وابستگی و اطاعت مراجع د را تغییر داده است و طرحواره‌های نقص و محرومیت هیجانی، کمال گرایی و بازداری هیجانی این مراجع را به طور کامل تغییر نداده است. طرحواره‌های رهاشدگی، بی‌اعتمادی، نقص، انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، خودتحويل نیافته، فداکاری و کمال گرایی مراجع ه را تغییر داده است و طرحواره‌های وابستگی، شکست و اطاعت این مراجع را تغییر نداده است. طرحواره‌های رهاشدگی، نقص و خود انضباطی پایین مراجع ی را تغییر داده است و طرحواره‌های بی‌اعتمادی، شکست، انزوای اجتماعی، اطاعت و بازداری هیجانی این مراجع را تغییر نداده است. این یافته‌ها در وهله اول حاکی از اثر بخشی نسبی طرحواره درمانی است که با نتایج پژوهش‌های بال و همکاران (۲۰۰۳) یانگ (۲۰۰۳، ۱۹۹۹) همخوانی دارد. این پژوهشگران نشان دادند که طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناکارآمد دارای اختلال روانی، افسردگی و اختلالات شخصیت مؤثر است.

نتایج طرحواره درمانی بیماران مبتلا به اختلال شخصیت مرزی نشان می‌دهد که پنج نفر از شش نفر که تحت درمان طرحواره بودند از نظر بالینی بهبود یافتند و مهمتر این که بهبودی حاصل از درمان را بیش از یک سال حفظ کردند. با این حال، فقط یک بیمار بهبودی خود را پس از درمان حفظ نکرد (هانس، نوردال و نیسر، ۲۰۰۵). طرحواره درمانی عمدتاً برای درمان اختلالات شخصیت و دیگر اختلالات روانی مزمن به کار می‌رود. مطالعات اخیر اثربخشی طرحواره درمانی را برای بیماران با اختلال روانی مزمن بررسی کرده است (گیتا و عمود، ۲۰۱۱).

هوفارد (۲۰۰۲) یافت که در روند درمان شناختی متمرکز بر طرحواره بین کاهش نمرات طرحواره و افزایش نمرات خوشبینی رابطه وجود دارد. علاوه بر این، این درمان منجر به افزایش همدلی، بینش و خوشبینی درمانگر می‌شود. همچنین بال و همکاران (۲۰۰۳) تأثیر طرحواره درمانی را در درمان اختلال دوقطبی و تعیین کننده‌های آن مانند تجارب رشدی، صفات خلق و خو، آسیب پذیری شناختی را نشان داده‌اند.

برای تبیین اثربخشی طرحواره درمانی در این پژوهش باید گفت طرحواره‌های ناکارآمد اولیه در ایجاد و تداوم علائم افسردگی اساسی دخالت دارند. بنابراین شناسایی و تغییر آنها باعث بهبود این اختلال می‌گردد. در پژوهش‌های اشمیت و همکاران (۱۹۹۵)، اسلون (۲۰۰۱)، ولبرن و همکاران (۲۰۰۲)، هانس و همکاران (۲۰۰۵)، مک کین و همکاران (۲۰۰۵)، جان و جاناتان (۲۰۰۵)، نوردال و هانس (۲۰۰۵)، اشمیت و جوینر (۲۰۰۴)، رد و همکاران (۲۰۰۱) احمدیان (۱۳۸۵) مشخص شده است که از لحاظ نظری بین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه با علائم اختلال افسردگی ارتباط وجود دارد. به عنوان مثال طرحواره‌های کمال گرایی بازداری هیجانی، انزوای اجتماعی، خودتحويل نیافته، نقص و محرومیت هیجانی به نظر می‌رسد که با اختلال افسردگی مرتبط هستند. همچنین ولبرن و همکاران (۲۰۰۲) تحقیقی با عنوان «تحلیل عوامل، تحلیل ارتباط بین طرحواره‌ها و علائم روان‌شناختی» انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که طرحواره‌های رها شدگی، خویشتن داری، خودانضباطی پایین با افسردگی مرتبط هستند.

اشمیت و همکاران (۱۹۹۵) نیز در تحقیقی نشان دادند که افرادی که طرحواره‌های وابستگی و نقص دارند در معرض افسردگی قرار دارند. بال<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۳) در پژوهشی عوامل روان‌شناختی مرتبط با اختلال دوقطبی (مانیا، افسردگی) و نقش طرحواره درمانی را در مدیریت علائم اختلال و انطباق با تجارب بیماری را مورد بررسی قرار دادند و نتایج نشان داد که عملکرد این بیماران بهبود یافت و طرحواره درمانی با موفقیت خلق، تجارب رشدی و آسیب پذیری شناختی آنها را مورد هدف قرار داد.

---

1. Ball

طرحواره‌های ناکارآمد خاص (شکست، محرومیت عاطفی، رها شدگی / بی ثباتی) با شدت علائم افسردگی مرتبط است. علاوه بر این، طرحواره استقلال و عملکرد ضعیف دچار اختلال است، در حالی که وجود طرحواره بازداری و توجه یا مراقبت بیش از حد در قبل از درمان رابطه منفی با شدت افسردگی دارد. در نهایت پس از درمان، تمام طرحواره‌های ناکارآمد اولیه ثبات نسبی در پایان دوره درمان نشان داد. نتایج تحقیق طرحواره‌های ناکارآمد خاص مربوط به شدت علائم افسردگی را نشان داد، همچنین طرحواره‌های ناکارآمد خاص نتیجه درمان را پیش بینی می کنند (رینر و همکاران، ۲۰۱۲).

بنابراین شناخت این طرحواره‌ها و تغییر آنها تلویحات بالینی مهمی به همراه دارد. در واقع با شناسایی طرحواره‌های افسرده ساز می توان آنها را هدف درمان قرار داد و با مداخلات درمانی متمرکز بر طرحواره موجب تغییر و اصلاح آنها شد. افرادی که به اختلال افسردگی اساسی عودکننده مبتلا هستند دارای طرحواره‌ها و رفتارهای خودآسیب رسانی هستند که در برابر تغییر و اصلاح، آن هم فقط از طریق فنون رفتاری، شناختی و... بی اندازه مقاوم هستند. این بیماران به طور مکرر بیان می کنند که از لحاظ عقلی می دانند درمانگر چه می گوید، اما از لحاظ عاطفی، رفتاری و اعتقادی تغییر نمی کنند. اغلب این بیماران از اصلاح و تغییر الگوهای رفتاری و افکار هسته‌ای خود ناامید هستند و اصرار دارند که این شناخت‌ها و رفتارها جزء جدایی ناپذیر زندگی‌شان است و در نتیجه نمی توانند تغییر کنند.

طرحواره درمانی برای درمان ریشه‌های بنیادی بیماری مطرح شده است که ما این ریشه‌های بنیادی را طرحواره‌های ناکارآمد اولیه می نامیم. طرحواره درمانی به بیمار و درمانگر کمک می کند تا مشکلات مزمن و سخت خود را بفهمد و آنها را در یک روش قابل درک سازمان دهی کنند. طرحواره درمانی طرحواره‌ها را با تأکید خاص بر روابط بین فردی بیمار از اوایل کودکی تاکنون رد یابی می کند. با استفاده از این مدل بیمار و درمانگر با هم متحد می شوند تا با طرحواره‌ها با استفاده از راهبردهای شناختی، رفتاری و بین فردی مبارزه کنند. وقتی که بیمار الگوهای مختل مبتنی بر طرحواره‌هایش را باز گو می کند، درمانگر قطعاً با علل

تغییر آشنا می‌شود. درمانگر از طریق بازسازی روابط والدینی به صورت محدود، بیماران را آماده می‌سازد تا نیازهای برآورده نشده دوران کودکی خود را بروز دهند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

طرحواره درمانی را می‌توان یک درمان التقاطی از رویکرد شناختی-رفتاری، دلبستگی، روانکاوی و ساختارگرایی دانست که بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی، کشف طرحواره‌های ناکارآمد اولیه و عمیق‌ترین سطح شناخت تأکید دارد. به نظر می‌رسد طرحواره درمانی این آمایه‌های کهنه، شناخت واژه‌ها و طرحواره‌ها را که مقاوم‌ترین مشکلات بالینی هستند را به چالش کشیده و باعث کاهش مقاومت بیماران در برابر تغییر می‌شوند. از آنجایی که بیشتر مشکلات بالینی دارای تاریخچه تحولی هستند و در مراحل تحول در ذهن فرد رسوخ می‌کنند، تغییر در صورتی در بهترین حالت است که به صورت تحولی یا پدید آیی انجام شود. چون طرحواره درمانی بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی و کشف طرحواره‌های ناکارآمد اولیه تأکید دارد، می‌تواند موفقیت بالایی داشته باشد.

به طور خلاصه، مطابق با نظریه طرحواره، ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اختلالات خلق (افسردگی) سطوح بالایی از طرحواره‌های ناکارآمد اولیه را نشان می‌دهند، که برخی از این طرحواره‌ها به نظر می‌رسد خصوصیات و ویژگی‌های این اختلالات خاص را منعکس می‌کنند. بنابراین، برخلاف آنچه که اغلب نظریه طرحواره منحصراً در حوزه اختلالات شخصیت بود، می‌توان این نظریه را به درک و فهم اختلالات خلق (افسردگی) گسترش و توسعه داد. همچنین کارهای اولیه در این زمینه حاکی از آن است که طرحواره درمانی می‌تواند برای درمان اختلالات خلق (افسردگی) استفاده شود، اگر چه نیاز است تحقیقات بیشتری انجام شود تا اثربخشی طرحواره درمانی و افرادی که می‌توانند از آن سود ببرند، را اثبات نماید.

## منابع فارسی

- احمدیان گرجی، معصومه. (۱۳۸۵). مقایسه طرحواره‌های ناکارآمد بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیراقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیربالینی. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتو روانپزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- آهی، حسن. (۱۳۸۴). بررسی ساختار عاملی فرم کوتاه پرسشنامه یانگ (YSQ). پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبائی.
- بخشانی، نورمحمد. (۱۳۸۱). بررسی ابعاد شخصیتی با رویدادهای استرس زا و حمایت اجتماعی در افراد افسرده: آزمون مدل شناختی افسردگی. پایان نامه دکتری روان‌شناسی بالینی. انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- جویدیث، اس. بک. (۱۳۸۰). راهنمای گام به گام شناخت درمانی (جلد اول). (ترجمه ایرج دوراهی، محمد رضا عابدی). اصفهان: انتشارات گل‌های محمدی.
- دلاور، علی. (۱۳۷۴). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی. تهران: انتشارات رشد.
- دیویدسون، کیت. م. (۱۳۸۳). کاربرد شناخت درمانی اختلال‌های شخصیت؛ راهنمای درمانگران. (ترجمه گیتی شمس). تهران: انتشارات رشد.
- روزنهان، دی. ال. و سلیگمن، ام. ای. پی. (۱۳۷۹). روان‌شناسی نابهنجاری؛ آسیب‌شناسی روانی (ترجمه یحیی سید محمدی). جلد دوم. تهران: انتشارات ارسباران (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۵).
- شریفی، ونداد و همکاران. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای اختلالات محور I در DSM-IV (SCID). فصل نامه تازه‌های علوم شناختی. تهران: سال ششم. شماره اول و دوم، ۲۲-۱۰.
- قاسم زاده، حبیب‌الله. (۱۳۷۹). شناخت عاطفه، جنبه‌های بالینی و اجتماعی. تهران: انتشارات فرهنگان.



کاپلان، اچ. سادوک، بی. و گرب، جی. (۱۳۷۵). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی (ترجمه نصرت الله پورافکاری). جلد دوم. تهران: انتشارات شهرآب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۴).

مایکل فرست، رابرت اسپیتزر، میریام گیبون و جنت ویلیامز. (۱۳۸۴). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال های محور I در *SCID-I/DSM-IV*. (مترجمان؛ ونداد شریفی، محمد اسعدی، محمد رضا محمدی، همایون امینی، حسین کاویانی، یوسف سمغانی و امیر شعبانی). تهران: انتشارات مهرکاوایان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۷).

یانگ، جفری. (۱۳۸۳). شناخت درمانی اختلالات شخصیت؛ رویکرد طرحواره محور. (مترجمان؛ علی صاحبی، حسن حمید پور). تهران: انتشارات آگاه و ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۹).

#### منابع لاتین

- Asle Hoffart, Harold Sexton. (2002). *The role of optimism in the process of schema-focused cognitive therapy of personality problems*. Behaviour Research and Therapy 40 611-623.
- Ball. J, Mitchell. p, Malhi .G, Skille c .A & Smith .M .(2003).*cognitive therapy of bipolar disorder ; schima – Focused Therapy*. Australian and new Zealand Journal of Psychiatry .Volume 37.Issue. 1.page 41.48.
- Barlow, D. H. (2001).*clinical hand book of psychological disorder: A step - by – step Treatment manual* (3 rd.ed) pp.264-305.
- Beak.A.T. (1967). *depression: dinical experimental and theoretical aspects* . NewYork : Harper and Row .
- Beck, A. T, Rush, A. J, Shaw, B. F, and Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy Of depression*.Guilford.New York.
- Beck, A. T. (1987). *Cognitive models of depression*. Journal of Cognitive Psychotherapy, 1 (1), 5-37.
- Benjamin, J. Sadock, Virginia, A. Sadock. (2001). *Kaplan & Sadock S pocket handbook of clinical psychiatry* (3 rd.ed.) New York.
- Calvete, E. Estévez, A. López de Arroyabe, E. Ruiz, P. (2005). *The Schema Questionnaire Short Form: structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders*. European Journal of Psychological Assessment, 21, 90-99.

- Cleghorn, J. M. & Lee, B. L. (1991). *Understanding and Treating Mental Illness*, Toronto : Hogrefe Huber publishers. Inc
- Fritz Renner, Jill Lobbstaël, Frenk Peeters, Arnoud Arntz, Marcus Huibers. (2012). *Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment*. *Journal of Affective Disorders*, 136. 581–590.
- Giesen – Bloo. (2006). *Schema Focused Therapy (SFT) Of Borderline Personality Disorder*. *Archives General Psychiatry*. Vol 63, no.9 : 649-658.
- Gitta A. Jacob, Arnoud Arntz. (2011). *Schema therapy*. *Psychotherapeutic*, 247-258.
- Glaser, B. A. Campbell, L. F. Calhoun, G. B. Bates, J. M., & Petrocelli, J. V. (2002). *The Early Maladaptive Schema Questionnaire-Short Form: A construct validity study*. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35(1), 2–13.
- Green, J. G. McLaughlin, K. A., Berglund, P. A. Gruber, M. J. Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., et al. (2010). *Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey Replication I: Associations with first onset of DSM-IV disorders*. *Archives of General Psychiatry*, 67(2), 113–123.
- Gude, T., & Hoffart, A. (2008). *Change in interpersonal problems after cognitive agoraphobia and schema-focused therapy versus psychodynamic treatment as usual of inpatients with agoraphobia and Cluster C personality disorders*. *Scandinavian Journal of Psychology*, 49(2), 195–199.
- Halvorsen M, Wang C.E. Eisemann M, Waterloo K. (2010). *Dysfunctional Attitudes and Early Maladaptive Schemas as Predictors of Depression: A 9-Year Follow-Up Study*. *Cogn Ther Res*, 34:368–379.
- Halvorsen, M., Wang, C. E. Richter, J. Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M., et al. (2009). *Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5), 394–407.
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y. Miller, N. & Haeffel, G. J. (2004). *Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies*. *Cognitive Therapy and Research*, 28(3), 309–345.
- Hans, M. N, John .Sans , L. (2005). *Clinical Psychology, Psychotherapy*. Volum. 12, Issue. 2 ,142-149.
- Hans M. Nordahl, Tor E. Nysaeter. (2005). *Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 36, 254–264.
- Harris, A. E. Curtin, L. (2002). *Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults*. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 405–416.
- Jon.Heron, Jonathan.Evans.(2005). *Negative Self Schema: depressive in women*. *The British journal of Psychiatry*. 186 : 302-307.
- Kaplan, H. Sadock, B. (2000). *Comprehensive textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins.

- Kessler, R. C. Berglund, P. Demler, O. Jin, R. Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). *Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Archives of General Psychiatry, 62(6), 593–602.
- Lisa D. Hawke, Martin D. Provencher. (2011). *Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review*. Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, Volume 25, Number 4. 257-275.
- Mcgin. Latak, Cukor. Daniel, Sanderson. William. c. (2005). *The relation between parenting style , cognitive style and anxiety and depression) cognitive therapy and research , 29. 219-242.*
- Nordahal. Hans M. Hangom. I. A. (2005). *Early Maladaptive Schema in Patient with or without Personality Disorder*. Clinical Psychology and Psycho Therapy, 12 , 142-149 .
- Reardon, J. M. & Williams, N. L. (2007). *The specificity of cognitive vulnerabilities to emotional disorders: Anxiety sensitivity, looming vulnerability and explanatory style*. Journal of Anxiety Disorders, 21(5), 625–643.
- Riso, L. P. du Toit, P. L. Blandino, J. A. Penna, S. Dacey, S. Duin, J. S. et al. (2003). *Cognitive aspects of chronic depression*. Journal of Abnormal Psychology, 112(1), 72–80.
- Riso, L. P. Froman, S. E. Raouf, M. Gable, P. Maddux, R. E. Turini-Santorelli, N. et al. (2006). *The long-term stability of early maladaptive schemas*. Cognitive Therapy and Research, 30(4), 515–529.
- Rude, S. S, Covich, J, Jarrold. W, Hedlund. S and Mark Zenter .(2001). *Cognitive therapy and Research*, vol. 25 , No. 1, pp .103-116.
- Slone, Lesley. Rae .(2001). *Self – Schema and thair influence on depression, anxiety and hostility in a chronically stressed population*. DAI–B61/12, p. 67.
- Schmidt, N.B. Joiner, T. E., Young, J. E & Telch, M. J. (1995). *The schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the hierachical structure of a measure of maladaptive schemas*. cognitive Therapy and Research, 19, 295-321 .
- Schmidt . N . B, Joine r. T . E . (2004). *Global Maladaptive schema, Negative life Events, and psychological distress . Journal of psychopathology and behavioral assessment, vol, 26. No 1, pp. 65-71.*
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(3), 253–272.
- Waller. G & Meyer. C & ohanian. v, (2001). *Cognitive therapy and Research , vol . 25 , No . 2 , pp . 137 – 147 .*
- Welburn, K. R., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). *The schema questionnaire- short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms*. Cognitive Therapy and Research, 26(4), 519–530.

- Young .J. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema – Focused approach* . Sarasota . FL. Professional resource exchange Inc .
- Young .J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema– Focused approach* .3 rd .ed . Professional resource exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.