

اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب و افسردگی زنان مراجعه کننده به متخصص توانبخشی در سال ۱۳۹۴

نرگس زمانی^۱، محمدرضا خدابخش^{۲*}، سعید زمانی^۳، فریبا کیانی^۴، حامد خستو هنجین^۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۲/۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۱۳

خلاصه

مقدمه: اختلالات افسردگی و اضطرابی از شایع ترین اختلالات روانپزشکی در جمعیت عمومی هستند که به صورت بحرانی افزایش یافته اند. لذا هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب و افسردگی زنان مراجعه کننده به متخصص توانبخشی بود.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و جامعه آماری شامل بیماران زن مراجعه کننده به متخصص توانبخشی همدان بود. نمونه ها شامل ۳۶ نفر بودند که از این تعداد ۱۸ بیمار در گروه آزمایش و ۱۸ بیمار در گروه کنترل قرار گرفتند. نمونه ها به روش نمونه گیری تصادفی مبتنی بر ملاک ورود انتخاب شدند. ارزیابی روانی شامل مصاحبه بالینی بر طبق DSM-5، پرسشنامه اضطراب و افسردگی بک بود. طرحواره درمانی طی ۸ جلسه (هفته ای ۲ جلسه) ۲ ساعته در مورد گروه آزمایش انجام شد. پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه بعد از دوره آموزش در مورد هر دو گروه انجام شد و داده ها به کمک آماره های توصیفی و آزمون تحلیل واریانس آمیخته تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج به دست آمده حاکی از تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود ($p < 0/01$). یافته ها نشان دادند که شاخص های اضطراب و افسردگی پس از مداخله درمانی به شیوه طرحواره درمانی در دوره پیگیری به طور معنی داری کاهش یافتند ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: برنامه طرحواره درمانی می تواند جزء برنامه های مداخلاتی در سطوح گروه های بیماران اختلالات خلقی در مراکز مشاوره و بیمارستان های عمومی قرار گیرد و سلامت روان بیماران مبتلا به اختلالات جسمی را ارتقاء دهد.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، سلامت روان، اختلالات خلقی، اضطراب، افسردگی

- ۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران.
- ۲- دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران. (نویسنده مسئول)
پست الکترونیکی: khodabakhsh@ut.ac.ir، تلفن: ۰۹۳۶۵۸۶۱۰۵۰
- ۳- کارشناسی روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد همدان، همدان، ایران.
- ۴- دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بروجن، بروجن، ایران
- ۵- کارشناسی ارشد مدیریت آموزشی، باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد لاهیجان، لاهیجان، ایران

مقدمه

علیرغم شیوع بالای اختلالات روانی، کمتر از ۰/۰۱ افراد دچار این اختلالات به مراکز بهداشتی روانپزشکی مراجعه می‌کنند و بقیه افراد دچار اختلالات و مشکلات روانی بدون درمان باقی مانده و یا علائم خود را به صورت بیماری‌های جسمی نشان می‌دهند [۱]. بیماران در پی تشخیص و علت درد، به پزشکان متعدد و یا متخصص روی می‌آورند [۲] که تشخیص بیشتر پزشکان در مورد آن‌ها، اختلالات خلقی از جمله افسردگی و اضطراب است [۳].

اختلالات خلقی، گروهی از اختلالات بالینی هستند که در آن فرد رنج و غذایی عظیم می‌کشد [۴، ۵]. از جمله مهم‌ترین اختلالات خلقی که به صورت بحرانی رو به افزایش است اختلالات افسردگی و اضطرابی هستند که طبق آمار سازمان جهانی بهداشت در رأس فهرست بیماری‌های روانی قرار دارند و حدود ۲۵ درصد از آمار مراجعان به مراکز بهداشتی را به خود اختصاص می‌دهند [۶].

افسردگی، دومین اختلال رایج روانشناختی است که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در جهان به آن مبتلا هستند [۷] و تا سال ۲۰۱۰ دومین بیماری پرهزینه در تمام جهان بوده، در حالی که در سال ۱۹۹۰ در رده چهارم قرار داشته است [۸]. طبق آمارهای موجود، شیوع اختلال افسردگی عمده حدود ۷ درصد است که در زنان ۳ برابر مردان می‌باشد [۹]. انواع خفیف‌تر افسردگی که ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی را دارا ندارند، بسیار رایج‌تر از اختلال افسردگی اساسی است که منجر به کاهش عملکرد اجتماعی و جسمانی فرد می‌شود. اما به رغم شیوع بالا، این نوع افسردگی کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است [۱۰]. شیوع افسردگی خفیف نیز در زنان بیشتر از مردان است که به صورت‌های مختلفی مانند مراجعه به پزشک‌های متعدد و شیوه‌های تربیتی مستبد در برخورد با فرزندان مشخص می‌شود [۵].

اختلالات اضطرابی، از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی در جمعیت عمومی هستند [۱۱]. بنابر گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود ۱۰۰ میلیون اروپایی [۶] و ۱۹ میلیون آمریکایی از این اختلال رنج می‌برند [۱۲] که میزان شیوع این اختلال در زنان دو برابر مردان است [۱]. بررسی‌های جدید نشان

می‌دهند که شیوع این اختلال به گونه‌ای بحرانی افزایش یافته است [۱۳]. ۸ درصد کلیه بیماران روانی سرپایی، مبتلا به این اختلال هستند [۳] و حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد افراد در مرحله‌ای از زندگی خود به اختلالاتی دچار می‌شوند که با اضطراب ارتباط دارد [۹]. در نتیجه، اختلالات اضطرابی بار سنگینی بر دوش جامعه و فرد تحمیل می‌کنند و دوره آن بیشتر از سایر مشکلات روانی طول می‌کشد و می‌تواند به اندازه یک بیماری فیزیکی فلج‌کننده باشد [۱۴] درمان بیماری‌های اضطرابی از پرهزینه‌ترین درمان‌ها محسوب می‌شود [۱۵] طبق بررسی‌هایی که در ایران صورت گرفته، مشخص شده است که طیف این اختلالات بین ۱۱/۹ و ۲۳/۸ درصد در نوسان بوده و مانند اکثر بررسی‌های جهانی در ایران نیز یکی از شایع‌ترین اختلالات به شمار می‌رود [۱۶].

این نتایج به عدم موفقیت درمان‌های کنونی و نیاز به درمان‌های مؤثرتر برای این اختلالات اشاره دارند. با توجه به مطالب ذکر شده Kellogg young [۱۷]. یک مدل طرحواره‌ای متمرکز بر مشکلات شناختی ارائه کرده است. طبق نظریه او طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته، در سیر زندگی تداوم دارند و تکرار می‌شوند و به رابطه فرد با خود و دیگران مربوط می‌شوند.

طبق پژوهش‌های انجام شده طرحواره‌های ناسازگار اولیه، مکانیسم‌های ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روانشناختی می‌انجامند [۱۸] و علائم آسیب‌شناسی روانی با تعدادی از طرحواره‌های اولیه مرتبط هستند [۱۹].

طرحواره‌ها پیش‌بینی‌کننده‌های علائم روانی از جمله اضطراب و افسردگی می‌باشند [۲۰]. طرحواره‌های ناسازگار به عنوان زیرساخت‌های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می‌شوند و دارای مؤلفه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند که با فعال شدن سطوحی از هیجان منتشر شده و مستقیم یا غیر مستقیم منجر به آشفتگی‌های روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد و تعارضات بین فردی می‌شوند [۲۱]. افراد

افسردگی به عنوان پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید. سپس برای گروه آزمایش متغیر مستقل (طرحواره درمانی) در ۸ جلسه (هر هفته ۲ جلسه) و هر جلسه ۲ ساعت اجرا شد (جدول ۱). گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام این جلسات از دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون به عمل آمد و ۱ ماه پس از مداخله، بیماران مجدداً به پرسشنامه اضطراب و افسردگی به عنوان آزمون پیگیری پاسخ دادند.

پروتکل درمانی جلسات برگرفته از اصول طرحواره درمانی Kellogg young [۱۷] و درمان شناختی [۲۴] بود که توسط روانشناس بالینی آموزش دیده اجرا گردید. طرحواره درمانی یانگ شامل هجده طرحواره ناسازگار در پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، جهت‌مندی، گوش به زنگی بیش از حد و بازداری است. اگرچه فرد می‌داند که طرحواره خاصی منجر به ناراحتی در وی می‌گردد، اما با آن طرحواره راحت است و به همین دلیل فرد تلاشی برای تغییر آن نمی‌کند.

جدول ۱- آموزش مهارت‌های طرحواره درمانی

جلسات	مهارت‌های آموزش داده شده
۱	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه، معرفی پژوهشگر و اعضا و بررسی اهداف، تمرکز بر تاریخچه زندگی، اجرای پیش‌آزمون و آغاز آموزش تکلیف خانگی.
۲	آموزش در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای، آشنایی با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، توضیح سبک‌های مقابله‌ای، راهبردهای شناختی، ارائه منطق تکنیک‌های شناختی، استعاره جنگ، تعریف جدید از شواهد تهدیدکننده طرحواره
۳	تکنیک‌های شناختی، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای، آموزش تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی
۴	راهبردهای تجربی، ارائه منطق تکنیک‌های تجربی و اهداف آن، تصویرسازی ذهنی، ربط دادن تصاویر ذهنی گذشته به زمان حال، الگوشکنی رفتاری، بررسی تکالیف جلسه قبلی و گرفتن بازخورد از اعضا، ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، افزایش انگیزه جهت تغییر رفتار و ارائه تکلیف.
۵	تکنیک‌های رفتاری، بررسی تکالیف جلسات گذشته و گرفتن بازخورد، ایجاد تغییرات مهم در زندگی و در پایان ارائه تکلیف.
۶	جمع‌بندی مطالب گذشته، بررسی تکالیف جلسه قبل، جمع‌آوری و نتیجه‌گیری نهایی پس‌آزمون و ختم جلسات.
۷	۸

پرسشنامه اضطراب بک: این پرسشنامه شامل ۲۱ نشانه و علامت از اضطراب است. آزمودنی می‌بایست به این آیتم‌ها در طیف شدید، متوسط، خفیف، هرگز پاسخ دهد. در این آزمون، نمره صفر تا ۲۳ نشانه اضطراب خفیف، نمره ۲۴ تا

مبتلا به اختلالات بالینی و نیمه بالینی، دارای اختلالات خلقی و هیجانی آسیب‌های روانی و طرحواره‌های ناسازگار بیشتری هستند [۲۲].

Thase و همکاران [۲۲] دریافتند طرحواره درمانی باعث کاهش نشانگان افسردگی می‌شود و تأکید می‌کنند که در درمان افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب باید بر طرحواره‌ها متمرکز شد. همسو با این تحقیقات، پژوهش Kellogg young نیز نشان داد طرحواره درمانی باعث بهبود نشانگان اختلالات خلقی و اضطرابی شده است [۱۷]. Titov و همکاران با تکیه بر داده‌های بالینی تأکید کرد در درمان مبتلایان به اختلالات افسردگی و اضطرابی با استفاده از طرحواره درمانی می‌توان به تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی پرداخت که مهم‌ترین قدم در درمان این افراد است [۲۳]. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب و افسردگی زنان مراجعه‌کننده به متخصص توانبخشی شهر همدان در سال ۱۳۹۴ بود.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر نیمه‌تجربی و به صورت، پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل بیماران زن مراجعه‌کننده به پزشک متخصص توانبخشی شهرستان همدان در تابستان ۱۳۹۴ بود که با توجه به پژوهش‌های قبلی که در گروه درمانی بین ۲۰ تا ۴۰ نفر شرکت می‌کردند در این پژوهش نیز ۳۶ بیمار به صورت نمونه‌گیری تصادفی مبتنی بر ملاک ورود انتخاب شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل سن ۲۱ تا ۴۷ سال، وجود تشخیص اختلال افسردگی دائم و اختلال اضطراب فراگیر بر پایه معیارهای DSM-5، عدم دریافت درمان روانشناختی یا دارویی، مراجعه بیش از ۳ بار در طول تابستان ۱۳۹۴ به پزشک متخصص توانبخشی و وجود دردهای مزمن بود. معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از ابتلا به اختلالات روانپزشکی، اختلال سوء‌مصرف مواد، اختلال استرس پس‌ضربه و شرکت هم‌زمان در برنامه درمانی. پس از انتخاب نمونه‌ها، با انجام مصاحبه بالینی با توجه به معیارهای ورود به پژوهش، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و پرسشنامه اضطراب و

اضطراب، افسردگی در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. اختلاف در سطح $0/05$ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مجموع ۳۶ بیمار از بیماران مراجعه‌کننده به پزشک متخصص توانبخشی در پژوهش حاضر مورد بررسی قرار گرفتند که بعد از ریزش در فرایند درمان به ۳۴ نفر (هرگروه ۱۷ نفر) تقلیل یافتند. با توجه به داده‌های مورد بررسی مشاهده شد که در هر دو گروه مورد مطالعه از لحاظ تحصیلات، بیشترین فراوانی در مقطع دیپلم و کمترین فراوانی در گروه آزمایش مربوط مقطع فوق دیپلم و در گروه گواه مربوط به مقطع لیسانس است. میانگین سنی در گروه آزمایش $31/73 \pm 2/39$ و در گروه کنترل $32/64 \pm 2/81$ سال بود. از نظر وضعیت شغلی در هر دو گروه بیشترین فراوانی مربوط به زنان خانه‌دار بود.

۲۸ نشانه اضطراب متوسط، نمره بالاتر از ۲۹ نشانه اضطراب مرضی است [۲۵]. آزمون اضطراب بک در ایران به فارسی برگردانده شده است. ضریب همبستگی این آزمون با مؤلفه‌های فیزیولوژیکی $0/89$ بدست آمده است.

پرسشنامه افسردگی فارسی بک - فرم بازبینی شده [۲۵] از جمله مناسب‌ترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. هر ماده دارای ۴ گزینه است که درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می‌نماید. در یک بررسی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبایی که جهت بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ ۷۸ درصد و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، ۷۳ درصد بود [۲۵].

برای تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی میانگین و انحراف معیار) و تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش (طرحواره درمانی) بر نمرات

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه اضطراب و افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در زنان مراجعه‌کننده به متخصص توانبخشی در سال ۱۳۹۴

	گروه آزمایش			گروه کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اضطراب	۴/۴۵±۲۴/۵۲	۳/۶۳±۱۴/۴۲	۳/۷۲±۱۴/۵۲	۴/۱۷±۲۴/۶۴	۴/۴۲±۲۴/۵۴	میانگین±انحراف معیار
افسردگی	۴/۸۷±۲۸/۵۶	۳/۹۱±۱۷/۱۷	۳/۸۳±۱۷/۱۴	۴/۹۱±۲۷/۵۱	۴/۷۲±۲۷/۰۷	میانگین±انحراف معیار

پیش فرض‌ها ضروری نمی‌باشد و لذا استفاده از تحلیل واریانس آمیخته امکان‌پذیر است.

نتایج تحلیل واریانس آمیخته بررسی اثربخشی آموزش طرحواره بر نمرات اضطراب، افسردگی در هر سه مرحله پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

با توجه به جدول ۲، میزان اضطراب، افسردگی در افراد گروه آزمایش بعد از مداخله کاهش داشته است (در گروه آزمایش اضطراب در پیش‌آزمون در حد متوسط و پس از مداخله به خفیف کاهش یافت همچنین متغیر افسردگی، ۱ درجه بالاتر از افسردگی متوسط بود که پس از مداخله به سطح خفیف کاهش یافت.

بررسی پیش فرض‌های تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای متغیرهای اضطراب، تحقق یافته و پیش فرض تناسب کواریانس‌ها در مراحل مختلف سنجش با ماتریس واحد برای متغیرها تحقق نیافته است. با این حال به دلیل تساوی تعداد دو گروه رعایت کامل

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش بر نمرات اضطراب در زنان مراجعه کننده به متخصص توانبخشی در سال ۱۳۹۴

شاخص ها منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون	۶۷/۳۷	۲	۳۳/۶۸۵	۱۱/۳۱	۰/۰۰۰	۴۳	۰/۸۱
گروه × آزمون	۵۴/۰۲	۲	۲۷/۰۱	۶/۷۳	۰/۰۰۰	۲۹	۰/۷۴
خطا	۷۹/۳۱	۲۱	۳/۷۸				

با توجه به نتایج جدول ۳ می توان گفت که مداخله پژوهش، منجر به کاهش معنی دار اضطراب در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی اثربخشی مداخله پژوهش بر نمرات افسردگی در زنان مراجعه کننده به متخصص توانبخشی در سال ۱۳۹۴

شاخص ها منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
آزمون	۷۳/۸۴	۲	۳۶/۹۲	۲۱/۲۵	۰/۰۰۰	۰/۶۱	۰/۹۸
گروه × آزمون	۵۹/۵۲	۲	۲۹/۷۶	۱۹/۶۳	۰/۰۰۰	۰/۵۹	۰/۸۹
خطا	۴۸/۷۲	۲۱	۲/۳۲				

* $p < 0.05$ معنی دار

با توجه به نتایج جدول ۴ می توان گفت که مداخله پژوهش منجر به کاهش معنی دار افسردگی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث

نمرات پیش آزمون و پس آزمون بیماران به وضوح کاهش در نمرات اضطراب را بعد از اجرای طرحواره درمانی در مقایسه با گروه کنترل نشان داد که خود مؤید اثربخشی طرحواره درمانی است. طبق اصول این فن درمانی، طرحواره های ناسازگار به عنوان زیرساخت های شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می شوند و دارای مؤلفه های شناختی، عاطفی، رفتاری هستند و هنگامی که فعال می شوند سطوحی از هیجان منتشر می گردد که مستقیم یا غیرمستقیم منجر به آشفتگی های روان شناختی می شوند [۲۲]. آشفتگی های فکری و شناختی های ناکارآمد، از ویژگی های اختلال اضطرابی هستند که به عنوان یک زمینه مطالعاتی به رسمیت شناخته شده و گسترش یافته اند. از جمله سازه های مهم و جدیدی که به بررسی سبک پردازش شناختی و نحوه اثرگذاری آن بر پردازش هیجانی اضطراب در انسان می پردازد، سازه طرحواره های ناسازگار اولیه است [۲۲]. در واقع، طرحواره را به عنوان مؤلفه ای ساختاری و سازمانی

شناختی که از طریق آن انسان ها می توانند تجاربشان را تعیین، تفسیر، طبقه بندی و ارزشیابی کنند در نظر می گیرند و تأکید تکنیک های طرحواره درمانی بر روی هیجانات است، لذا به نظر می رسد این تکنیک ها کمک می کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود، آگاهی یافته و آن ها را بپذیرد. تکنیک های طرحواره درمانی کمک می کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره ها مهیا سازد [۲۳]. براساس دیدگاه Young هدف طرحواره درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضاء نشده بیمار است. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می شوند، زمینه را برای بهبود طرحواره ها مهیا می سازند چرا که طرحواره های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می گردند [۲۲]. طرحواره های ناسازگار اولیه به علت ارضاء نشدن نیازهای هیجانی اساسی در دوران کودکی (نیازهای بنیادینی چون دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، آزادی در بیان نیازها و هیجان های سالم، خودانگیختگی و محدودیت های واقع بینانه) به وجود می آیند. این طرحواره ها در عمیق ترین سطح شناخت، معمولاً بیرون از سطح آگاهی عمل می کنند [۲۶].

در راستای این نتیجه می توان از پژوهش های Kellogg

است. مطالعه Lee و همکاران [۲۸] بیانگر آن است که تمام طرحواره‌های ناسازگار اولیه با افسردگی رابطه مثبت داشته و وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه، آسیب‌پذیری فرد برای اختلالات روانی را افزایش می‌دهد.

تأکید اثربخشی پژوهش فعلی بر رنج هیجانی بیماران بود که به علت درد مبهم به متخصص روی آورده و علت نوآوری پژوهش نیز بوده است. چرا که این افراد بیشتر از درمان به دنبال گروهی هستند که مشکلات آنها را پذیرفته و رنج و درد آنها را کاهش دهند

محدودیت زمانی جهت پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد از محدودیت‌های این پژوهش هستند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش فقط به آن دسته از بیمارانی قابل تعمیم است که درصد درمان برمی‌آیند. در نهایت، این که گروه نمونه تنها از زنان تشکیل شده بود و یافته‌های این پژوهش تنها به زنان مبتلا به اضطراب و افسردگی که درصد درمان برآمده‌اند قابل تعمیم است. به منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی این رویکرد با رویکردهای دیگر مقایسه شود، دوره طولانی‌تر پیگیری در نظر گرفته شود، اثربخشی این رویکرد در مردان مبتلا به اضطراب و افسردگی نیز مطالعه گردد، علاوه بر این، طرحواره درمانی به عنوان یک روش مفید و کارآمد در مورد اختلالات روانی به بیماران فاقد مهارت‌های زندگی آموزش داده شود و با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود عملکرد زنان افسرده و مضطرب، این راهبرد می‌تواند به عنوان بخشی از درمان بیماران مبتلا به اختلالات به صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی طرحواره درمانی بر

کاهش افسردگی و اضطراب و اهمیت این طرحواره‌ها در سطح سلامت روان بیماران، پیشنهاد می‌شود این‌گونه مداخله‌های درمانی به شکل جامع‌تری برای افراد دارای اختلالات هیجانی تحت درمان مورد استفاده قرار گیرد.

تعارض منافع

نتایج این مقاله، هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان

Young [۱۷] نام برد که اثربخشی طرحواره درمانی را در کاهش اضطراب بررسی و با پیگیری کوتاه‌مدت و بلندمدت مورد بررسی قرار داد. نتایج مطالعات وی نشان داد طرحواره درمانی منجر به کاهش اضطراب می‌شود که تأثیر آن در دوره پیگیری نیز قابل مشاهده بود. نتایج پژوهش de Rijkeboer و Boo [۲۷] نشان داد طرحواره درمانی در درمان اضطراب مؤثر است.

در پژوهش حاضر علاوه بر اثربخشی در پس‌آزمون، این تأثیر در دوره پیگیری نیز حفظ شد و از دلایل نوآوری پژوهش این است که در افرادی صورت گرفت که دچار اختلال اضطراب با شدت متوسط بودند و بیماری خود را به صورت جسمانی نشان دادند. پذیرش آنها برای دریافت تشخیص اختلالات روانی پایین بود ولی با توجه به روند بهبود در طول دوره درمان، طرحواره درمانی را ادامه دادند.

در این پژوهش بعد از اجرای طرحواره‌درمانی در نمرات افسردگی بیماران در مقایسه با گروه کنترل بهبود حاصل شد که نشان‌دهنده اثربخشی طرحواره درمانی است.

طبق نظریه Beck [۲۵] دو تیپ شخصیتی اجتماعی‌گرا و فردگرا ممکن است فرد را در مقابل اختلالات افسردگی آسیب‌پذیر کنند.

افراد اجتماعی‌گرا بیش از اندازه درباره عدم تأیید دیگران نگران و حساس هستند، اما افراد فردگرا انگیزه زیادی برای استقلال و رسیدن به اهدافشان دارند و تعامل بین رویدادهای منفی زندگی و صفات شخصیتی فردگرا یا اجتماعی‌گرا طرحواره شناختی را فعال می‌کنند و باعث تحریک افسردگی می‌شوند.

با نتیجه این پژوهش مبنی بر اینکه افراد اجتماعی‌نگر شکست و نقص را تجربه کرده و دچار اختلال می‌شوند و افراد فردگرا تنهایی و آسیب‌پذیری را تجربه می‌کنند که باعث افسردگی و اضطراب آنان شده است چرا که این این بیماران انگیزه زیادی برای استقلال و رسیدن به اهدافشان دارند ولی به تنهایی نمی‌توانند بر عوامل نگهدارنده غلبه کنند و احساس می‌کنند احساس استقلال آنها زیر سؤال رفته است و در نهایت افسرده و مضطرب می‌شوند. نتایج این مطالعه با نتایج پژوهش de Boo و Rijkeboer [۲۷] مبنی بر اینکه اکثر طرحواره‌ها با مقیاس‌های آسیب روانی از جمله افسردگی رابطه دارند همسو

ندارد و صرفاً کار پژوهشی بوده است.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله از تمامی شرکت کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند صمیمانه قدردانی می‌نمایند. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد با شماره ۵۴۸۷۹ به ثبت رسیده است.

سهم نویسندگان

محمد رضا خدابخش، حامد خستو هاشجین و فریبا کیانی نگارش مقاله را بر عهده داشتند و نرگس و سعید زمانی اجرای مداخله آموزشی را بر عهده داشتند.

References

1. Scott J, Leboyer M, Hickie I, Berk M, Kapczinski F, Frank E, et al. Clinical staging in psychiatry: a cross-cutting model of diagnosis with heuristic and practical value. *BJ Psych* 2013; 202(4):243-5.
2. Zamani N, Habibi M, Darvishi M. Compare the effectiveness dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral group therapy in reducing depression in mothers of children with disabilities. *AMUJ* 2015; 18(94): 32-42.[Persian]
3. Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on Acceptance and Commitment) on Expulsive Anger and Impulsive Behaviors. *AMUJ* 2014; 17(92): 53-61. [Persian]
4. Zamani N, Ahmadi V, Ataei Moghanloo V, Mirshekar S. Comparing the Effectiveness of two Therapeutic Methods of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive Behavior Therapy on the Improvement of Impulsive Behavior in the Patients Suffering from Major Depressive Disorder (MDD) Showing a Tendency to Suicide. *sjimu* 2014;22(5):45-54.[Persian]
5. Zamani N, Farhadi M, Jamilian HR, Habibi M. Effectiveness of Dialectical Behavior group Therapy on Expulsive Anger. *Accept in Journal of Arak University of Medical Sciences* 2015; 18(101): 35-44. [Persian]
6. Lanata A, Valenza G, Nardelli M, Gentili C, Scilingo EP. Complexity index from a personalized wearable monitoring system for assessing remission in mental health. *IEEE journal of biomedical and health informatics*. 2015;19(1):132-9. Lanata A, Valenza G, Nardelli M, Gentili C, Scilingo EP. Complexity index from a personalized wearable monitoring system for assessing remission in mental health. *IEEE Journal of Biomedical and health Informatics* 2015;19(1):132-9.
7. Hudson JL, Bower P, Archer J, Coventry PA. Does collaborative care improve social functioning in adults with depression? The application of the WHO ICF framework and meta-analysis of outcomes. *Journal of affective disorders* 2016;189:379-91.
8. Compton WM, Baler R. The epidemiology of DSM-5 cannabis use disorders among US Adults: Science to inform clinicians working in a shifting social landscape. *Am Psychiatric Assoc* 2016;173(6):551-3.
9. Jackson KL, Janssen I, Appelhans BM, Kazlauskaitė R, Karavolos K, Dugan SA, Avery EA, Shipp-Johnson KJ, Powell LH, Kravitz HM. Body image satisfaction and depression in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of women's mental health* 2014;1;17(3):177-87.
10. Lavretsky H, Kumar A. Clinically significant non-major depression: old concepts, new insights. *The American journal of geriatric psychiatry* 2002;10(3):239-55.
11. Hodo DW. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences clinical psychiatry. *JAMA* 1996;275(11):883-4.
12. Spalding G, Stikes R, Sparks K, Myers J, Logsdon MC. Research Champions: An initiative to improve use of research evidence in nursing practice. *JNP* 2016;32(2):E1-E5.
13. Fong G, Garralda E. Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Clinical Syndrome* 2005; 4(8):64-77.
14. Hoover SM, Luchner AF, Pickett RF. Nonpathologizing trauma interventions in abnormal psychology courses. *Journal of Trauma & Dissociation* 2016;17(2):151-64.
15. Shalev I, Moffitt TE, Braithwaite AW, Danese A, Fleming NI, Goldman-Mellor S, Harrington H, Houts RM, Israel S, Poulton R, Robertson SP. Internalizing disorders and leukocyte telomere erosion: a prospective study of depression, generalized anxiety disorder and post-traumatic stress disorder. *Molecular psychiatry* 2014;1;19(11):1163-70.

16. Khani H, Belir S, Zamani S, Zamani N. Efficacy of Dialectical Behavior Therapy on Depression. J Mazanda. Lumley MN, Harkness ran Univ Med Sci 2015;25(127):113-8. [Persian]
17. Kellogg, S. H., & Young, J. E. Schema therapy for borderline personality disorder. Journal of clinical psychology 2006;62(4), 445-458.
18. Cecero JJ, Marmon TS, Beitel M, Hutz A, Jones C. Images of mother, self, and God as predictors of dysphoria in non-clinical samples. Personality and individual differences 2004;36(7):1669-80.
19. Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. Journal of affective disorders 2012;136(3):581-90.
20. Lambert KG. Rising rates of depression in today's society: Consideration of the roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. Neuroscience & Biobehavioral Reviews 2006;30(4):497-510.
21. Ahmadi AM, Fata L, Asgharnezhad F, Malakooti K. comparison early maladaptive Schemas in depressed patients with suicidal action and non suicidal action. Tazehaye olume shenakhti 2009; 4(10): 49-59.[Persian]
22. Thase ME, Nierenberg AA, Vrijland P, van Oers HJ, Schutte A-J, Simmons JH. Remission with mirtazapine and selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of individual patient data from 15 controlled trials of acute phase treatment of major depression. International clinical psychopharmacology 2010;25(4):189-98.
23. Titov N, Dear BF, Ali S, Zou JB, Lorian CN, Johnston L, et al. Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: a randomized controlled trial. Behavior Therapy 2015;46(2):193-205.
24. Ruiz P. Cognitive Therapy of Personality Disorders. AJP 2007;164(7):1124-5.
25. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation 1996;1:82.
26. Csukly G, Telek R, Filipovits D, Takács B, Unoka Z, Simon L. What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients. JBTEP 2011;42(1):129-37.
27. Rijkeboer MM, de Boo GM. Early maladaptive schemas in children: development and validation of the Schema Inventory for Children. JBTEP 2010;41(2):102-9.
28. Lee SJ, Choi YH, Rim HD, Won SH, Lee DW. Reliability and validity of the Korean Young Schema Questionnaire-short form-3 in medical students. Psychiatry investigation 2015;12(3):295-304

The Effectiveness of Schema Therapy on Depression and Anxiety among Women Referring to Rehabilitation Specialist 2015

Zamani N¹, Khodabakhsh MR², Zamani S³, Kiani F⁴, Khastwo Hashjin H⁵

1- PhD Student in Health Psychology, Young Researchers and Elite Club, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

2- PhD in Psychology, Dept. of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. (Corresponding Author)
Email: khodabakhsh@ut.ac.ir, Tel: 09365861050

3- BSc. In Psychology. Dept of psychology, Hamedan Branch, Islamic Azad University, Hamedan, Iran.

4 – PhD in Psychology, Dept. of Psychology, Boroujen Branch, Islamic Azad University, Boroujen, Iran.

5-MA in educational management, Young Researchers and Elite Club, Lahijan Branch, Islamic Azad University, Lahijan, Iran.

Received: 26 April 2016

Accepted: 1 February 2017

Introduction: Anxiety-and depression-related disorders are among the most prevalent psychological disorders and increasingly concern in the general population. Hence the aim of this study was to investigate the impact of remedial schema on anxiety and depression among clients referring to rehabilitation specialist.

Materials and Methods: The current research method is semi-experimental of pre- and post-test type with the control group and statistical community including all female patients referred to rehabilitation specialist. Eighty patients in trial group and 18 patients in control group were selected using entrance criterion through random sampling. Psychiatric evaluation included the clinical interview in accordance with DSM-5, scale of Beck anxiety survey (1988), and second edition of Beck depression survey (2000). Remedial schema was prepared during eight sessions of two-hour (two sessions every week) and no training was applied to the control group. For each of the two groups, pre- and post-test scores, and one-month follow up after training were obtained. The data were analyzed using description statistics and a mixed-design analysis of variance model

Results: The obtained results indicated that the schema therapy had a significant anxiety- and depression-relief effects in the trial group compared to the control group ($p < 0.01$). Similar effects were also observed in the follow-up period ($p < 0.01$).

Conclusion: According to the findings of the present study, , schema therapy can promote mental health status in patients suffering from physical disorders and may be a part of interventional programs for patients with mood disorders in consulting centers and general hospitals.

Key Words: Schema therapy, Psychiatric health, Disorders, Anxiety, Depression.

Please cite this article as follows:

Zamani N, Khodabakhsh MR, Zamani S, Kiani F, Khastwo Hashjin H. The Effectiveness of Schema Therapy on Depression and Anxiety among Women Referring to Rehabilitation Specialist. Community Health journal 2016; 10(3): 62-70.

Funding: This research was funded by Research Committee of Islamic Azad University.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University approved the study.