

اثربخشی رویکرد طرح واره درمانی به شیوه ی گروهی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه در زنان افسرده سال ۱۳۸۸

نازنین هنرپروران^۱، قاسم نظیری^۲ و مهرانگیز محمدنژاد^{۳*}

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی رویکرد طرح واره ی درمانی به شیوه ی گروهی بر تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه در زنان افسرده انجام شد. افسردگی رکورد دار بیماری ها در زنان ایرانی است و از آن جا که زنان در محیط خانواده نقشی کلیدی در انسجام خانواده و تربیت فرزندان دارند، درمان این اختلال امری ضروری بشمار می آید.

این پژوهش یک پژوهش نیمه تجربی است که در آن از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه ی آماری، تمامی زنان افسرده ی شهرستان مرودشت بودند که از آن میان ۲۰ نفر از زنان افسرده با استفاده از روش تصادفی انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش یافتند. متغیر مستقل، طرح واره ی درمانی بود که طی ۱۰ جلسه ی ۱۲۰ دقیقه ای به صورت گروهی روی گروه آزمایش اجرا شد. بمنظور گردآوری داده ها از پرسشنامه های افسردگی بک(II) و طرح واره ی یانگ(فرم کوتاه)، استفاده شد. تحلیل نتایج با استفاده از آزمون t افتراقی نشان داد که: اجرای طرح واره ی درمانی به شیوه ی گروهی در کاهش افسردگی زنان به گونه ای معنا دار موثر بوده است.

همچنین تأثیر رویکرد طرح واره محور به شیوه ی گروهی بر کاهش طرح واره های ناسازگار اولیه در تمام موردها مورد تأیید قرار گرفت. به بیان دیگر، طرح واره ی درمانی به شیوه ی گروهی در کاهش طرح واره های ناسازگار حوزه های بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد، به گونه ی معنا داری موثر بود.

^۱ -دکترای مشاوره، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد استهبان.

^۲ - دکترای روان شناسی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم تحقیقات فارس .

^۳ - کارشناس ارشد مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

*- نویسنده ی مسئول مقاله : mehr_mohamadnejad@yahoo.com

واژه های کلیدی: طرح واره ی درمانی، طرح واره های ناسازگار اولیه، افسردگی.

پیشگفتار

افسردگی^۱ که بیش تر برای بیان اندوه عمیق بکار می رود، رایج ترین اختلال روانی^۲ است که در عصر حاضر به شدت رو به افزایش نهاده و گریبانگیر افراد زیادی است. درصد زیادی از افراد هر جامعه، در شرایط زمانی خاص، به علت انواع تنش ها، روابط میان فردی نا سالم و آسیب پذیر، انواع فقدان ها، مشکلات و درگیری های خانوادگی یا زناشویی و بسیاری از مشکلات ناشی از دنیای صنعتی پیچیده معاصر، ممکن است دچار افسردگی شوند (انجمن پزشکی امریکا، ۱۳۸۱، ۱۶).

زندگی، این اصلی ترین موهبت هر موجود زنده، نشان و قدری آن چنان والا دارد که تلاش برای تداوم آن از ابتدایی ترین غرایز است. زندگی همیشه روندی همراه با موفقیت ندارد پس ناکامی ها نیز بخشی از زندگی هستند. شگفت این که در زمانه ای که از ذهن خلاق انسان هر روز بدعتی نو سر می زند، انسان های بیش تری دستخوش حرمان، یأس و افسردگی شده اند، آن گونه که گاه زنده نبودن را به زیستن ترجیح می دهند و این مسئله ای است که بی گمان باید ذهن صاحبان علم و اندیشه را به خود مشغول کند (سلیگمن^۳، ۱۳۸۳، ۱).

تردید نیست که امروزه مسئله ی افسردگی چنان دشوار شده است که نمی توان از آن چشم پوشی کرد. کسانی که به بیماری افسردگی دچار می شوند، دلسردی و نومیدی شدیدی تجربه می کنند و معمولاً با زندگی خانوادگی، شغلی یا موقعیت های اجتماعی آن ها تداخل می کند. در کشور ما، بر اساس آمارهای ارائه شده از سوی معاونت سلامت کشور، بیست و یک درصد مردم ایران از اختلال روانی رنج می برند. براساس این پژوهش ها، افسردگی به عنوان شایع ترین اختلال روانی، بیش تر در بین زنان دیده می شود (جمال، ۱۳۸۵). یک زن افسرده نمی تواند در فعالیت های زندگی به خوبی عمل کند و با فرزندان و همسر خود ارتباط مناسب داشته باشد. فرزندان تحت تاثیر این حالات روحی مادر تفکر منفی پیدا خواهند کرد و نظام فکری آن ها مبتنی بر بدبینی رشد می یابد و بر فعالیت های مدرسه ای، رفتار و بازی با همسالان و... تأثیر منفی بر جای خواهد گذاشت. ضمن آن که منشأ بسیاری از اختلالات خانوادگی و جدایی ها به افسردگی زنان و دختران بر می گردد. افسردگی ابعادی گسترده دارد و در طرز تفکر افراد به جهات گوناگون اثر می گذارد و چه بسیار دختران افسرده که از خانه و مدرسه فرار می کنند و یا دست به اعمال

^۱- depression

^۲- mental disorder

^۳- Seligman

خلاف اجتماع، خشونت، قتل و خودکشی می زنند. تقریباً ده برابر افزایش خطر ابتلا به افسردگی در دو نسل وجود دارد (سلیگمن، ۱۳۸۶، ۲۱). پس با وجود مادرانی افسرده، با نسلی افسرده رو به رو خواهیم بود.

به منظور درمان افسردگی شیوه ها و روش های گوناگونی بکار می رود که یکی از آن ها طرح وارۀ درمانی^۱ است. این رویکرد درمانی، بر الگوهای خود - ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می شوند، تمرکز می کند. در چارچوب واژه های طرح وارۀ درمانی، این الگوها طرح وارۀ های ناسازگار اولیه^۲ نامیده می شوند. عدم ارضا و ناکامی در بر آورده شدن نیازهای بنیادی(نیاز به امنیت و پذیرش، هویت، خودانگیختگی و تفریح و خویشتن داری) در دوران کودکی فرد، موجب شکل گیری طرح وارۀ های^۳ مختل می شوند. یانگ^۴ ۱۸ طرح وارۀ ی ناسازگار اولیه و ساز و کار های مقابله ای ناسازگار را که به گونه ی خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می شوند و در نتیجه منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می گردند، معرفی کرده است (استراک^۵، ۲۰۰۵). در این مدل درمانی از راهبردهای شناختی، تجربی، بین فردی و رفتاری برای تغییر طرح وارۀ های ناسازگار اولیه استفاده می شود (اسکات^۶، یانگ، ۲۰۰۶، ۴۴۶).

با ریشه یابی افسردگی درمی یابیم که طرح وارۀ های ناسازگار اولیه و راههای ناکارآمدی که بیماران از راه آن ها یاد می گیرند که با دیگران کنار بیایند، اغلب زیر بنای نشانه های مزمن اختلالات محور I مثل اضطراب^۷، افسردگی، سوء مصرف مواد و اختلالات روان - تنی بشمار می روند. طرح وارۀ های ناسازگار اولیه، قدیمی ترین مؤلفه های شناختی هستند و حتی گاهی اوقات پیش از آن که کودک زبان را بیاموزد، شکل می گیرند و اغلب نفوذ خود را بر سیستم پردازش داده ها، در زیر آستانه ی هوشیاری اعمال می کنند (یانگ، ۳۰، ۱۳۸۳). طرح وارۀ ها، ساختارهای دایمی سیستم شناختی هستند که به عنوان صافی و کلیشه، در خالص کردن تجربه ی فرد از دنیا عمل می کنند و فرد را در سازماندهی رفتارش یاری می دهند. به بیان دیگر، طرح وارۀ،

^۱ - schema therapy

^۲ - early maladaptive schema(EMS)

^۳ - schemas

^۴ - Young

^۵ - Strach

^۶ - Scott

^۷ - anxiety

نوعی الگوی سازمان یافته ی تفکر، احساس و رفتار مبتنی بر مجموعه ای از طرح واره هاست (آرنتز^۱ و همکاران، ۲۰۰۵، ۲۲۸).

از آن جا که طرح واره های ناسازگار اولیه اغلب زیربنای نشانه های اختلالاتی از قبیل افسردگی است و بر اساس آمار ارایه شده، افسردگی در زنان بسیار شایع است، بنظر می رسد که با تعدیل و اصلاح طرح واره های ناسازگار اولیه، افسردگی در افراد مبتلا می تواند کاهش یابد. در نتیجه، پژوهشگر در این مطالعه، در پی بررسی این امر است که تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان افسرده بر اساس برنامه ی درمانی ارایه شده به وسیله ی یانگ و همکاران، تا چه حد می تواند میزان افسردگی آنان را کاهش داده و در بهبود این اختلال شایع مؤثر واقع شود؟ در این پژوهش فرضیه های زیر مطرح است:

- ۱- رویکرد طرح واره درمانی در بهبود افسردگی زنان مؤثر است.
- ۲- رویکرد طرح واره درمانی در کاهش طرح واره های ناسازگار اولیه ی بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد زنان افسرده مؤثر است.

ادبیات پژوهش

تجربه ی بالینی نشان داده است که بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت و بیماریانی که مشکلات خصیصه ای مشخص با زیر بنای اختلال های محور I دارند، به طرح واره درمانی پاسخی مناسب می دهند (یانگ و همکاران، ۱۳۸۶).

هافارت^۲ و سکستون^۳ (۲۰۰۲)، پژوهشی با هدف تعیین و بررسی اثربخشی درمان شناختی طرح واره محور در درمان اختلال های شخصیتی روی ۳۵ بیمار با اختلال های پانیک^۴ و فوبیا^۵ بر اساس ملاک های تشخیصی DSM-IV انجام دادند. آزمودنی ها شامل ۲۸ نفر (۸۰ درصد) زن و ۷ نفر (۳۰ درصد) مرد با میانگین سنی ۴۰/۱ (با محدوده ی سنی ۲۲-۶۰ سال) بودند. آن ها در این پژوهش از پرسشنامه های SQ^۶، پرسشنامه ی خودگزارشی MI^۷ و STAI^۸ استفاده کردند که پیش و پس از هر جلسه درمانی اجرا شد. نتایج بدست آمده بیانگر تأثیر مثبت این روش درمانی

^۱ - Arntz

^۲ - Hoffart

^۳ - Sexton

^۴ - panic

^۵ - phobia

^۶ - Schema Questionnaire

^۷ - Mobility Inventory

^۸ - State – Trait Anxiety Inventory

بود. همچنین بازخورد مثبت در طی مراحل درمان و همدلی و رابطه درمانی که در این رویکرد بر آن تأکید می شود، منجر به تعدیل طرح واره های ناسازگار اولیه شد که این باعث افزایش میزان بهبودی گردید.

نوردال و ناسیتر^۱ (۲۰۰۵)، این سبک درمانی را با تأکید بر کار روی حالت انجام داده اند. آن ها مطالعه ای به روش تجربی تک موردی روی شش بیمار زن در دامنه ی سنی ۱۹-۴۲ سال که بر اساس معیارهای اولیه DSM-IV تشخیص اختلال شخصیت مرزی (BPD) داشتند، با هدف بررسی اثر بخشی طرح واره درمانی بر این اختلال انجام دادند. پرسشنامه های افسردگی بک، اضطراب بک، پرسشنامه ی طرح واره ی یانگ و پرسشنامه های SCID-I,II برای تشخیص اختلال شخصیت مرزی در سه مرحله پیش از شروع جلسه های درمان برای دستیابی به خطوط پایه و همچنین در جلسه های پیش از درمان (پیش آزمون)، در جلسه های بیستم و چهلم پس از پایان جلسه های درمانی (پس آزمون) و پس از ۱۲ ماه در مرحله ی پی گیری اجرا شد. نتایج نشان داد که طرح واره درمانی در بیماران با BPD در پنج نفر از شش آزمودنی مؤثر بوده است. مهم تر آن که فواید این روش درمانی پس از یک سال نیز در پنج بیمار دوام داشت. هر چند در یک بیمار از پس آزمون گرفته تا مرحله ی پی گیری تأثیری مشاهده نشد.

نادورت^۲، آرنتر^۳ و اسمیت^۴ و همکاران (۲۰۰۹)، مطالعه ای با هدف ارزیابی و بررسی میزان اثر بخشی رویکرد طرح واره درمانی در بهداشت روان بیماران سرپایی مبتلا به اختلال شخصیت مرزی انجام دادند. بدین منظور دو گروه به گونه ی تصادفی در دامنه ی سنی ۱۸ تا ۶۰ سال از بین مراجعین چندین مرکز انتخاب شدند. درمان به صورت هفته ای دو جلسه ی ۴۵ دقیقه ای به مدت ۱۸ ماه اجرا شد. پرسشنامه ی بکار رفته SCID-II بود که در فاصله های زمانی شش ماه اجرا شد. از میان ۶۲ بیمار که به گونه ی تصادفی انتخاب شدند، ۳۲ نفر علاوه بر شرکت در جلسه های درمانی از حمایت ارتباط تلفنی خارج از وقت اداری مرکز نیز بهره مند می شدند و ۳۰ بیمار این حمایت را دریافت نمی کردند. نتیجه ی پژوهش پس از گذشت یک سال و نیم از بین ۷۹ درصد بیمارانی که هنوز در جلسه های درمانی شرکت می کردند، نشان داد که ۴۱/۹ درصد از افرادی که حمایت ارتباط تلفنی دریافت می کردند و ۴۳/۳ درصد از بیمارانی که از این حمایت برخوردار نبودند، بهبودی یافته اند.

^۱-Nordhal & Nysaeter

^۲-Nadort

^۳- Arntz

^۴- Smit

صلواتی (۱۳۸۶)، طی مطالعه‌هایی بررسی طرح واره‌های غالب و اثر بخشی طرح واره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی را به انجام رسانده است. وی به منظور دستیابی به این هدف‌ها، ابتدا بر روی یک گروه نمونه‌ی ۴۰ نفری از زنان با تشخیص اختلال شخصیت مرزی که به وسیله‌ی SCID-II بررسی شده بودند، پرسشنامه‌های YCI¹، YRAI²، و YSQ را اجرا کرد. سپس طرح واره‌های غالب، ریشه‌های والدینی این طرح واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای بیش جبران و اجتنابی این گروه مشخص شد. در مرحله‌ی بعد، شش بیمار از این گروه را به گونه‌ی تصادفی به منظور ورود به پروتکل درمانی انتخاب کرد. نتایج نشان داد که طرح واره درمانی موجب کاهش معنی‌دار نمره‌های علائم اختلال شخصیت مرزی به جز تکانشگری و احساس تهی بودن می‌شود و در خشم نیز در درمان کوتاه مدت، تأثیری اندک دارد. همچنین، طرح واره درمانی موجب تعدیل طرح واره‌های غیر انطباقی در پنج مورد از بیماران شد.

ذوالفقاری (۱۳۸۷)، پژوهشی را با هدف بررسی تأثیر طرح واره درمانی بر اسنادهای ارتباطی زناشویی و باورهای ارتباطی زوجین انجام داد. این پژوهش نیمه تجربی و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری مورد نظر والدین دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی شهر اصفهان در سال ۸۷-۱۳۸۶ بودند. برای انتخاب نمونه‌ی مورد نظر ۳۰ زوج (۶۰ نفر) از والدین داوطلب دانش‌آموزان انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد قرار داد. پرسشنامه‌های اسنادهای ارتباطی و پرسشنامه‌ی باورهای ارتباطی اجرا شد. نتایج نشان داد که طرح واره درمانی، اسنادهای ارتباطی ($p < 0/01$) و باورهای ارتباطی ($p < 0/01$) زوجین را بهبود بخشیده است. این شیوه بر ابعاد اسنادها، شامل اسنادهای درونی/بیرونی به همسر، درونی/بیرونی به خود، عمدی/غیر عمدی، انگیزه‌ی خودخواهانه/نوع دوستانه و سزاوار سرزنش/گذشت، مؤثر بود، ولی بر ابعاد پایدار/ناپایدار و کلی/جزیی مؤثر نبود. همچنین بر ابعاد باورهای ارتباطی شامل باور به تخریب‌کنندگی مخالفت، تغییر ناپذیری همسر و توقع ذهن‌خوانی تأثیر معنادار داشت، ولی بر ابعاد کمال‌گرایی جنسی و تفاوت‌های جنسیتی تأثیر معنادار نداشت.

حمید پور (۱۳۸۷)، با هدف اصلی بررسی مقدماتی کارایی و اثر بخشی طرح واره درمانی در درمان شکست‌های عشقی دانشجویان، پژوهشی را به انجام رسانده است. جامعه‌ی آماری مورد نظر را دانشجویان مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره‌ی دانشجویی دانشگاه تهران در سال ۸۶-۱۳۸۵ تشکیل می‌دادند. از بین دانشجویانی که به دلیل شکست‌های عشقی مراجعه کرده بودند، ۳ نفر (۲ دختر و ۱ پسر) به شیوه‌ی نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. پژوهش انجام شده از نمونه طرح

¹ - Young Rygh Avoidance Inventory

² - Young compensation Inventory

تجربی تک موردی بود. این پژوهشگر از ابزارهای پرسشنامه ی افسردگی بک (BDI)، مقیاس عزت نفس روزنبرگ و پرسشنامه طرح واره ی یانگ (YSQ) استفاده کرد. هر کدام از مراجعه کنندگان ۲۵ جلسه درمان دریافت کردند. نتایج بیانگر آن بود که طرح واره درمانی در بیش تر آماج ها توانسته است تغییرات چشم گیری ایجاد کند. به این ترتیب که این روش درمانی نمره های افسردگی مراجعان را کاهش داد، از سوی دیگر، مراجعان (هر سه نفر) به افزایش ۵۰ درصدی در نمره های عزت نفس دست یافتند. همچنین مراجعان در بیش تر طرح واره ها به بهبودی بالای ۵۰ درصد رسیدند.

در مجموع، با توجه به فقر پژوهشی در زمینه ی طرح واره درمانی بویژه شیوه ی گروهی آن، شیوع بالای اختلال افسردگی و پیامدهای ناخوشایند افسردگی در زنان اهمیت این پژوهش، برجسته ترمی شود.

روش پژوهش

این پژوهش، مطالعه ی شبه آزمایشی (نیمه تجربی) بر اساس طرح گروه کنترل بدون مداخله با پیش آزمون و پس آزمون است. در طرح مورد بحث آزمودنی ها به صورت تصادفی انتخاب و به کمک همین روش تصادفی در گروههای کنترل و آزمایش جایگزین شدند. ابتدا پرسشنامه ی بک II روی ۱۰۰ نفر از زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره اجرا شد سپس از میان افرادی که نمره های ۱۷-۲۹ را کسب کرده بودند، به گونه ی تصادفی ۳۰ نفر انتخاب و پس از مصاحبه ی بالینی ۲۰ نفر به حکم قرعه در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. پس از انجام مصاحبه ی تشخیصی و اجرای پرسشنامه های افسردگی بک II و طرح واره ی یانگ، اعضای گروه آزمایش پس از توضیح کامل در مورد پژوهش و اعلام رضایت از جانب آن ها وارد فرایند درمان گروهی شدند. از آن جا که نمره های آزمودنی ها در سه حوزه ی طر حواره های بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد، بیش از سایر طرح واره ها بود، درمان بر این سه حوزه تمرکز یافت. جلسه های درمانی به صورت هفته ای یک جلسه ۱۲۰ دقیقه ای به مدت دو ماه و نیم اجرا و پس از پایان جلسه ها دوباره هر دو گروه به وسیله ی ابزار پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند.

یافته ها

بر اساس جدول شماره ی ۱ مشاهده می شود میانگین نمره های پیش آزمون برای گروه آزمایشی و کنترل در متغیر افسردگی به ترتیب برابر با ۲۱/۵ و ۲۱/۷ است. میانگین نمره های پس آزمون برای گروه آزمایشی در متغیر افسردگی برابر با ۸/۳۸ و در گروه کنترل این مقدار برابر با ۲۴ است.

جدول ۱ - نمره های توصیفی پیش آزمون و پس آزمون مقیاس افسردگی.

افسردگی	گروهها آماره ها		گروه آزمایشی		گروه کنترل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
پیش آزمون	۲۱/۵	۳/۸۹	۲۱/۷	۳/۷۷	
پس آزمون	۸/۳۸	۵/۳۱	۲۴	۶/۲۳	

بر اساس جدول شماره ی ۲ مشاهده می شود میانگین بدست آمده به وسیله ی گروه آزمایشی در پیش آزمون متغیرهای طرح واره بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی به بیش از حد به ترتیب برابر با ۶۹/۲۵، ۳۵/۷۵ و ۴۰/۷۵ و میانگین بدست آمده به وسیله ی گروه کنترل به ترتیب برابر با ۶۰/۱۰، ۳۹ و ۳۸/۳۰ است.

جدول ۲ - نمره های توصیفی پیش آزمون طرح واره های ناسازگار

گروهها	طرح واره ها		بریدگی و طرد		دیگر جهت مندی		گوش به زنگی بیش از حد
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین
آزمایشی	۶۹/۲۵	۸/۸۱	۳۵/۷۵	۵/۶	۴۰/۷۵	۹/۷۲	
کنترل	۶۰/۱۰	۱۱/۰۲	۳۹	۵/۳۱	۳۸/۳۰	۷/۱۵	

بر اساس جدول شماره ی ۳ مشاهده می شود میانگین بدست آمده به وسیله ی گروه آزمایشی در پس آزمون متغیرهای طرح واره ی بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی به بیش از حد به ترتیب برابر با ۴۱/۶۳، ۲۷/۸۸ و ۳۰ و میانگین بدست آمده به وسیله ی گروه کنترل به ترتیب برابر با ۶۱/۴۰، ۳۸/۴۰ و ۳۹/۴۰ است.

جدول ۳ - نمره های توصیفی پس آزمون طرح واره های ناسازگار

گوش به زنگی بیش از حد	دیگر جهت مندی		بریدگی و طرد		طرح واره ها / گروهها
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
انحراف معیار					
۷/۰۱	۳۰	۴/۶۱	۲۷/۸۸	۵/۷۵	۴۱/۶۳
۶/۳۲	۳۹/۴۰	۴/۹۰	۳۸/۴۰	۱۲/۲۲	۶۱/۴۰

بر اساس جدول شماره ی ۴ آزمون آماری لوینسون نشان می دهد، واریانس دو گروه در متغیرهای افسردگی و طرح واره های بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد همسان است.

جدول ۴ - مقایسه ی واریانس دو گروه در متغیر های افسردگی و طرح واره ها

سطح معناداری	F لوینسون	
۰/۹۷	۰/۰۰۱	افسردگی
۰/۵۹	۰/۲۹	بریدگی و طرد
۰/۱۶	۲/۰۷	دیگر جهت مندی
۰/۰۷	۳/۹۳	گوش به زنگی بیش از حد

فرضیه ی نخست: رویکرد طرح واره درمانی در بهبود افسردگی زنان مؤثر است.

بر اساس جدول ۵، آزمون آماری t با مقدار ۵/۴۷ و درجه ی آزادی ۱۶، تفاوت بین دو گروه با اطمینان آماری ۰/۹۹ معنا دار است، بدین معنا که میانگین نمره های افتراقی دو گروه آزمایشی و کنترل دارای تفاوت معنادار است، بدین ترتیب فرضیه ی صفر رد شده و فرضیه ی نخست پژوهش تأیید می شود، یعنی بین میزان افسردگی زنان افسرده در دو گروه آزمایشی و کنترل پس از اعمال متغیر مستقل تفاوت وجود دارد.

جدول ۵ - مقایسه ی گروه آزمایشی و کنترل از نظر میزان افسردگی

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	انحراف معیار	میانگین	آماره ها / گروه بندی	تفاوت
			۵/۶۳	-۲/۳	کنترل	

فرضیه ی دوم: طرح واره درمانی در کاهش میزان طرح واره های ناسازگار بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی زنان افسرده موثر است.

آزمون آماری مورد استفاده آزمون t مستقل جهت مقایسه ی نمره های افتراقی پیش آزمون- پس آزمون دو گروه می باشد.

براساس جدول شماره ی ۶، آزمون آماری t با مقدار ۵/۵۸ و درجه ی آزادی ۱۶ نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با اطمینان آماری ۰/۹۹ معنادار است؛ بدین معنا که میانگین نمرات افتراقی دو گروه آزمایشی و کنترل دارای تفاوت معنادار است، بدین ترتیب فرضیه ی صفر رد شده و فرضیه ی پژوهشی مبنی بر درمان طرح واره محور در کاهش میزان طرح واره ناسازگار بریدگی و طرد زنان افسرده موثر است، تایید می شود.

جدول ۶ - مقایسه ی گروه آزمایشی و کنترل از نظر میزان طرح واره ی بریدگی و طرد

گروه بندی	آماره ها	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
						۰/۰۱
آزمایشی	۲۷/۶۲	۱۱/۰۸	۵/۵۸	۱۶	۰/۰۱	
کنترل	۱/۳	۱۰/۷۸				

بر اساس جدول شماره ی ۷، آزمون آماری t با مقدار ۴/۱۰ و درجه ی آزادی ۱۶ نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با اطمینان آماری ۰/۹۹ معنادار است، بدین معنا که میانگین نمره های افتراقی دو گروه آزمایشی و کنترل دارای تفاوت معنادار است، بدین ترتیب فرضیه ی صفر رد شده و فرضیه ی پژوهشی مبنی بر درمان طرح واره محور در کاهش میزان طرح واره دیگر جهت مندی زنان افسرده موثر است، تایید می شود.

جدول ۷ - مقایسه ی گروه آزمایشی و کنترل از نظر میزان طرح واره دیگر جهت مندی

گروه بندی	آماره ها	میانگین	انحراف معیار	مقدار t	درجه آزادی	سطح معناداری
						۰/۰۱
آزمایشی	۷/۸۷	۴/۷	۴/۱۰	۱۶	۰/۰۱	
کنترل	۰/۶۰	۲/۶				

بر اساس جدول شماره ی ۸، آزمون آماری t با مقدار ۸/۰۴ و درجه ی آزادی ۱۶ نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با اطمینان آماری ۰/۹۹ معنادار است، بدین معنا که میانگین نمره های افتراقی دو گروه آزمایشی و کنترل دارای تفاوتی معنادار است، بدین ترتیب فرضیه ی صفر رد شده و فرضیه ی پژوهشی مبنی بر درمان طرح واره محور در کاهش میزان طرح واره ی گوش به زنگی زنان افسرده موثر است، مورد تایید قرار می گیرد.

جدول ۸ - مقایسه ی گروه آزمایشی و کنترل از نظر میزان طرح واره ی گوش به زنگی

سطح معناداری	درجه آزادی	مقدار t	انحراف معیار	میانگین	آماره ها	
					گروه بندی	گروه بندی
۰/۰۱	۱۶	۸/۰۴	۴/۲۳	۱۰/۷۵	آزمایشی	۱/۷۹
					کنترل	-۱/۱

بحث

در رابطه با فرضیه ی نخست پژوهش مبنی بر این که رویکرد طرح واره درمانی در بهبود افسردگی زنان مؤثر است، نتایج بدست آمده بر اساس آزمون t مستقل، نمره های افتراقی پیش آزمون و پس آزمون دو گروه نشان داد که در سطح اطمینان ۰/۹۹ تفاوتی معنادار بین میانگین نمره های افتراقی دو گروه مشاهده می شود، لذا طرح واره درمانی در کاهش نمره های افسردگی مؤثر بود. این یافته با یافته های هالن^۱ و همکاران (۱۹۹۲) و مورفی^۲ و همکاران (۱۹۸۴) همخوانی دارد. این پژوهشگران دریافتند که شناخت درمانی در بهبود نشانه های افسردگی مؤثر است و مهم تر از آن، بلاک برن^۳ و همکاران (۱۹۸۶)، ایوانز^۴ و همکاران (۱۹۹۲)، شی^۵ و همکاران (۱۹۹۲) و سیمونز^۶ و همکاران (۱۹۸۶) عنوان کردند که فنون شناختی، احتمال عود را در این افراد کاهش می دهد (دیویدسون، ۱۳۸۳، ۵۰). همچنین یانگ، ماتیللا^۷ (۱۹۹۸)، نوردهال و ناسیتر^۸ (۲۰۰۵) و حمیدپور (۱۳۸۷) طرح واره درمانی را در کاهش افسردگی مؤثر گزارش کردند. بک^۹ جنبه ای مهم از افسردگی را محتوای منفی طرح واره ها و افکار خود آیند منفی درباره ی خود، دنیا و آینده می داند (فری، ۱۳۸۴، ۳۶). از سوی دیگر، بر اساس نظریه ی طرح واره، افراد داده های مربوط به خویشتن را به اندازه ی کافی پردازش می کنند، ولی داده های ناهمخوان با خود را کم تر یا بدتر پردازش می کنند (مور^{۱۰}، وینکوئیست^{۱۱}، ۲۰۰۲، ۶۴۰)، بنابراین می توان چنین

^۱- Hollon

^۲- Murphy

^۳- Blackburn

^۴- Evans

^۵- Shea

^۶- Simons

^۷- Mattila

^۸- Nordhal&Nysaeter

^۹- Beck

^{۱۰}- Mor

^{۱۱}- Winquist

پنداشت که افراد افسرده داده های مثبت خود - ارجاع را از نظام پردازش داده های خویش حذف می کنند و داده های منفی مرتبط با خویشتن را بهتر به یاد می آورند و این سوی مندی منطبق با طرح واره های ناکارآمد فردی است (کلارک^۱ و همکاران، ۱۹۹۹).

طرح واره ها همیشه باعث ایجاد سوگیری در تفسیر انسان از وقایع می شوند و این سوگیری ها به صورت سوء تفاهم، نگرش های تحریف شده، فرض های نادرست و هدف ها و انتظارات غیر واقع بینانه تجلی می یابند، همچنین تمایل بشر به "هماهنگی شناختی" باعث می شود که موقعیت ها را به گونه ای سوء تعبیر کند که طرح واره ها تقویت شوند، به گونه ای که بر داده های همخوان با طرح واره انگشت می گذارد و داده هایی را که با طرح واره منافات دارند، نادیده می گیرد و یا کم ارزش می شمرد (یانگ، کلووسکو^۲، ویشار^۳، ۱۳۸۶، ۵۶).

افسردگی را می توان حاصل کارکردهای طرح واره ها دانست. پس بنا به مطالب عنوان شده، بنظر می رسد تعدیل طرح واره های ناسازگار افراد افسرده می تواند به اصلاح سوگیری های شناختی و در نتیجه درمان افسردگی منجر شود. از این نظر، یافته ی پژوهش با پژوهش های باربر و دروبیز^۴ (۱۹۸۹)، بک (۱۹۷۹)، برونز^۵ (۱۹۸۰) و فری^۶ (۱۹۹۹) همخوانی دارد، اما پژوهش هایی همچون بروین^۷ (۱۹۸۹) و اسکات و استرادلینگ^۸ (۱۹۹۰) تغییر در طرح واره ها، باورها و افکار خودآیند منفی را علت اصلی تاثیر این روش درمانی در افسردگی نمی دانند و از نظر ساز و کار عمل با این پژوهش همخوانی ندارند.

در رابطه با فرضیه ی دوم پژوهش نتایج نشانگر تفاوت معنادار در گروه آزمایش و کنترل در سطح اطمینان ۰/۹۹ بود. به بیان دیگر، درمان طرح واره محور به شیوه ی گروهی در کاهش میزان طرح واره های ناسازگار بریدگی و طرد، دیگر جهت مندی و گوش به زنگی بیش از حد زنان افسرده مؤثر بود.

یافته های بدست آمده از این پژوهش، با پژوهش های باربر و دروبیز (۱۹۸۹)، بک (۱۹۷۹)، برنز (۱۹۸۰) و فری (۱۹۹۹) همخوانی دارد. این پژوهشگران در یافته های خود عنوان کردند که شناخت درمانی باعث تغییر در باورها و طرح واره ها و یا فرایندهایی می شود که زمینه ساز ایجاد،

^۱- Clark

^۲- Klosko

^۳- Weishaar

^۴- Barber & Derubis

^۵- Burns

^۶- Free

^۷- Brewin

^۸- Scott & Strudling

نگهداری و تغییر در باورها هستند، اما این یافته با پژوهش هایی همچون بروین (۱۹۸۹)، همخوانی ندارد. بروین بر این باور است که هدف درمانی شناختی - رفتاری تغییر "اصولی" است که هر فردی ممکن است کسب کرده باشد.

هافارت و سکستون (۲۰۰۲)، نوردال و نایستر (۲۰۰۵) گزارش کردند که در طی اجرای فنون طرح واره درمانی، در طرح واره های ناسازگار اولیه تعدیل رخ می دهد که منجر به کاهش علائم اختلال شخصیت می شود. از این حیث نتایج گزارش شده با یافته های این پژوهش همسویی دارد. صلواتی (۱۳۸۶)، در مطالعه ای پیرامون طرح واره درمانی، در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی دریافت که در روند فنون درمانی با ترمیم طرح واره های ناسازگار اولیه، رفتارهای خود تخریبی درآزمودنی ها به شدت کاهش یافت.

نتایج پژوهش حمیدپور (۱۳۸۷) نیز نشان داد که بالا بودن نمره های طرح واره های محرومیت هیجانی، رها شدگی، بی اعتمادی، بد رفتاری، شکست و خویشتن تحول نیافته، گرفتار، فرد را در معرض خطر روابط ناکارآمد شکست های عشقی قرار می دهند. این افراد پس از اعمال راهبردهای طرح واره درمانی به بهبودی بالای ۵۰ درصد دست یافتند.

نتیجه گیری

بنظر می رسد پرداختن به نیازهای هیجانی اولیه ی ارضا نشده ی افراد در طول دوره ی درمان، همچنین جولان دادن به پردازش هیجانی و جستجوی ریشه های تحولی فرایند جذابیت طرح واره ها منجر به تعدیل و تغییر طرح واره های ناسازگار اولیه می شود. افراد افسرده از ویژگی های مثبت خود ارجاع کم تری را بیاد می آورند و این اثر در هنگام القای اندوه افزایش می یابد. پس سوگیری های شناختی و حافظه ی یادآوری باعث تداوم طرح واره ها می شوند. نتیجه آن که تغییر طرح واره ها و کاهش فراوانی سوگیری های شناختی و اصلاح پردازش داده های ایجاد شده در پی کاربرد فنون طرح واره درمانی باعث کاهش افسردگی در زنان شده است.

روی هم رفته، با توجه به تاثیر بسیار زیاد و انکار ناپذیر درمان افسردگی بر عملکرد افراد و نتیجه پژوهش که بیانگر تاثیر رویکرد طرح واره درمانی بر افسردگی می باشد، پیشنهاد می شود که از این شیوه به گونه ی گسترده تر در مراکز روان درمانی استفاده شود.

سپاسگزاری

با نهایت تشکر و قدردانی از تمامی عزیزانی که ما را در این پژوهش یاری کردند.

منابع

- ۱-انجمن پزشکی آمریکا، ۱۳۸۱. راهنمای عملی درمان افسردگی . مترجم: مهدی گنجی، چاپ دوم ، تهران: ویرایش.
- ۲-جمال، آ. ۱۳۸۵ . مقایسه ی اثربخشی روش موسیقی درمانی و تن آرامی در کاهش افسردگی. پایان نامه ی کارشناسی ارشد، تهران: دانشگاه علامه طباطبایی .
- ۳-حمیدپور، ح. ۱۳۸۷ . بررسی مقدماتی کارایی و اثربخشی طرح‌واره درمانی شکست‌های عشقی دانشجویان . مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان .
- ۴-دیوید سون، ک. ۱۳۸۳. کاربرد شناخت درمانی در اختلال‌های شخصیت‌راهنمای درمانگران، ترجمه: گیتی شمس، تهران: رشد .
- ۵-ذوالفقاری، م. ۱۳۸۷. تاثیر طرح‌واره درمانی بر اسنادهای زناشویی و باورهای ارتباطی زوجین . پایان نامه ی کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم تربیتی و روانشناسی اصفهان .
- ۶-سلیگمن، م.ای.تی.، ۱۳۸۳. کودک خوش بین . ترجمه: داوود پناه، فرید، تهران: رشد .
- ۷-سلیگمن، م. ای. پی و روزنهان، د. ال، ۱۳۸۶ . روان‌شناسی ناپهنجاری آسیب‌شناسی روانی. ترجمه: یحیی سید محمدی، تهران: ارسباران .
- ۸-صلواتی، م. ۱۳۸۶. طرح‌واره‌های غالب و اثربخشی طرح‌واره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی. رساله دکتری روانشناسی بالینی، انیستیتو روان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- ۹-فری، م. ۱۳۸۴. راهنمای عملی شناخت درمانی گروهی. ترجمه: مسعود محمدی و رابرت فرنام، تهران، رشد .
- ۱۰-یانگ، ج. ۱۳۸۳. شناخت درمانی اختلالات شخصیت رویکرد طرح‌واره محور. ترجمه: علی، صاحبی، و حسن، حمیدپور، تهران: آگه ارجمند .
- ۱۱-یانگ، ج. کلوکسو، ژ. و ویشار، م. ۱۳۸۶. طرح‌واره درمانی راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی . ترجمه: حسن حمیدپور وزهرا اندوز، تهران: ارجمند .
- 12- Arntz, A.,Klokman,J.and siesweda, S., 2005. An experiment test of the schema mode model of border line personality disorder. journal of Behavior therapy and experimental psychiatry vol.36 ,pp. 226-239.
- 13-Hoffart,A.and Sexton,H., 2002 . The role of optimism in the process of schema – focused cognitive therapy of personality problems,Behaviour Research and therapy. vol.40,pp.611-623.
- 14-Nadort.M.,Arntz.A., Smit.H., Giesen-Bloo.J. Eikelenboom.M., Spinhoven.P. and Asselt.T., 2009 .Schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours,Behaviour research and therapy.vol.XXX,pp.1-13.
- 15-Nordhal ,H.M. and Nysaeter , T.E., 2005 . Schema therapy for patients with border line personality disorder : a single case series , Journal of Behavior therapy and Experimental psychiatry ,vol.36 ,pp. 254-264.

-
- 16-Scott,H.k.and Young,E.J., 2006 . Schema therapy for borderline personality disorder,Journal of clinical psychology, Vol.62(4),pp.445-458.
- 17-strach, S., 2005 . Hand book of personology and psychopatology . new jersey, usA : john Wiley & sons, Inc .
- 18-Young, J.E.and Mattila,D.E., 2002 . schema- focused therapy for depression In: comparative treatments of depression . new york,NY,u s : springer publishing CO., PP.291-316.
- 19-Mor N.,Winqvist J., 2002 .Self-focused attention and negative affect:Ameta-analysis . Psychological Bullentin ,vol.128 ,pp.638-662 .
- 20- Clark D.A.,Beck A.T.,Alford B.A., 1999 .Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression . New York :John Wiley and Sons ,Inc.

