

## چکیده

پژوهش حاضر با هدف شناسایی طرحواره های ناسازگار اولیه افراد افسرده و تعیین اثر آموزش و اجرای تکنیک های تجربی بر روی طرحواره های افراد افسرده صورت گرفت. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی و با اجرای خرده مقیاس افسردگی، از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-21)، ۳۰ نفر به عنوان افراد افسرده و ۳۰ نفر به عنوان غیر افسرده تعیین گردید و سپس پرسش نامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ بر روی دو گروه اجرا شد و با استفاده از آزمون t طرحواره های دو گروه با یکدیگر مقایسه شد که نتیجه آن نشان داد که طرحواره نقص، شکست، وابستگی/بی کفایتی، 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 و آزمایش انتخاب گردید. گروه آزمایش تحت آموزش تکنیک های تجربی طرحواره درمانی قرار گرفتند و بعد از پایان جلسات آموزش طرحواره های گروه آزمایش و کنترل با استفاده از پرسش نامه یانگ و از طریق آزمون لوین و تحلیل کو واریانس با یکدیگر مقایسه شدند که نتایج نشان داد طرحواره های افراد گروه آزمایش در قیاس با افراد گروه کنترل که تحت آموزش تکنیک های تجربی قرار نگرفته بودند بهبود یافته بود.

# فصل اول

## کلیات پژوهش

در شناخت درمانی (یا درمانهای شناختی- رفتاری) برای فرمول بندی مشکلات مراجعان به طور کلی به سه عامل اصلی اشاره می کنند (گرائنت، تاوانند، میلر و کوکس ۲۰۰۸). این عوامل عبارتند از:

۱. عوامل زمینه ساز

۲. عوامل آشکار ساز

۳. عوامل تداوم بخش

آماج اصلی شناخت درمانی، عوامل تداوم بخش هستند. از ابتدای روی کار آمدن این رویکرد تا چند سال قبل، اگر مداخله ها و تکنیکهای درمانی به نوعی عوامل تداوم بخش را نشانه می رفتند اما به تدریج تجارب بالینی و شواهد پژوهشی نشان داد که برای چاره اندیشی برخی از مشکلات مراجعان لازم است به عوامل زمینه ساز نیز پرداخته شود. مخصوصاً مراجعانی که دچار مشکلات مزمن دیر پا هستند و نمی توان گریبان خود را از شر این مشکل رها کنند. از جمله رویکردهایی که به این مسأله توجه وافر دارد، رویکرد طرحواره درمانی یانگ است.

طرحواره درمانی، درمانی یکپارچه است که جنبه هایی از مدل های شناختی، رفتاری، روان پویشی، دلبستگی و گشتالت را در هم می آمیزد. طرحواره درمانی دو ویژگی مهم رفتار درمانی شناختی را حفظ کرده است.

هر دو رویکرد ساختار یافته اند و نغام مندند. درمانگر به دنبال فرآیند سنجش، روشهای درمانی را اعمال می کند. در مرحله سنجش چندین پرسش نامه بکار می رود که سبکهای مقابله ای و طرحواره ها را می سنجد. فرایند درمان فعال و جهت دهنده است. مدل طرحواره علاوه بر بینش، به تغییر شناختی، هیجانی، بین فردی و رفتاری نیز اهمیت می دهد.

یانگ معتقد است که طرحواره الگوی ثابت و دراز مدتی است که در دوران کودکی شکل گرفته و در زندگی بزرگسالی نیز ادامه می یابد. این طرحواره ها، باورها و احساس های مهمی در مورد خود و محیط می باشند که افراد آنها را بدون چون و چرا پذیرفته اند. آنها خود تداوم بخش اند و در برابر تغییر مقاومت زیادتری نشان می دهند. معمولاً این طرحواره

ها به غیر از بافت درمانی در جای دیگر تغییر نمی کنند. حتی موفقیت قاطع در زندگی نیز برای تغییر آنها کافی به نظر نمی رسد. طرحواره ها برای زنده ماندنشان می جنگند و اغلب در طی این راه موفقند (یانگ ۱۹۹۰).

طرحواره درمانی سه دسته تکنیک درمانی عمده را با یکدیگر تلفیق کرده و در فرایند درمان از این تکنیک ها بسته به شرایط درمانی بهره گرفته می شود. این سه تکنیک عمده عبارتند از: تکنیک های شناختی، رفتاری و تجربی. تکنیک های شناختی و رفتاری برگرفته از رویکردهای شناختی و رفتاری است. در تکنیک های شناختی درمانگر به بیمار کمک می کند تا به این آگاهی عقلانی برسد که طرحواره غلط است. با استفاده از تکنیک الگو شکنی رفتاری بیمار نحوه مقابله با طرحواره را در سطح رفتاری تجربه می کنند و راهبردهای تجربی که به دو صورت مورد استفاده قرار می گیرد به بیمار کمک می شود که با طرحواره ها در سطح عاطفی بجنگد. راهبردهای تجربی برای سنجش و تغییر به کار گرفته می شوند. عمده ترین تکنیک تجربی که در مرحله سنجش به کار گرفته می شود تصویر سازی ذهنی است که با استفاده از آن به بیمار کمک می شود تا ریشه های تحولی دوران تحولی دوران کودکی طرحواره ها را درک کرده و طرحواره ها را به مشکلات فعلی ربط دهند. در مرحله سنجش از تکنیک های متعددی استفاده می شود که سه تکنیک اصلی عبارتند از: تصویر سازی ذهنی، گفتگوی خیالی و نوشتن نامه به والدین

کلیه این تکنیک ها یافت می شود تا بیمار به یک بینش هیجانی نیز علاوه بر بینش عقلانی دست یابد.

## بیان مسئله

افسردگی حالت پیچیده‌ای است که در آن ارزشیابی‌های شناختی، پاسخ‌های فیزیولوژیکی و عاطفی درگیر است (کاسپر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۵).

افسردگی رایج‌ترین اختلاف روانی است؛ که 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 دمغی، بی‌حوصلگی، غمگینی، ناامیدی، دلسردی و ناخشنودی همگی تجربیات افسردگی رایج هستند (روزنهان<sup>۲</sup> و سلیگمن<sup>۳</sup>، ۱۹۹۵، به نقل از سید محمدی، ۱۳۷۹).

در بین افرادی که به خاطر مشکلات روانشناختی کمک می‌طلبند افسردگی مشکل شایعی است؛ تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها به زندگی خود پایان می‌دهند (کاپلان<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰)؛ بیمارانی که به خاطر مشکلات جسمانی به پزشک مراجعه می‌کنند، حداقل ۱۸ درصد آن‌ها افسرده هستند، و یک سوم آن‌ها دچار افسردگی متوسط تا شدید هستند (نجاریان، ۱۳۸۳).

افسردگی وضعیت بسیار تضعیف‌کننده‌ای به حساب می‌آید. آن‌چنان که بر حوزه‌های چندگانه کارکرد روان اجتماعی اثر می‌گذارد (جود<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۰، به نقل از کاسپر و همکاران، ۲۰۰۵) که شامل روابط بین فردی، شغلی، (برودهد<sup>۶</sup>، بلیزر<sup>۷</sup>، جورج تیسه<sup>۸</sup>، ۱۹۹۰ مک کوئید<sup>۹</sup>، اشتاین<sup>۱۰</sup>، لافای<sup>۱۱</sup>، مک کاهیل، ۱۹۹۹ به نقل از کاسپر و همکاران،

<sup>1</sup> - Casper

<sup>2</sup> - Reshan

<sup>3</sup> - Seligman

<sup>4</sup> - kaplan

<sup>5</sup> - Judd

<sup>6</sup> - broadhead

<sup>7</sup> - Blazer

<sup>8</sup> - Tse

<sup>9</sup> - Mcquid

<sup>10</sup> - Stein

۲۰۰۵) کارکرد تحصیلی (الوی و همکاران، ۲۰۰۱) و بهزیستی روانشناختی (فرگوسن<sup>۱۲</sup>، وود و ارد<sup>۱۳</sup> ۲۰۰۲ به نقل از کاسپر و همکاران، ۲۰۰۵) می‌باشد.

افسردگی در سراسر دنیا مسئله بسیار مهمی است. در بین کسانی که در بیمارستان‌های روانی بستری می‌شوند، بیشترین فراوانی مربوط به اختلال اسکیزوفرنی و پس از آن افسردگی است. اما در مراکز بالینی خارج از بیمارستان، بیماران افسرده بیشترین درصد را شامل می‌شوند، به نحوی که تخمین زده شده است که یک سوم کل بیماران روانی را تشکیل می‌دهند (وودراف<sup>۱۴</sup> و دیگران، ۱۹۷۵، به نقل از آزاد، ۱۳۷۴).

افسردگی همچنین تلفات زیادی را بر جامعه تحمیل می‌کند، به طوری که پژوهشگران پیش‌بینی می‌کنند که تا سال ۲۰۲۰، افسردگی به عنوان دومین اختلال از نظر هزینه بعد از بیماری‌های قلبی قرار خواهد گرفت (لکروبییرا<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۱)

شواهد روزافزون حاکی از آن است که اکنون در عصر مایخولیا<sup>۱۶</sup> زندگی می‌کنیم. سه نوع شواهد به این نکته اشاره دارند:

۱- بررسی‌های همه‌گیر شناختی<sup>۱۷</sup> در مورد گروه‌های بزرگ امریکایی که به صورت تصادفی از آن‌ها نمونه‌گیری شده است. نشان می‌دهد افرادی که در این قرن زودتر متولد شده‌اند از افرادی که دیرتر به دنیا آمده‌اند به افسردگی کمتری در طول زندگی خود مبتلا شده‌اند.

۲- بررسی‌های تشخیصی در مورد خویشاوندان افراد مبتلا به افسردگی شدید بالینی نشان می‌دهند که خویشاوندان مسن‌تر کمتر از خویشاوندان جوانتر آسیب‌پذیرند.

---

<sup>11</sup> - Laphay

<sup>12</sup> - ferguson

<sup>13</sup> - Wood ward

<sup>14</sup> - Wood raff

<sup>15</sup> - Lecrobiera

<sup>16</sup> - Melancholia

<sup>17</sup> - Epidemiological

۳- بررسی فرهنگ پیش مدرن old order Amish در ناحیه لانکستر، ایالت پنسیلوانیا نشان می‌دهد با اینکه این فرهنگ در احاطه امریکای مدرن زندگی می‌کند ولی میزان افسردگی یک قطبی بسیار کمتری از فرهنگ ما دارد (سلیگمن<sup>۱۸</sup> و روزنهان<sup>۱۹</sup>، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۳).

طی سی سال گذشته درمان اختلالات روانی گسترش یافته و اسامی مختلفی را به خود اختصاص داده است. تخمین‌های اخیر تعداد درمان‌های روانشناختی را بیش از ۴۰۰ نوع درمان گزارش کرده‌اند. هر نظامی ادعا می‌کند که اثربخشی متفاوت دارد و از قابلیت منحصر به فردی برخوردار است. (پروچاسکا<sup>۲۰</sup>، ۱۹۹۹، به نقل از سید محمدی) اغلب بیماران با اختلالات شخصیت و اختلالات روانی مزمن در پاسخ به درمان رفتاری شناختی موفق نبوده‌اند (بک<sup>۲۱</sup>، فریمن<sup>۲۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۰).

امروزه یکی از چالش‌های رو در روی درمان شناختی رفتاری درمان‌های موثر برای بیماران مزمن و سخت 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<sup>۲۳</sup>، وین برگر<sup>۲۴</sup> و بک، ۱۹۹۹، به نقل از بارلو<sup>۲۵</sup>، ۲۰۰۱).

در افسردگی میزان موفقیت بلافاصله پس از درمان بالاتر از ۶۰ درصد، ولی میزان عود<sup>۲۶</sup> مشکل پس از گذشت یک سال حدود ۳۰ درصد است (یانگ، وین برگر و بک<sup>۲۷</sup> به نقل از

---

18 - Seligman

19 - Rosenhan

20 - Prochaska

21 - Beck

22 - Freeman

23 - Young

24 - winbeger

25 - Barlow

26 - relapse

27 - Beck

یانگ، کلاسکو<sup>۲۸</sup> و ویشار، (۲۰۰۳). که این خود گویای نیاز برای درمان‌های خلاقانه<sup>۲۹</sup>، به منظور افزایش تأثیر مداخلات روانی اجتماعی می‌باشد. طرحواره درمانی که توسط یانگ و همکارانش (یانگ ۱۹۹۹، ۱۹۹۰، به نقل از یانگ کلاسکو، ویشار، ۲۰۰۳) به وجود آمده، درمانی نوین و یکپارچه است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمانی شناختی رفتاری کلاسیک بنا شده است. طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی<sup>۳۰</sup>، گشتالت، روابط شی<sup>۳۱</sup>، سازنده‌گرایی<sup>۳۲</sup> و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلقین کرده است.

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 بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این، ادراک از طریق طرحواره تعدیل<sup>۳۳</sup> 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 تجارت 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.

---

28 - Klasko

29 - Creative

30 - attachment

31 - Object relation

32 - Constructivism

33 - Mediate



یانگ (۱۹۹۴، به نقل از هریس<sup>۳۴</sup> و کورتین<sup>۳۵</sup>، ۲۰۰۲) با یکپارچه کردن کار بک و همکاران و دیگر افراد مثل بالبی پیشنهاد کرد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در جریان کودکی، از طریق تعاملات بین فردی توسعه می‌یابند و الگویی را شکل می‌دهند که تفسیر تجارب بعدی را هدایت می‌کند.

بر اساس یافته‌های لوملی<sup>۳۶</sup> و هارکنس<sup>۳۷</sup> (۲۰۰۷) طرحواره‌هایی که با موضوعات فقدان یا بی‌ارزشی مربوط می‌شوند ترجیحاً رابطه بین ناخوشایندی‌های کودکی و نشانه‌های بی‌لذتی که یکی از نشانه‌های افسردگی است را تعدیل می‌کنند. به طور خاص طرحواره‌های محرومیت هیجانی، وابستگی/بی‌کفایتی، نقص، شکست و کنارگیری اجتماعی منعکس‌کننده موضوعات فقدان و بی‌ارزشی (مانند من برای پیشرفت کردن ناشایست و بی‌لیاقتم، من به هیچ کس تعلق ندارم، من تنها هستم، من احساس می‌کنم دوست داشتنی نیستم) هستند که با افسردگی رابطه دارند.

یانگ، کلاسکو و ویشار (۲۰۰۳) طرحواره‌های ناسازگار اولیه<sup>۳۸</sup> را الگوهای هیجانی شناختی خود آسیب‌رسانی تعریف می‌کنند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل می‌گیرند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راه‌های ناکارآمدی که بیماران از طریق آن‌ها یاد می‌گیرند با دیگران کنار بیابند اغلب زیربنای نشانه‌های مزمن اختلالات محور یک مثل اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد و اختلالات روان‌تنی به شمار می‌روند. در واقع در طرحواره درمانی تغییر طرحواره‌ها از این جهت اهمیت پیدا می‌کنند که به نوعی تغییر سبک زندگی است (امرسون<sup>۳۹</sup>، وست<sup>۴۰</sup> و گنیتز<sup>۴۱</sup>، ۱۹۹۱).

34 - Harris

35 - curtain

36 - Lumley

37 - Harkness

38 - Early Maladaptive Schema

39 - Emerson

40 - West

41 - gnits

طرحواره درمانی بر کشف ریشه‌های تحول مشکلات روانشناختی، کشف طرحواره‌های ناکارآمد اولیه (عمیق‌ترین سطح شناخت) تأکید می‌کند (یانگ، ۲۰۰۳).

طرحواره‌های ناکارآمد اولیه از مقاوم‌ترین مشکلات بالینی هستند که درمانگران با آنها روبرو می‌شوند. بسیاری از بیمارانی که اختلال افسردگی عودکننده یا مزمن دارند در برابر تغییر و اصلاح مقاوم هستند. این بیماران بیان می‌کنند که می‌فهمند درمانگر چه می‌گوید اما از لحاظ عاطفی- رفتاری و باوری تغییر نمی‌کنند. اغلب این بیماران از اصلاح و تغییر الگوهای رفتاری و باورهای هسته‌ای خود ناامید می‌شوند و اصرار می‌ورزند که این شناخت‌واره‌ها، طرحواره‌ها و رفتارها به صورت جزء جدایی‌ناپذیری از وجودشان است. در نتیجه نمی‌تواند آن‌ها را تغییر دهند. نکته مهم در درمان این اختلال، مقاومت و پاسخ ندادن به فنون درمانی است. به طور خلاصه وجود طرحواره‌های ناکارآمد اولیه باعث ایجاد مشکلات قابل توجهی در اعمال سایر درمان‌ها می‌شوند.

یکی از دلایل سودمندی‌های طرحواره درمانی در درمان اختلالات مختلف رفع نواقص و عیوب مربوط به شناخت درمانی است. به عنوان مثال در شناخت درمانی این مفروضه وجود دارد که بیمار برای انجام تکالیف خانگی و برای یادگیری راهبردهای خویش‌داری، انگیزش کافی دارد، در حالی‌که در کار با بیمارانی که مشکلات درازمدت دارند متوجه می‌شویم که آن‌ها بی‌اراده هستند یا این که قادر نیستند تکالیف خانگی را انجام دهند و مقاومت‌های زیادی در مقابل یادگیری راهبردهای خویش‌داری نشان می‌دهند یا این که در شناخت درمانی کلاسیک کمتر به رابطه درمانی توجه می‌شود در حالی‌که در طرحواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های مختلف شناختی، رفتاری، تجربی<sup>۴۲</sup>، الگوشکنی رفتاری و ... این قبیل مشکلات را مرتفع می‌سازد (یانگ، ۱۹۹۹). ترجمه صاجی و حمیدپور، (۱۳۸۴).

<sup>42</sup> - experiential

یکی از راهبردهای درمانی در طرحواره درمانی، راهبردهای تجربی است. این راهبردها در بسیاری از بیماران بیشترین تغییر را ایجاد می‌کنند. بیماران از طریق تکنیک‌های تجربی می‌توانند باور شناختی خود از غلط بودن طرحواره‌ها را به باور هیجانی<sup>۴۳</sup> 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 اثر بخش تر اطلاعات در حالت عاطفی، اعمال قدرت می‌کنند.

یکی از ابزار سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پرسشنامه طرح یانگ و براون<sup>۴۴</sup> (۱۹۹۰ و ۲۰۰۱) است؛ که ابزاری خود گزارش ده برای سنجش طرحواره‌ها به حساب می‌آید. بیمار بر اساس توصیف هر جمله خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای می‌سنجد. درمانگر معمولاً این پرسشنامه را بعد از جلسه اول یا دوم به عنوان تکلیف خانگی، به بیمار می‌دهد تا آن را تکمیل می‌کند. در واقع یکی از مسائل اساسی در طرحواره درمانی شناسایی طرحواره‌ها و سپس آماج قراردادن آن‌ها در محیط درمان است. در این تحقیق تلاش می‌کنیم که ابتدا طرحواره‌های افراد افسرده را شناسایی نموده و سپس اثربخشی تکنیک‌های تجربی را به عنوان یکی از اساسی‌ترین تکنیک‌ها در طرحواره درمانی بر روی طرحواره‌ها بررسی نماییم. و از سویی به دنبال یافتن پاسخی برای سوال‌های ذیل هستیم:

- ۱- آیا طرحواره محرومیت هیجانی در افراد افسرده نسبت به غیرافسرده شدیدتر است؟
- ۲- آیا طرحواره انزوای اجتماعی در افراد افسرده نسبت به غیرافسرده شدیدتر است؟
- ۳- آیا طرحواره شکست در افراد افسرده نسبت به غیرافسرده شدیدتر است؟

<sup>43</sup> - Emotional helief

<sup>44</sup> - Brown

۴- آیا طرحواره وابستگی در افراد افسرده نسبت به غیرافسرده شدیدتر است؟

۵- آیا طرحواره نقص در افراد افسرده نسبت به غیرافسرده شدیدتر است؟

۶- آیا آموزش تکنیک‌های تجربی (تصویرسازی ذهنی/نوشتن نامه/گفتگوی خیالی) باعث بهبود (کاهش) طرحواره انزوای اجتماعی در افراد افسرده می‌شود؟

۷- آیا آموزش تکنیک‌های تجربی (تصویرسازی ذهنی/نوشتن نامه/گفتگوی خیالی) باعث بهبود (کاهش) طرحواره محرومیت هیجانی در افراد افسرده می‌شود؟

۸- آیا آموزش تکنیک‌های تجربی (تصویرسازی ذهنی/نوشتن نامه/گفتگوی خیالی) باعث بهبود (کاهش) طرحواره شکست در افراد افسرده می‌شود؟

۹- آیا آموزش تکنیک‌های تجربی (تصویرسازی ذهنی/نوشتن نامه/گفتگوی خیالی) باعث بهبود (کاهش) طرحواره نقص در افراد افسرده می‌شود؟

۱۰- آیا آموزش تکنیک‌های تجربی (تصویرسازی ذهنی/نوشتن نامه/گفتگوی خیالی) باعث بهبود (کاهش) طرحواره وابستگی در افراد افسرده می‌شود؟

## اهداف اصلی:

۱- شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه افراد مبتلا به افسردگی

۲- تعیین میزان اثربخشی تکنیک‌های تجربی (تصویرسازی ذهنی/نوشتن نامه/گفتگوی خیالی) بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده

۳- ارائه راهکارهای عملی و مناسب به افراد برای تغییر طرحواره‌های ناکارآمد اولیه

## اهداف کاربردی:

- ۱- تعیین طرحواره‌های ناکارآمد اولیه افراد افسرده
- ۲- درمان و بهبود طرحواره‌های افراد افسرده
- ۳- دستیابی به شواهد تجربی در زمینه طرحواره درمانی

## اهمیت و ضرورت پژوهش

در جمعیت دانشجویی متعارف، اضطراب و افسردگی دو نگرانی اصلی بهداشت روانی به حساب می‌آیند. برای مثل کای (۲۰۰۰) یافت که اضطراب بر ۵۰ درصد جمعیت دانشجویی اثر گذاشته و ۱۷ درصد تجربه مسائل حاد و فوری را داشته‌اند به طور مشابه برای افسردگی نیز اعداد و ارقامی نقل شده است (بدن، راینز و هال، ۲۰۰۱).

یک بخش اساسی از آسیب نقش ناشی از افسردگی شامل کاهش عملکرد شغلی است. یک تحلیل اقتصادی که اخیراً انجام شده است هزینه‌های افسردگی در محیط کار را برآورد می‌کند که هزینه‌های هم‌ارز حقوق سالانه مربوط به فقدان مولد بودن ناشی از افسردگی در ایالات متحده از مرز ۳۶ میلیارد دلار به خاطر کاهش عملکرد شغلی گذشت (کسلر، آکسیکال و همکاران، ۲۰۰۶).

تعدادی از مطالعات برآوردهایی بین‌المللی از میزان بروز<sup>۴۵</sup> و شیوع افسردگی ارائه داده‌اند: مطالعات شیوع شناسی مبتنی بر جامعه<sup>۴۶</sup> (مانند دی مارکو<sup>۴۷</sup> ۲۰۰۰، مورفی<sup>۴۸</sup>، لرد<sup>۴۹</sup>،

<sup>45</sup> - incidence

<sup>46</sup> - community-based

<sup>47</sup> - Demarco

<sup>48</sup> - Murphy

مانسون<sup>۵۰</sup>، سابل<sup>۵۱</sup> و الکساندر<sup>۵۲</sup> ۲۰۰۰، اوهایون<sup>۵۳</sup>، پرایست<sup>۵۴</sup>، گیلیمینالت<sup>۵۵</sup>، کالت<sup>۵۶</sup> ۱۹۹۹، پاتن<sup>۵۷</sup> ۲۰۰۰، رگیو<sup>۵۸</sup> و همکاران ۱۹۹۳، به نقل از کاسپر و همکاران، ۲۰۰۵)

آمار متنوعی را در شیوع نقطه‌ای<sup>۵۹</sup>، یک ساله و برآوردهای طول عمر<sup>۶۰</sup> این اختلاف مطرح می‌کنند. میانگین شیوع نقطه‌ای در بین کشورها ۴/۷۵ درصد بود. میانگین بروز یکساله و شیوع طول عمر ۵/۱۸ درصد و ۸/۷۵ درصد بود.

این اعداد هنگامی که کشورهای امریکای شمالی نیز به آن‌ها اضافه شد بالاتر رفتند (شیوع یکساله، میانگین برابر با ۹/۱۸ درصد، شیوع طول عمر، میانگین برابر با ۱۳/۹۸ درصد). همانطور که از اعداد و ارقام بالا برمی‌آید افسردگی شدیداً رایج است. بین ۵۰ تا ۸۵ درصد از افراد مبتلا به افسردگی در طول زندگی دوره‌های مکرر چندگانه‌ای را تجربه کرده‌اند (کوین پیر و فلاین، ۱۹۹۹).

پیشنهاد می‌شود که درمان افسردگی به صورت موثر هزینه‌ها را کاهش می‌دهد و از سویی فهم عواملی که خطر افسردگی را افزایش می‌دهند به طور واضح یک تلاش مهم هم برای درمان و هم برای پیشگیری به حساب می‌آید.

اختلالاتی از قبیل افسردگی بر کارکرد دانشگاهی و شغلی اثر گذاشته و به طور منفی در روابط با دوستان و خانواده تأثیر دارد (اینگرام، ۲۰۰۱).

---

49 - Laird  
50 - Monson  
51 - Sobol  
52 - Alexander  
53 - Ohayon  
54 - Priest  
55 - Guilleminault  
56 - Caulet  
57 - Patten  
58 - regier  
59 - Point  
60 - Lifetime

اما همانگونه که قبلاً ذکر شد نقایص و معایب موجود در شناخت درمانی موجب شد که یانگ رویکرد درمان طرحواره محور را ابداع کند که این مشکلات عبارتند از مسائلی که در مورد مفروضه‌های شناخت درمانی وجود دارد. شناخت درمانی کوتاه‌مدت هفت فرض در مورد بیماران دارد.

۱. بیماران با یک آموزش مختصر به احساسات خود دست می‌یابند: در شناخت درمانی کوتاه مدت ما فرض می‌کنیم که با مقداری آموزش نسبتاً کوتاه می‌توانیم به بیماران بیاموزیم هنگامی که احساساتی نظیر اضطراب، ناراحتی، خشم و دیگر هیجانات را تجربه می‌کنند آنها را گزارش کنند. با این وجود در بسیاری از بیماران که مشکلات و اختلالات مزمن دارند به نظر می‌رسد که این توانایی برای گزارش احساسات وجود ندارد. بسیاری از آنها چیزی را که احساس می‌کنند نمی‌توانند لمس کنند یا احساسات خود را مسدود می‌کنند. برای این بیماران باید رویکرد شناخت درمانی کوتاه مدت را جرح و تعدیل کرد.

۲. بیمار با یک آموزش مختصر می‌تواند به افکار و تصویر سازی ذهنی خود دسترسی یابد. بسیاری از بیمارانی که مبتلا به اختلال شخصیت هستند نمی‌توانند افکار خودآیندشان را گزارش کنند یا اینکه می‌گویند اصلاً تصویر ذهنی ندارند. برای این بیماران مجبور به ابداع راهبردهای جدیدی هستیم که فعلاً در شناخت درمانی کوتاه مدت وجود ندارد.

۳. در شناخت درمانی کوتاه مدت فرض بر آن است که بیمار مسائلی قابل تشخیص دارد و می‌توان آن مسائل را مورد توجه قرار داد. برخی از بیماران دشوار مسائلی مبهم و مشخص دارند یا مسائلی دارند که تشخیص آنها دشوار است. آنها ممکن است یک کسالت کلی داشته باشند و نتوانند محرک خاص مشکل را شناسایی کنند. مجبوریم شناخت درمانی کوتاه مدت را برای کار کردن با این بیماران که مشکلات آماجی\* خاصی ندارند اصلاح کنیم.

۴. در شناخت درمانی کوتاه مدت فرض بر آن است که بیمار برای انجام تکالیف خانگی و برای یادگیری راهبردهای خویشتن داری انگیزش کافی دارد. با این وجود در کار با بیمارانی که مشکلات دراز مدت دارند متوجه شدیم که آنها بی‌اراده اند یا اینکه قادر نیستند تکالیف خانگی را انجام دهند و مقاومت‌های زیادی در مقابل یادگیری راهبردهای خویشتن داری نشان می‌دهند. به نظر می‌رسد این بیماران بیشتر تمایل دارند به درمانگران تکیه

کنند و از حمایت آن برخوردار شوند تا اینکه راهبردهایی را برای کمک به خودشان یاد بگیرند.

۵. در شناخت درمانی کوتاه مدت فرض بر آن است که بیمار می تواند همواره با درمانگر در یک سری جلسات کوتاه مدت و در یک رابطه مشارکتی\* شرکت کند با این وجود، برای بسیاری از بیماران تعهد به یک رابطه مشارکتی تقریباً غیر ممکن است. رابطه بین بیمار/ درمانگر به حدی مسأله ساز است که برخی از بیماران تلاش خود را در این جهت صرف می کنند که درمانگر نیازهای آنها را رفع کند یا اینکه به قدری بی قید و ناسازگار هستند که نمی توانند مشارکت کنند.

۶. ششمین فرض این است که مشکلات موجود در رابطه ی درمانی مسأله ی مهمی نیست که بخواهیم بر آن متمرکز شویم. با این حال درمورد بسیاری از بیمارانی که مبتلا به اختلال شخصیت هستند، اگر فرض ما این باشد که مشکلات موجود در رابطه ی درمانی صرفاً مواعی هستند که هر گاه بر آنها فائق بیاییم می توانیم شناخت درمانی کوتاه مدت را ادامه دهیم. متوجه هسته واقعی مسأله نمی شویم. در بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال شخصیت هسته مشکل بین فردی است و یکی از بهترین حوزه ها برای مشاهده ی اینگونه مشکلات، رابطه ی درمانی است. برای درمان چنین بیمارانی خود رابطه ی درمانی به عنوان کانون اولی درمان محسوب می شود. متأسفانه در شناخت درمانی کوتاه مدت درباره ی چگونگی پرداختن به رابطه ی درمانی مطلب زیادی گفته نشده است.

۷. در شناخت درمانی کوتاه مدت فرض می شود که تمام شناختواره ها\* و الگوهای رفتاری می توانند از طریق تحلیل های تجربی\*، گفتمان منطقی، آزمایشگری، گام های تدریجی و تمرین تغییر کنند. در شناختواره ها و الگوهای رفتاری خودآسیب رسان بسیاری از بیمارانی که مشکلات مزمن دارند، در برابر تغییر و اصلاح و آن هم از طریق فنون رفتاری - شناختی کوتاه مدت بی اندازه مقاوم هستند. چنین بیمارانی ممکن است مکرراً گزارش کنند که از لحاظ عقلی می فهمند درمانگر چه می گوید اما از لحاظ عاطفی، احساسات، رفتارها و باورها تغییری نمی کنند؛ حتی ماه ها بعد از فاصله گرفتن از این باورها و الگوهای رفتاری، هیچ گونه اصلاحی مشاهده نمی شود. اغلب این بیماران از اصلاح و تغییر الگوهای رفتاری و باورهای مرکزی خود نا امید می شوند و اصرار دارند که در این مرحله از زندگیشان این شناختواره ها و رفتارها به صورت جزء لاینفکی از وجودشان درآمده اند و در نتیجه نمی توانند تغییر کنند (یانگ ۱۹۹۹، ترجمه صاجی و حمیدپور ۱۳۸۳).



بنا به دلایلی که توضیح داده شد یانگ ( ۱۹۹۰، ۱۹۹۹ ) طرحواره درمانی را برای درمان مبتلایان به مشکلات منش شناختی مزمنی که به قدر کافی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی کردند، تدوین کرد. این بیماران در رفتار درمانی شناختی کلاسیک به عنوان شکست درمانی در نظر گرفته می شوند، یانگ با یکپارچه سازی تکنیک های مختلف در قالب یک نظریه ی منسجم، طرحواره درمانی را که رویکردی نظام مند است، بوجود آورد و با این کار باعث گسترش مرزهای رفتار درمانی شناختی شد. طرحواره درمانی بسته به مشکل بیمار می تواند به صورت کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت به کار گرفته شود. طرحواره درمانی بر پایه ی رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و با تأکید بیشتر بر ریشه های تحولی مشکلات روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیکهای برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک های مقابله ای ناسازگار افق های نوینی فرا روی مرزهای رفتار درمانی شناختی گشوده است.

یکی از مفاهیم اصلی در نظریه یانگ، مفهوم طرحواره های ناسازگار اولیه است که واجد خصوصیات زیر می باشند :

- ۱- الگوها یا درون مایه های عمیق و فراگیری هستند.
- ۲- از خاطرات، هیجان ها، شناختواره ها و احساسات بدنی تشکیل شده اند.
- ۳- در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته اند.
- ۴- در مسیر زندگی تداوم دارند.
- ۵- درباره خود و رابطه با دیگران است.
- ۶- به شدت ناکارآمد آمدند.

طرحواره های مربوط به افسردگی فرض می شوند که در جریان کودکی اولیه رشد می یابند اما نهفته باقی می مانند تا بعداً در زندگی از طریق شرایط ناخوشایند فعال شوند. ( یانگ و همکاران ۲۰۰۳ )

فردی که نسبت به افسردگی آسیب پذیر است برای نمونه ممکن است باور هسته ای اش در حالت غیر فعال باشد که او بی کفایت است یا اساساً غیر محبوب است. این شخص ممکن است تا زمانی که این باور فعال نشده است تسلیم افسردگی نشود. هنگامی که این طرحواره توسط یک استرس زندگی ( مثل تجربه طرد یا شکست ) جرقه می خورد فرد ممکن است

درگیر سوگیری های پردازش اطلاعات شود ( شر و همکاران ۲۰۰۵ ) و افکار منفی را تجربه کند که محوریت آنها فقدان، شکست، بی ارزشی، نقص، عدم شایستگی و بی کفایتی است. ( بک ۱۹۹۵ )

از این رو شناخت طرحواره های ناسازگار اولیه می تواند در کمک به فرایند طرحواره درمانی اثرگذار بوده و ما را با عوامل ایجاد و نگهدارنده افسردگی آشنا سازد. از سوی دیگر استفاده گسترده از تکنیک های هیجانی در طرحواره درمانی یکی از کیفیت های تعیین کننده این رویکرد به حساب می آید. سه تکنیک تجربی مرکزی در طرحواره درمانی عبارتند از کار تصویر پردازی ذهنی\*، گفتگوها\* و نوشتن نامه. ( یانگ ۲۰۰۶ )

در یک تکنیک ارزیابی، از بیماران خواسته شد تا چشمان خود را ببندند و خاطرات و تصاویر مربوط به رویدادهای مشکل زندگی شان را در رابطه با والدین، هم شیرها یا دیگر اعضای خانواده به یاد آورند. در جریان این فرایند درمانگر به عنوان یک حامی وارد صحنه های به خاطر آورده می شود و از کودک طرد شده یا رها شده حمایت می کند. ( یانگ ۲۰۰۶ )

تکنیک دیگر گفتگو است که در آن درمانگر با استفاده از بازی نقش، الگو برداری و حمایت به بیمار کمک می کند تا ذهنیت سالم را تقویت و گسترش دهند و سومین روش نوشتن نامه است، بیماران می توانند نامه هایی را به افراد مهم زندگی شان بنویسند و احساسات خود را بیان نموده و به نیازهای خود صحنه بگذارند. این نامه ها در جریان درمان خوانده می شوند.

به دلیل اینکه تکنیک های تجربی به عنوان یکی از مؤثرترین تکنیکهای طرحواره درمانی به حساب می آیند ما به دنبال آن هستیم تا با اعمال این تکنیک ها اثربخشی آنها را مورد ارزیابی قرار دهیم.

## فرضیه‌های تحقیق

- ۱- طرحواره محرومیت هیجانی در افراد افسرده نسبت به غیرافسرده شدیدتر است.
- ۲- طرحواره انزوای اجتماعی در افراد افسرده نسبت به غیرافسرده شدیدتر است.
- ۳- طرحواره شکست در افراد افسرده نسبت به غیرافسرده شدیدتر است.
- ۴- طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی در افراد افسرده نسبت به غیرافسرده شدیدتر است.
- ۵- طرحواره نقص در افراد افسرده نسبت به غیرافسرده شدیدتر است.
- ۶- آیا آموزش تکنیک‌های تجربی باعث بهبود (کاهش) و طرحواره انزوای اجتماعی در افراد افسرده می‌شود؟
- ۷- آیا آموزش تکنیک‌های تجربی باعث بهبود (کاهش) و طرحواره محرومیت هیجانی در افراد افسرده می‌شود؟
- ۸- آیا آموزش تکنیک‌های تجربی باعث بهبود (کاهش) و طرحواره شکست در افراد افسرده می‌شود؟
- ۹- آیا آموزش تکنیک‌های تجربی باعث بهبود (کاهش) و طرحواره نقص در افراد افسرده می‌شود؟
- ۱۰- آیا آموزش تکنیک‌های تجربی باعث بهبود (کاهش) و طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی در افراد افسرده می‌شود؟

## متغیرهای تحقیق:

متغیر مستقل: آموزش تکنیک‌های تجربی

متغیر وابسته: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده

متغیر پیش‌بین: طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

متغیر ملاک: افسردگی

## تعاریف نظری:

۱- طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه: الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. (یانک، کلاسکو، ویشار ۲۰۰۳)

۲- افسردگی: نشانگانی که تحت سلطه خلق افسرده است و براساس بیان لفظی و یا غیرلفظی عواطف غمگین، اضطراب و یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود. (بلاک بون کوتره ۱۹۹۰ به نقل از دادستان ۱۳۸۲)

۳- تکنیک‌های تجربی: آن دسته از تکنیک‌های از طرح‌واره درمانی که به منظور جنگیدن با طرح‌واره‌ها در سطح عاطفی در نظر گرفته شده است که عبارتند از:

(۱) ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی (۲) انجام گفتگوهای خیالی (۳) باز والدین در حین کار با تصاویر ذهنی (۴) نوشتن نامه به عنوان تکلیف خانگی (۴) تصویرسازی ذهنی به منظور الگوشکنی رفتار