

اثربخشی آموزش تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی بر روی طرحواره‌های افراد افسرده

سعید طباطبایی برزکی^۱

فرامرز سهرابی^۲

مهدی کریمی زارچی^۳

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۸

تاریخ وصول: ۹۱/۷/۲۶

چکیده

پژوهش حاضر با هدف شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده و تعیین اثر آموزش و اجرای تکنیک‌های تجربی بر روی طرحواره‌های افراد افسرده صورت گرفت. در این پژوهش، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی و با اجرای خرده‌مقیاس افسردگی، از مقیاس ۲۱ سؤالی افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، ۳۰ نفر به عنوان افراد افسرده و ۳۰ نفر به عنوان غیر افسرده تعیین گردید و سپس پرسش‌نامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ) بر روی دو گروه اجرا شد و با استفاده از آزمون طرحواره‌های دو گروه با یکدیگر مقایسه شد که نتیجه آن نشان داد طرحواره نقص، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، انزوای اجتماعی و محرومیت هیجانی در افراد افسرده نسبت به غیر افسرده از شدت بیشتری برخوردار است. در مرحله دوم پژوهش از بین افراد افسرده، دو گروه کنترل (۱۰ نفر) و آزمایش (۱۰ نفر) انتخاب گردید. گروه آزمایش تحت آموزش تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی قرار گرفتند و بعد از پایان جلسات آموزش طرحواره‌های گروه آزمایش و کنترل با استفاده از پرسش‌نامه یانگ مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند و داده‌های حاصل از طریق آزمون لوین و تحلیل کوواریانس با یکدیگر مقایسه شدند که نتایج نشان داد، طرحواره‌های افراد گروه آزمایش در قیاس با افراد گروه کنترل که تحت آموزش تکنیک‌های تجربی قرار نگرفته بودند بهبود یافته بود.

کلیدواژه‌ها: تکنیک‌های تجربی، طرحواره درمانی، افسردگی.

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی Saeedbarzoki@yahoo.com

۲- دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

افسردگی حالت پیچیده‌ای است که در آن ارزشیابی‌های شناختی، پاسخ‌های فیزیولوژیکی و عاطفی درگیر است. این اختلال وضعیت بسیار تضعیف‌کننده‌ای به حساب می‌آید. آن‌چنانکه بر حوزه‌های چندگانه کارکرد روان اجتماعی شامل روابط بین فردی، شغلی، کارکرد تحصیلی و بهزیستی روان‌شناختی اثر می‌گذارد (مک‌گین و همکاران، ۲۰۰۵).

امروزه یکی از چالش‌های پیش روی درمان شناختی- رفتاری، درمان‌های مؤثر برای بیماران مزمن و سخت مانند افسردگی است. برخی بیمارانی که برای درمان علائم محور یک به این درمان‌ها مراجعه می‌کنند؛ مانند اضطراب و افسردگی در بهبودی علائم با شکست مواجه می‌شوند یا علائم آنها عود می‌کند (یانگ و کلاسکو، ۱۹۹۴). در درمان‌های شناختی- رفتاری برای فرمول‌بندی مشکلات مراجعان به طور کلی به سه عامل اصلی اشاره می‌کنند که عبارتند از: ۱. عوامل زمینه ساز؛ ۲. عوامل آشکار ساز و ۳. عوامل تداوم بخش (گران و همکاران، ۲۰۰۸).

گرچه از ابتدای روی کار آمدن این رویکرد تا چند سال قبل، مداخله‌ها و تکنیک‌های درمانی به نوعی عوامل تداوم بخش را نشانه می‌رفتند، اما به تدریج تجارب بالینی و شواهد پژوهشی نشان داد که برای چاره‌اندیشی برخی از مشکلات مراجعان لازم است به عوامل زمینه ساز نیز پرداخته شود، مخصوصاً برای مراجعانی که دچار مشکلات مزمن دیر پا هستند. از جمله رویکردهایی که به این مسأله توجه وافر دارد، رویکرد طرحواره درمانی یانگ است که بر کشف ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی و طرحواره‌های ناکارآمد اولیه تأکید می‌کند. واژه طرحواره در روان‌شناسی و به طور گسترده‌تر در حوزه شناختی، تاریخچه‌ای غنی و برجسته دارد. در حوزه رشد شناختی، طرحواره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که براساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این،

ادراک از طریق طرحواره تعدیل^۱ می‌شود و پاسخ‌های افراد نیز توسط طرحواره جهت پیدا می‌کند. طرحواره، بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایزکننده یک واقعه است (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳).

یانگ (۱۹۹۰، ۱۹۹۹، به نقل از یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳) معتقد است برخی از این طرحواره‌ها به ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک قرار گیرند. یانگ برای بررسی دقیق‌تر این ایده مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را مشخص کرده است که به آن‌ها طرحواره ناسازگار اولیه می‌گویند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۲، الگوهای هیجانی شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. طرحواره‌ها و راه‌های ناکارآمدی که بیماران از طریق آن‌ها یاد می‌گیرند با دیگران کنار بیایند اغلب زیربنای نشانه‌های مزمن اختلالاتی مثل افسردگی به شمار می‌روند. در واقع در طرحواره درمانی تغییر از این جهت اهمیت پیدا می‌کنند که به نوعی تغییر سبک زندگی است. یکی از راهبردهای درمانی در طرحواره درمانی، راهبردهای تجربی^۳ است که بیشترین تغییر را در طرحواره‌ها ایجاد می‌کند. بیماران از طریق تکنیک‌های تجربی می‌توانند باور شناختی خود از غلط بودن طرحواره‌ها را به باور هیجانی^۴ گره بزنند. در مقایسه با تکنیک‌های شناختی و رفتاری که با تکرار و تمرین فراوان، تغییرات کوچکی به دنبال دارند، تغییرات ناشی از تکنیک‌های تجربی چشم‌گیرند. این تکنیک‌ها از طریق تجارب هیجانی اصلاحی و همچنین با استفاده از ظرفیت انسان برای پردازش اثربخش‌تر اطلاعات در حالت عاطفی، اعمال قدرت می‌کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). رویکرد طرحواره درمانی یانگ در پژوهش آفرینی و ایجاد تمایل در متخصصین بالینی برای

1. mediate
2. early maladaptive schema
3. experiential techniques
4. emotional belief

بررسی صحت و سقم فرضیه های برخاسته از این رویکرد تا حدی موفق بوده است اما ناگفته پیداست که به کارگیری تکنیک های این رویکرد در بافتارهای گوناگون نیاز به دقت و تأمل بیشتری دارد. با توجه به موارد مطرح شده، اهداف عمده این پژوهش عبارتند از: شناسایی طحوااره های ناسازگار اولیه افراد مبتلا به افسردگی و تعیین میزان اثربخشی تکنیک های تجربی (تصویرسازی ذهنی/نوشتن نامه/گفتگوی خیالی) بر طحوااره های آنها.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان مقطع لیسانس دانشگاه علامه طباطبایی تشکیل می دهند. برای نمونه گیری ابتدا به صورت تصادفی از بین دانشکده های مدیریت و حسابداری، ادبیات و زبان های خارجه، روانشناسی و علوم تربیتی و حقوق و علوم سیاسی، دو دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی و ادبیات و زبان های خارجه انتخاب شدند. سپس از هر دانشکده ۳ کلاس به صورت تصادفی انتخاب و ۲۰۰ پرسشنامه افسردگی از مقیاس DASS بر روی آنها اجرا شد. از این میان تعداد ۳۰ نفر، ۱۶ دختر (۵۳.۳ درصد) و ۱۴ پسر (۴۶.۷ درصد) به عنوان افراد افسرده و تعداد ۳۰ نفر، ۱۴ دختر (۴۶.۷ درصد) و ۱۶ پسر (۵۳.۳ درصد) به عنوان افراد غیرافسرده مشخص شدند. افراد افسرده در طیف سنی ۳۰-۱۸ سال و غیرافسرده نیز در طیف ۲۸-۱۸ سال بودند. بعد از تعیین این گروه ها پرسشنامه طحوااره های یانگ در هر دو گروه اجرا شد تا به مقایسه طحوااره آنها پردازیم. سپس از بین گروه افسرده به صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی قرار گرفتند که از بین این ۱۵ نفر، ۱۲ نفر حاضر به همکاری شدند و ۱۵ نفر به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند که از بین آنها نیز ۱۳ نفر قابل دسترس بودند.

برای تحقق اهداف پژوهش ما ابتدا از روش علی مقایسه ای بهره بردیم که در آن به مقایسه دو گروه افسرده و غیرافسرده از لحاظ طحوااره های ناسازگار اولیه پرداختیم و به منظور تحقق هدف دوم از روش آزمایشی استفاده شد که در آن برای گروهی از افراد افسرده آموزش

تکنیک‌های تجربی را اجرا کردیم که به عنوان گروه آزمایشی محسوب می‌شوند و برای گروهی دیگر این تکنیک‌ها اجرا نشد که به عنوان گروه کنترل محسوب می‌شوند که در آخر از هر دو گروه برای بار دوم پرسشنامه طرحواره‌های یانگ اجرا شد. به صورت دقیق‌تر طرح آزمایشی مورد استفاده در این تحقیق، طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود.

در اجرای پژوهش به منظور مقایسه طرحواره‌ها، پرسشنامه طرحواره‌های یانگ بر روی افراد افسرده و غیرافسرده‌ای که از طریق اجرای مقیاس افسردگی (DASS-21) تعیین شده بودند، استفاده شد و برای تعیین اثربخشی آموزش تکنیک‌های تجربی بر روی افراد افسرده‌ای که در گروه کنترل قرار داشتند (۷ دختر و ۵ پسر) تکنیک‌های تجربی در ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه) در اتاق مشاوره دانشکده روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی اجرا شد که دو جلسه اول به صورت گروهی و بقیه جلسات به صورت انفرادی انجام شد. به گروه کنترل (۸ دختر و ۵ پسر) هیچگونه آموزشی داده نشد و در پایان جلسات مجدداً پرسشنامه یانگ بر روی دو گروه اجرا شد تا تأثیر متغیر مستقل (تکنیک‌های تجربی) بر متغیر وابسته (طرحواره‌های ناسازگار اولیه) مشخص شود.

ابزار سنجش

فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ_SF) این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش‌دهی است که حاوی ۷۵ سوال می‌باشد و ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه را می‌سنجد. در برابر هر سوال یک مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای وجود دارد و افراد به ترتیب گزینه‌ها، نمره ۱ تا ۶ می‌گیرند و برای به دست آوردن نمره هر فرد در هر طرحواره، حاصل جمع نمرات او در هر طرحواره حساب می‌گردد. در هنجاریابی که توسط آهی (۱۳۸۴) انجام شد، روایی و اعتبار این پرسشنامه به دست آمد که نتایج آن با نتایج بدست آمده از هنجارهای خارجی همخوانی داشته است. پایایی با استفاده از روش بازآزمایی محاسبه شد، ضرایب همبستگی برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۶ تا ۰/۸۵ قرار داشت. همچنین برآورد

پایایی آزمون از طریق همسانی درونی واجد همسانی بالایی بود. جهت بررسی روایی پرسشنامه نیز از روایی ملاک و سازه استفاده گردید که طی آن مطابقت بالا بین ساختار نظری خرده-مقیاس ها و نتایج تحلیل عاملی، روایی سازه پرسشنامه را تایید نمود.

خرده‌مقیاس افسردگی از مقیاس ۲۱ سوالی افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) این مقیاس، مجموعه‌ای از سه زیرمقیاس خودسنجی است که برای اندازه‌گیری حالت‌های هیجانی منفی افسردگی، اضطراب و تنیدگی طراحی شده است و هر یک از سه زیرمقیاس آن شامل ۷ ماده است. طی پژوهشی که توسط صاحبی و همکاران (۱۳۸۴) انجام شد همسانی درونی مقیاس افسردگی DASS با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۷ بود، اعتبار این آزمون به دو صورت مورد بررسی قرار گرفت: تحلیل عاملی و اعتبار ملاک. برای انجام تحلیل عاملی، آزمون KMO انجام شد که ضریب به دست آمده بسیار رضایت‌بخش بود (KMO=۰/۸۶۵). برای اعتبار ملاک DASS از اجرای همزمان پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. همبستگی این زیرمقیاس با پرسشنامه افسردگی بک ۰/۷۰ بود.

یافته‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد که با توجه به فرضیه‌های پژوهش یافته‌های به دست آمده به این شرح است:

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد طرحواره‌های ناسازگار مؤثر در افسردگی

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
شکست	کنترل	۱۱/۷۵	۴/۶۵
	آزمایش	۹/۶۲	۴/۸۰
محرومیت هیجانی	کنترل	۱۶/۱۲	۸/۷۲
	آزمایش	۱۱/۶۲	۴/۲۴
انزوای اجتماعی	کنترل	۱۵/۱۲	۵/۵۴
	آزمایش	۱۰/۸۷	۴/۷۹

۶/۴۵	۱۴/۲۵	کنترل	نقص
۲/۸۷	۷/۶۲	آزمایش	
۶/۷۴	۱۲/۱۲	کنترل	وابستگی / بی کفایتی
۴/۸۹	۱۰	آزمایش	

با توجه به نتایج به دست آمده در گروه کنترل بالاترین میانگین مربوط به طحواره‌ی محرومیت هیجانی (۱۶/۱۲۵) و کمترین میانگین مربوط به طحواره‌ی شکست (۱۱/۷۵) بود. در گروه آزمایش نیز بالاترین طحواره مربوط به محرومیت هیجانی (۱۱/۶۲۵) و کمترین میانگین مربوط به طحواره نقص (۷/۶۲۵) است. بالاترین انحراف استاندارد در گروه کنترل مربوط به طحواره محرومیت هیجانی (۸/۷۲) و کمترین انحراف استاندارد مربوط به شکست (۴/۶۵) است و در گروه آزمایش بالاترین انحراف استاندارد مربوط به وابستگی / بی کفایتی (۴/۸۹) و کمترین انحراف استاندارد مربوط به طحواره نقص (۲/۸۷) گزارش شده است.

جدول ۲. مقایسه طحواره‌های ناسازگار موثر در افسردگی در دو گروه کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	t	سطح معناداری
شکست	افسرده	۱۰/۶	۴/۵۸	۳/۳۴	۰/۰۰۱
	غیر افسرده	۷/۳۶	۲/۶۵		
محرومیت هیجانی	افسرده	۱۳/۵	۶/۰۳	۲/۸۹	۰/۰۰۵
	غیر افسرده	۹/۴۳	۴/۷۵		
انزوای اجتماعی	افسرده	۱۲/۵۳	۵/۴۹	۲/۵	۰/۰۱۵
	غیر افسرده	۹/۵۳	۳/۶۰		
نقص	افسرده	۱۰/۳	۴/۸	۲/۰۸	۰/۰۴۲
	غیر افسرده	۸	۳/۶۸		
وابستگی / بی کفایتی	افسرده	۱۰/۹	۵/۰۷	۳/۳۲	۰/۰۰۲
	غیر افسرده	۷/۳۳	۲/۹۷		

با توجه به نتایج بدست آمده، تفاوت های بین گروه کنترل و آزمایش برای طرحواره های شکست ($t = ۳/۳۴$)، محرومیت هیجانی ($t = ۲/۸۹$)، انزوای اجتماعی ($t = ۲/۵$)، نقص ($t = ۲/۰۸$) و وابستگی / بی کفایتی ($t = ۳/۳۲$) معنادار به دست آمد ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس مقایسه نمرات پس آزمون گروه آزمایش با گروه کنترل در

طرحواره های مؤثر افسردگی پس از کنترل پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
شکست	۲۷۵/۸۲	۱	۲۷۵/۸۲	۵۲/۳	۰/۰۰۰۱
محرومیت هیجانی	۱۰۴/۶۰	۱	۱۰۴/۶۰	۲۰/۴۸	۰/۰۰۱
انزوای اجتماعی	۷۹/۱۹	۱	۷۹/۱۹	۹/۹۱	۰/۰۰۸
نقص	۳۲/۶۹	۱	۳۲/۶۹	۹/۸۴	۰/۰۰۸
وابستگی / بی کفایتی	۲۱۹/۶۲	۱	۲۱۹/۶۲	۳۷/۶۲	۰/۰۰۰۱

برای تجزیه و تحلیل داده‌های مربوط به دو گروه آزمون تحلیل کوواریانس پس از آزمون پیش فرض‌ها انجام شد. نتایج (جدول شماره ۳) نشان داد تفاوت بین دو گروه در طرحواره‌های شکست ($f = ۳/۵۲$)، محرومیت هیجانی ($f = ۲۰/۴۸$)، انزوای اجتماعی ($f = ۹/۹۱$)، نقص ($f = ۹/۸۴$) و وابستگی / بی کفایتی ($f = ۳۷/۶۲$) معنادار است ($p < ۰/۰۵$).

بحث

هدف پژوهش حاضر ابتدا شناسایی طرحواره های افراد افسرده بود که براساس الگوی لوملی و هارکنس (۲۰۰۷) مبنی بر ارتباط افسردگی با طرحواره‌های هماهنگ با موضوع فقدان و بی ارزشی، ما طرحواره‌های محرومیت هیجانی، وابستگی، نقص، شکست و انزوای اجتماعی را انتخاب نمودیم که نتایج حاکی از شدت بیشتر این طرحواره‌ها در افراد افسرده بود که با پژوهش‌های شاه و والر (۲۰۰۰)، هانس و همکاران (۲۰۰۵) و نوردال و هانس (۲۰۰۵) هماهنگ بود. نتایج حاضر با فرضیه اختصاصی بودن محتوای بک (۱۹۹۷) که پیشنهاد می‌کند اختلالات

و حالات روان‌شناختی از طریق محتوای شناختی آنها از یکدیگر متمایز می‌شوند، هماهنگ است. بک (۱۹۶۷) ادعا کرد که سه سطح عمده تفکر در شروع، حفظ و تسریع افسردگی وجود دارد: طرحواره‌های مربوط به خود افسرده‌ساز، باورهای ناسازگار و افکار خودآیند منفی. طرحواره‌ها در مرکزیت مدل شناختی بک قرار دارند اگرچه طرحواره‌ها به شیوه‌های گوناگون تعریف شده‌اند، بیشتر تعاریف این ایده را که آنها شامل ظرفیت‌های ساختاری (مانند سازمان) و عناصر گزاره‌ای (مانند محتوا) هستند، در بر می‌گیرد.

طرحواره را به عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند تجارب‌شان را تعیین، تفسیر، طبقه بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند. این سازمان ساختاریافته اغلب سازگارانه است تا جایی که پردازش اطلاعات را تسهیل می‌کند و به منابع شناختی کنترل شده کمتری نیاز دارد. با این وجود، بازنمایی‌های درونی درست سازمان یافته اطلاعات، گاهی اوقات توأم با هزینه است، چرا که اطلاعات ممکن است به صورت انتخابی وارد، رمزگردانی و بازیابی شوند و تحت تاثیر بازیابی درونی فرد قرار گیرند (کلارک و همکاران ۱۹۹۹).

این طرحواره‌ها به طور گسترده منعکس کننده دیدگاه‌های منفی مطلق نسبت به خود، دنیا، آینده و نیز افکار مطلق و غیر شناختی در مورد خود و ارتباط با دیگران است که از سویی با دیدگاه سه‌گانه شناختی بک در مورد افسردگی و از سویی دیگر با موضوعات فقدان، بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، شکست و نقص که از محتواهای شناختی اصلی افسردگی هستند، هماهنگی دارد. از سویی نتایج نشان داد آموزش تکنیک‌های تجربی باعث کاهش شدت طرحواره‌های افراد افسرده می‌شود که این نتایج با پژوهش‌های هانس و همکاران (۲۰۰۵) و ژیلیان و همکاران (۲۰۰۳) هماهنگ بود. از آنجا که تأکید تکنیک‌ها بر روی هیجانات است، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود، آگاهی یافته و آنها را بپذیرد. تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود،

یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد (گیلبرت و لیپی، ۲۰۰۷). از سوی دیگر بیماران می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه‌آزمایی طرحواره‌ها پردازد و با برانگیخته شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌شود. استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌گردد فرد طرحواره‌های اصلی را شناخته، ریشه‌های تحولی آن را درک کرده و این ریشه‌ها 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 طرحواره‌ها می‌شود. تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی نیز باعث فاصله گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی می‌گردد و از سویی با استفاده از تکنیک نوشتن نامه بیماران فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان می‌یابند. براساس دیدگاه یانگ (۲۰۰۳) هدف طرحواره درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضاء نشده بیمار است. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می‌شود، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌سازد چرا که طرحواره‌های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردد.

این پژوهش بر روی افراد دانشجو صورت گرفت لذا تعمیم نتایج به سایر افراد باید با احتیاط صورت بگیرد، از سویی در این تحقیق به واسطه محدودیت‌های زمانی، مکانی، مالی و غیره پیگیری نتایج درمان پس از چند ماه صورت نگرفت که در صورت انجام می‌توانست نتایج بهتری را به همراه داشته باشد. عدم همکاری کلیه اعضای گروه‌های کنترل و آزمایش و نیز شرکت نکردن کامل افرادی که تحت آموزش قرار گرفته بودند، در تمام جلسات، یکی دیگر از مشکلات در این پژوهش بود که می‌تواند بر نتایج تحقیق آسیب وارد کند. با توجه به نتایج پژوهش به مسئولان و دست‌اندرکاران پیشنهاد می‌شود با انجام اقدامات پیشگیرانه از شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار در افراد، زمینه را برای کنترل آسانتر، کم هزینه‌تر و

کم‌خطرتر اختلال افسردگی مهیا سازند و از آنجایی که بیشتر افراد مبتلا به افسردگی، واجد طرحواره‌های ناسازگار اولیه هستند لذا به کلیه درمانگران توصیه می‌شود نسبت به تغییر و اصلاح این طرحواره‌ها اقدام نمایند.

منابع فارسی

صاحبی، علی؛ اصغری، محمدجواد؛ سالاری، راضیه سادات. (۱۳۸۴). اعتباریابی مقیاسی افسردگی، اضطراب و تنیدگی (DASS-21) برای جمعیت ایرانی، فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، سال اول. شماره ۴.

آهی، قاسم. (۱۳۸۴). هنجاریابی فرم کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ *YSQ_SF*، بررسی ساختار عاملی بین دانشجویان دانشگاه‌های تهران در سال تحصیلی ۸۴-۸۳، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه علامه طباطبایی

منابع لاتین

Beck, A. T., Steer, R. A., & Epstein, N. (1997). Differentiating anxiety and Depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of clinical psychology*, 48, 423-43

Gilbert, P., & Leahy, R. L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. New York: Routledge.

Grant, A., Townend, M., Mills, T., & Cockx, A. (2008). *Assessment and case formulation in cognitive behavioural therapy*. Los Angeles, Sage.

Hans, M. N. John, S. L. (2005). *Clinical psychology, psychotherapy*. Volume 12. issue 2.

Jilian, B., Philip. M. G., Mahli, A., & Skille, C. (2003). Cognitive therapy of bipolar (depression and mania): A schema focused approach. *Australian and new Zealand Journal of psychiatry: volume 31*, 34-40.

Klark, D. A., Beck, A. T., Alford, B. A. (1999). *Scientific foundation of cognitive theory and therapy of depression*: New York. John Wiley & Sons. Inc

Lumley, K. L., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity early maladaptive schemas and symptom profile in adolescent depression. *Cognitive therapy and research*, 31, 639-657

- Mcgin, L., Cukor, D., & William, C.(2005). The relation between parenting style and anxiety and depression. *cognitive therapy and research*,29, 219-242
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders. *Clinical psychology & psychotherapy*, 12, 142-149.
- Young, J. E. & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life. How to break free from negative life patterns*. New York: Plume Book.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioners Guide*. New York: The Guilford press.

Archive of SID