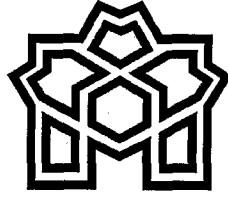


بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

٩٥٢٥٢



دانشگاه علامه طباطبائی
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی
جهت اخذ مدرک دکترای روانشناسی

موضوع :

بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود اختلال
افسردگی اساسی عودکننده

استاد راهنما :

جناب آقای دکتر احمد برجعلی

استادان مشاور :

جناب آقای دکتر علی دلاور

جناب آقای دکتر محمود گلزاری

استادان داور :

جناب آقای دکتر دژ کام

جناب آقای دکتر حسن احدی

دانشجو :

مسیب یار محمدی واصل

آذرماه ۱۳۸۶

کمیته اطلاعات آژانس ملی
مسیب یار محمدی

۳۳۸۷ / ۳ / ۲۳

۹ ۵۴۵۳

با تقدیر و تشکر از :

استاد ارجمند جناب آقای دکتر احمد برجعلی که با راهنمایی های ارزشمند ، تجربیات گرانبها ، دقت و حوصله فراوان مرا در تمامی مراحل این پژوهش یاری نمودند و راهنمایی بی دریغ ایشان راهگشای این پژوهش بود . امیدوارم سایه پر مهرش همچنان گسترده باشد .

با تشکر صمیمانه از :

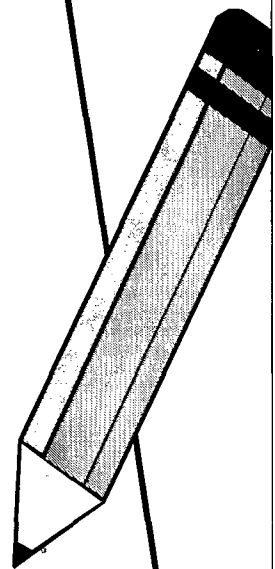
استادان گرانقدر جناب آقای دکتر علی دلاور و جناب آقای دکتر محمود گلزاری که با توصیه های مفید ، تجربیات گرانبها و با راهنمایی های ارزشمند خود ، همچون مشاوره مهربان و کارگشا در تمام مراحل پژوهش ، مرا یاری نمودند .

با تشکر و سپاس از :

استادان ارجمند جناب آقای دکتر محمود دژکام و جناب آقای دکتر حسن احدی که با دقت و بلند نظری به داوری این پژوهش همت گماشتند و با راهنمایی های ارزنده خود بر غنای این پژوهش افزودند .

با تشکر ، قدردانی و تقدیم به :

همسر مهربانم خانم فاطمه قنادی که با دقت ، حوصله ، صبر ، شکیبایی فراوان مرا در تمامی مراحل این پژوهش یاری نمودند . امیدوارم این جملات بخشی از زحمات و فداکاری ایشان را جبران نماید .



فهرست مطالب و صفحات

صفحه	عنوان
۱۲	چکیده ک
۱۳	فصل اول : طرح تحقیق ۱
۱۴	مقدمه ۲
۲۰	بیان مساله ۸
۲۴	اهداف تحقیق ۱۲
۲۴	الف : اهداف اصلی ۱۲
۲۸	ب : اهداف کاربردی ۱۳
۲۸	اهمیت و ضرورت تحقیق ۱۳
۲۷	فرضیه های تحقیق ۱۵
۲۸	متغیرهای تحقیق ۱۶
۲۹	تعاریف مفهومی متغیرها ۱۷
۲۳	تعاریف عملیاتی متغیرها ۲۱
۳۴	فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش ۲۲
۳۸	اختلال افسردگی اساسی ۲۶
۳۸	علائم اختلال افسردگی اساسی ۲۶
۳۴	اختلال افسردگی اساسی عود کننده ۲۸

فهرست مطالب و صفحات

صفحه	عنوان
۴۲	سیر و پیش آگهی افسردگی ۳۱
۴۳	همه گیر شناسی ۳۱
۴۵	وضعیت روانی افسردگی ۳۳
۴۷	مدل شناختی افسردگی بک ۳۵
۵۴	تحریرف های شناختی ۴۲
۵۹	پردازش طرحواره ای در افسردگی ۴۷
۶۲	طرحواره ۵۰
۶۶	تحول از شناخت درمانی به طرحواره درمانی ۵۴
۶۸	منشأ طرحواره های ناکارآمد اولیه ۵۶
۷۱	پنج نیاز اولیه و حوزه های اصلی طرحواره ۵۹
۷۷	انواع طرحواره های ناکارآمد اولیه ۶۵
۷۷	۱- رها شدگی / بی ثباتی ۶۵
۷۷	۲- بی اعتمادی / بد رفتاری ۶۵
۷۸	۳- نقص / شرمندگی ۶۶
۷۹	۴- انزوای اجتماعی / احساس بیگانگی ۶۷
۷۹	۵- شکست ۶۷

فهرست مطالب و صفحات

صفحه	عنوان
۸۰	۶- وابستگی / بی کفایتی ۶۸
۸۰	۷- آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری ۶۸
۸۱	۸- خود نابالغ / خود گرفتار ۶۹
۸۱	۹- محرومیت هیجانی ۶۹
۸۲	۱۰- استحقاق / بزرگمنشی ۷۰
۸۴	۱۱- خود کنترلی ضعیف / خود تنظیمی ضعیف ۷۱
۸۴	۱۲- اطاعت ۷۱
۸۴	۱۳- از خود گذشتگی ۷۲
۸۵	۱۴- تأیید جویی / توجه طلبی ۷۳
۸۵	۱۵- منفی گرایی / بد بینی ۷۳
۸۶	۱۶- بازداری هیجانی ۷۴
۸۶	۱۷- تنبیه گرایی ۷۴
۸۷	۱۸- معیارهای کمال گرایانه / انتقاد بیش از حد از خود ۷۵
۸۸	خصوصیات طر حواره های ناکارآمد اولیه ۷۶
۹۰	سبک های مقابله ای ناکارآمد ۷۸
۹۴	طر حواره درمانی ۸۲

فهرست مطالب و صفحات

صفحه	عنوان
۹۷	۸۵..... ۱- شناسایی و ارزیابی طرحواره‌های ناکارآمد اولیه
۱۰۰	۸۸ ۲- تغییر و اصلاح طرحواره‌های ناکارآمد اولیه
۱۰۱	۸۹..... الف : تکنیک‌های هیجانی
۱۰۱	۸۹..... ۱- بحث و گفتگو در مورد تجارب گذشته
۱۰۲	۹۰..... ۲- گفتگوی خیالی با والدین بیمار
۱۰۲	۹۰..... ۳- بحث و گفتگو در مورد وقایع فعلی
۱۰۴	۹۲..... ۴- تصویرسازی ذهنی
۱۰۴	۹۲..... ۵- تخلیه هیجانی
۱۰۴	۹۳..... ۶- بررسی تاریخچه زندگی بیماران
۱۰۷	۹۴..... ب : تکنیک‌های بین فردی
۱۰۷	۹۴..... ۱- تکنیک رابطه درمانی
۱۰۸	۹۶..... ۲- بازآفرینی نقش والدین
۱۰۸	۹۹..... ۳- گروه درمانی
۱۱۶	۹۹..... ج : تکنیک‌های شناختی
۱۱۲	۱۰۰..... ۱- مرور و بررسی شواهد حمایت کننده از طرحواره‌ها
۱۱۳	۱۰۱..... ۲- بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از طرحواره‌ها

فهرست مطالب و صفحات

صفحه	عنوان
۱۱۴	۱۰۲ تداوم طرحواره
۱۱۵	۱۰۳ اجتناب طرحواره
۱۱۷	۱۰۵ جبران طرحواره
۱۱۹	۱۰۷ ۳- مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره ها
۱۲۰	۱۰۸ ۴- تهیه کارت های آموزشی مصور که با طرحواره ها متناقض است
۱۲۰	۱۰۸ ۵- تکالیف خانگی
۱۲۲	۱۱۰ ۶- بررسی اعتبار طرحواره ها
۱۲۳	۱۱۱ ۷- بازسازی شناختی شواهد حمایت کننده از طرحواره ها
۱۲۴	۱۱۲ ۸- تکنیک ثبت طرحواره
۱۲۵	۱۱۳ ۹- تحلیل سود و زیان سبک های مقابله ای و طرحواره ها
۱۲۵	۱۱۳ د: تکنیکهای رفتاری
۱۲۷	۱۱۵ سوابق تحقیق
۱۳۷	۱۲۵ فصل سوم: روش تحقیق
۱۳۸	۱۲۶ روش تحقیق
۱۳۸	۱۲۶ جامعه آماری
۱۳۸	۱۲۶ روش نمونه گیری و حجم نمونه

فهرست مطالب و صفحات

صفحه	عنوان
۱۴۰	۱۲۸ ابزار اندازه گیری پژوهش
۱۴۰	۱۲۸ ۱- پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ
۱۴۷	۱۳۵ ۲- آزمون افسردگی بک
۱۵۰	۱۳۸ ۳- مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور I در DSM-IV (SCID)
۱۵۲	۱۴۰ روش جمع آوری داده‌ها
۱۵۶	۱۴۴ روشهای آماری برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش
۱۵۷	۱۴۵ فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده های پژوهش
۱۵۸	۱۴۶ جداول توصیفی و تبیینی
۱۷۹	۱۶۷ فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری
۱۸۰	۱۶۸ نتیجه گیری
۱۸۳	۱۸۱ محدودیت های پژوهش
۱۹۵	۱۸۳ پیشنهادات
۱۹۷	۱۸۵ منابع و پیوستها
۱۹۸	۱۸۶ منابع فارسی
۲۰۲	۱۹۰ منابع انگلیسی
۲۰۷	۱۹۵ پیوست شماره (۱) پرسشنامه YSQ

فهرست مطالب و صفحات

صفحه	عنوان
۲۱۰ ۱۹۸	پیوست شماره (۲) پرسشنامه افسردگی بک.....
۲۱۳ ۲۰۱	پیوست شماره (۳) مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID I).....
۲۱۶ ۲۰۴	پیوست شماره (۴) پروتکل طرحواره درمانی.....
۲۲۰ ۲۱۸	پیوست شماره (۵) فرم پرس جو (سؤال کردن) در مورد افکار اتوماتیک.....
۲۳۶ ۲۱۹	پیوست شماره (۶) بروشور طرحواره درمانی.....
۲۳۵ ۲۲۳	پیوست شماره (۷) بروشور افسردگی.....
۲۴۷ ۲۲۵	پیوست شماره (۸) فرم ثبت روزانه افکار.....
۲۳۸ ۲۲۶	پیوست شماره (۹) رابطه بین طرحواره ها، هیجانها، برانگیزاننده ها و منابع اولیه آنها.....

فهرست جداول ، اشکال و نمودارها

عنوان	صفحه
فصل دوم: ادبیات و پیشینه پژوهش	۳۴
جدول (۲-۱) نشانه های شناختی و نشانه های هیجانی	۴۱
جدول (۲-۲) نشانه های رفتاری و نشانه های جسمانی	۴۲
شکل (۲-۱) مدل شناختی افسردگی بک ، کلارک ، آلفورد	۴۸
شکل (۲-۲) مدل ساختارهای شناختی زیرساز افسردگی بک ، کلارک ، آلفورد	۴۹
جدول (۲-۳) خطاهای منطقی منظم	۵۷
شکل (۲-۳) مدل رشد شناختی	۶۴
جدول (۲-۴) طرحواره های ناکارآمد و سبک های مقابله ای	۹۲
جدول (۲-۵) روابط بین حوزه های مشکل آفرین، طرحواره ها و رفتارهای ناشی از طرحواره	۹۹
جدول (۲-۶) کارت شناسایی و تغییر طرحواره های جاری مراجع	۱۰۳
جدول (۲-۷) طرحواره های ناکارآمد اولیه در رابطه درمانی	۱۰۸
جدول (۲-۸) راهبردهای بازآفرینی نقش والدین برای طرحواره های ناکارآمد اولیه	۱۰۹
جدول (۲-۹) رفتارهای ناشی از طرحواره	۱۱۸
جدول (۲-۱۰) فرم بررسی اعتبار طرحواره ها	۱۲۳
جدول (۲-۱۱) فرم ثبت طرحواره	۱۲۴
جدول (۲-۱۲) رابطه میان سبک های شناختی و افسردگی و اضطراب	۱۳۳

فهرست جداول ، اشکال و نمودارها

صفحه	عنوان
۱۲۷	فصل سوم روش تحقیق ۱۲۵
۱۴۰	جدول (۳-۱) ویژگیهای جمعیت شناختی مراجعان ۱۲۸
۱۴۲	جدول (۳-۲) عبارت طر حواره های ناکارآمد اولیه ۱۳۰
۱۴۴	جدول (۳-۳) ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی برای ۱۵ خرده مقیاس YSQ ۱۳۳
۱۴۶	جدول (۳-۴) ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاسهای شکل کوتاه YSQ ۱۳۴
۱۴۸	جدول (۳-۵) کلید عبارت پرسشنامه افسردگی بک ۱۳۶
۱۵۰	جدول (۳-۶) نرم پرسشنامه افسردگی بک ۱۳۸
۱۵۴	جدول (۳-۷) معیارهای تشخیص افسردگی اساسی مراجعان بر اساس SCID-I ۱۴۳
۱۵۷	فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده های پژوهش ۱۴۵
۱۵۸	جدول (۴-۱) شیوع علائم افسردگی در افراد دارای اختلال افسردگی ۱۴۶
۱۵۹	جدول (۴-۲) شیوع طر حواره های ناکارآمد در افراد دارای اختلال افسردگی ۱۴۷
۱۶۰	جدول (۴-۳) نتایج طر حواره درمانی مراجعان در پرسشنامه افسردگی بک (BDI) ۱۴۸
۱۶۱	نمودار (۴-۱) نتایج طر حواره درمانی مراجعان در پرسشنامه افسردگی بک ۱۴۹
۱۶۲	جدول (۴-۴) نتایج طر حواره درمانی مراجعان در پرسشنامه (YSQ) ۱۵۰
۱۶۳	نمودار (۴-۲) نتایج طر حواره درمانی مراجعان در پرسشنامه طر حواره یانک ۱۵۱
۱۶۴	جدول (۴-۵) نتایج طر حواره درمانی مراجع الف در طر حواره های ناکارآمد اولیه ۱۵۲

فهرست جداول ، اشکال و نمودارها

صفحه	عنوان
۱۶۵	جدول (۴-۶) نتایج طرح حواره درمانی مراجع ب در طرح حواره های ناکارآمد اولیه..... ۱۵۳
۱۶۶	جدول (۴-۷) نتایج طرح حواره درمانی مراجع ج در طرح حواره های ناکارآمد اولیه..... ۱۵۴
۱۶۷	جدول (۴-۸) نتایج طرح حواره درمانی مراجع د در طرح حواره های ناکارآمد اولیه..... ۱۵۵
۱۶۸	جدول (۴-۹) نتایج طرح حواره درمانی مراجع ه در طرح حواره های ناکارآمد اولیه..... ۱۵۶
۱۶۹	جدول (۴-۱۰) نتایج طرح حواره درمانی مراجع ی در طرح حواره های ناکارآمد اولیه..... ۱۵۷
۱۷۲	جدول (۴-۱۱) ضریب همبستگی طرح حواره های ناکارآمد اولیه با علائم افسردگی اساسی..... ۱۶۰
۱۷۳	جدول (۴-۱۲) آماره های توصیفی مدل..... ۱۶۱
۱۷۴	جدول (۴-۱۳) Anova..... ۱۶۲
۱۷۴	جدول (۴-۱۴) ضرایب رگرسیون..... ۱۶۲
۱۷۶	جدول (۴-۱۵) خلاصه نتایج t مستقل طرح حواره های ناکارآمد اولیه و جنسیت..... ۱۶۴

چکیده:

این پژوهش با این هدف آغاز شد که نشان دهد آیا طرحواره درمانی بر بهبود علائم اختلال افسردگی اساسی عودکننده مؤثر است یا خیر؟ این پژوهش بر اساس طرح تجربی تک آزمودنی بر روی ۶ نفر با استفاده از پرسشنامه فرم کوتاه طرحواره یانگ و پرسشنامه افسردگی بک انجام گرفت. داده ها با استفاده از ترسیم نمودار، درصد، فراوانی، میانگین، انحراف معیار، آزمون t، ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

نتایج تحلیل داده ها اثر بخشی نسبی طرحواره درمانی را در کاهش علائم افسردگی اساسی و اصلاح طرحواره های ناکارآمد اولیه نشان داد. داده های پژوهش حاکی است افسردگی مراجع الف از افسردگی عمیق به افسردگی خفیف، افسردگی مراجع ب و د از افسردگی شدید به افسردگی متوسط، افسردگی مراجع ج، ه، ی از افسردگی شدید به افسردگی خفیف تغییر یافته است. میزان بهبودی پس از درمان برای مراجع الف ۵۷ درصد، مراجع ب ۳۶ درصد، مراجع ج ۴۷ درصد، مراجع د ۳۳ درصد، مراجع ه ۴۰ درصد و مراجع ی ۴۳ درصد بود. در این پژوهش طرحواره درمانی؛ طرحواره های ناکارآمد نقص، محرومیت هیجانی، وابستگی، اطاعت، کمال گرایی و استحقاق مراجع الف، طرحواره های انزوای اجتماعی، کمال گرایی، بازداری هیجانی و استحقاق مراجع ب، طرحواره های نقص، وابستگی و خودانضباطی ضعیف مراجع ج، طرحواره های رهاشدگی، انزوای اجتماعی، وابستگی و اطاعت مراجع د، طرحواره های رهاشدگی، بی اعتمادی، نقص، انزوای اجتماعی، محرومیت هیجانی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، خودتحوّل نیافته، از خودگذشتگی و کمال گرایی مراجع ه و طرحواره های رهاشدگی، نقص و خود انضباطی ضعیف مراجع ی را تغییر داد. اما طرحواره درمانی؛ طرحواره های بی اعتمادی، رهاشدگی، انزوای اجتماعی، آسیب پذیری نسبت به ضرر مراجع الف، طرحواره محرومیت هیجانی مراجع ب، طرحواره های نقص، محرومیت هیجانی، کمال گرایی و بازداری هیجانی مراجع د، طرحواره های وابستگی، شکست و اطاعت مراجع ه و طرحواره های بی اعتمادی، شکست، انزوای اجتماعی، اطاعت و بازداری هیجانی مراجع ی را به طور کامل تغییر نداد.

در این پژوهش بین افسردگی اساسی با طرحواره های ناکارآمد اولیه ارتباط مستقیم وجود داشت. بیشترین ارتباط افسردگی ابتدا با طرحواره ناکارآمد انزوای اجتماعی بعد بازداری هیجانی سپس خودتحوّل نیافته بود. نتایج تحلیل داده ها نشان داد نمرات طرحواره های ناکارآمد وابستگی و نقص / شرم مردان بیشتر از زنان و نمرات طرحواره ناکارآمد خودانضباطی ضعیف زنان بیشتر از مردان است و بین سایر طرحواره های مردان و زنان تفاوت معنی داری وجود نداشت.

فصل اول

«کلیات تحقیق»

- (۱) مقدمه
- (۲) بیان مسئله
- (۳) اهداف تحقیق
- (۴) اهمیت و ضرورت تحقیق
- (۵) فرضیه های پژوهش
- (۶) متغیر های تحقیق
- (۷) تعریف عملیاتی متغیرها
- (۸) تعریف مفهومی متغیرها

مقدمه

در زندگی ما روزهایی وجود دارد که همه چیز را سیاه می بینیم، هیچ چیز شادی ما را بر نمی انگیزد و هیچ امیدی به موفقیت نداریم، بد خلق و غمگین هستیم، احساس تنهایی خلأ، ناامیدی و گنهکاری بر ما چیره می شود و اضطراب ما را فرا می گیرد. همه ما با چنین حالت ها و احساس هایی که اغلب پس از شکست ها یا فقدان ها و یا حتی بدون دلیل آشکار بوجود می آیند، کم و بیش آشنا هستیم و کم و بیش با آنها با موفقیت مقابله می کنیم. اما آنچه موجب می شود تا چنین احساس هایی به صورت اختلال های روانی در آیند، نوع تعداد نشانه ها، شدت، طول مدت و همچنین حدی است که به جریان بهنجار زندگی روزمره آسیب می رساند (دادستان، ۱۳۸۳).

افسردگی اختلالی است که حداکثر رابطه را با خودکشی دارد. خودکشی بیماران مبتلا به اختلال خلقی با در نظر گرفتن سن، به ترتیب ۴۰۰ در ۱۰۰۰۰۰ برای مردها و ۱۸۰ در ۱۰۰۰۰۰ برای زنها تخمین زده شده است. خودکشی در بیماران افسرده در ابتدا و انتهای دوره افسردگی بیشتر روی می دهد. مطالعات حاکی است بیشتر بیماران افسرده شش ماه پس از ترخیص خودکشی می کنند، که احتمالاً در نتیجه عود بیماری است (کاپلان^۱، سادوک^۲، گرب^۳، ۱۹۹۴؛ به نقل از پور افکاری، ۱۳۷۵).

^۱- Kaplan, H

^۲- Sadock, B

^۳- Gereb, J

در این اختلال، غمگینی بیمارگونه ممکن است توأم با فکر مرضی باشد که امکان دارد از لحاظ شدت به هذیان تبدیل شود، مانند هذیانهای گناه، فقر، نفی وجود، خود بیمارانگاری (ابتلابه بیماری سرطان، تومور مغزی، دیوانه شدن)، معمولاً در خلق افسرده، منع فکر، بی رغبتی و کاهش فعالیت ارادی دیده می شود. همچنین اشکال در تصمیم گیری، بی قراری فقدان اعتماد به نفس، اضطراب و عدم احساس لذت در زندگی مشهود است. بیمار تمامی تجربه ها را از بدترین وجه ممکنش نگاه می کند و هر چیزی در نظر او در پرتو کم سو و تیره ای قرار دارد. فقط افکار ناراحت کننده است که به طور ناگهانی به ذهن بیمار خطوط می کند. به نحوی که ذهن او دائماً با افکار ناخوشایند مشغول است و نمی تواند فکرش را به کاری متمرکز کند. او معمولاً احساس می کند که سرش سنگین شده است. بیمار غالباً احساس می کند که نوار سفتی دور سرش بسته شده است (سجادیان، ۱۳۷۴).

افسردگی مرضی در روز دستخوش نوسان می گردد و توأم با فقدان انرژی، فقدان شور جنسی، بی اشتهایی و برخاستن در صبح زود است. چنانچه افسردگی شدید باشد و حالت منع هم بارز گردد، خصوصیت بهت ظاهر می گردد (همان منبع).

اطلاعاتی که فرد افسرده از جهان خارج می گیرد در شبکه پیچیده ای از دانسته ها و اطلاعات قبلی مورد تفسیر و معنی یابی قرار می گیرند. تقریباً هیچ دریافتی از محرکها و رویدادهای زندگی وجود ندارد که به نحوی تحت تأثیر دریافتهای قبلی قرار نگیرد. از زمانهای قدیم درباره تأثیر دریافتهای قبلی در ادراکها و تصورات جدید نظریاتی عنوان

شده است. اما در روان‌شناسی شناختی برای توضیح این اثر از ساز و کارها و مفاهیم مختلفی استفاده شده است: یکی از قویترین سازوکارها و مفاهیمی که در این مورد بکار رفته طرحواره است که از زمان پیاژه^۱ و سپس بک وارد علوم شناختی شده است.

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

نایسر (۱۹۷۶) معتقد است اهمیت طرحواره صرفاً در این نیست که در پردازش اطلاعات اثر می‌گذارد، یعنی به عنوان ساز و کاری برای هدایت توجه و ادراک انتخابی عمل می‌کند و یا طرح و برنامه فراهم می‌آورد، بلکه مجری طرح هم هست (هولن^۲ و گاربر^۳، ۱۹۸۲). نقشی هم که طرحواره‌ها بر عهده دارند فراهم آوردن تسهیلاتی در امر پردازش است و بدین منظور عمدتاً بر حسب سازمانبندی سلسله مراتبی خود عمل می‌کنند. در مورد تجارب جدید که طرحواره مناسبی در آن باره در ذهن وجود نداشته باشد طرحواره‌های جدید آفریده می‌شوند: یعنی پردازش از «پائین به بالا»^۴ اتفاق می‌افتد، اما در مورد موارد آشنا پردازش از «بالا به پایین»^۵ اتفاق می‌افتد: برای منطبق ساختن داده‌ها با اطلاعات قبلی

۱- Piaget, J

۲- Hollon

۳- Gubber

۴- Bottom -up

۵- Top - down

مدل غالبی از قبل وجود دارد (وین و گلدفرید، ۱۹۸۶) بدین ترتیب، عمده‌ترین نقش طرحواره‌ها تأثیر در شیوه پردازش است. اگر چه طرحواره‌ها غالباً ذهن را در تصمیم‌گیری یاری می‌کنند و معمولاً قابل انتظارترین پیش‌بینی را به عمل می‌آورند و مغز را برای کارکرد بهنجار آماده می‌کنند، اما ممکن است در نقش عاملی مقاوم در برابر تغییر عمل کنند و آن موقعی است که نوعی رکود در آنها ایجاد می‌شود. کلاً در فرآیند تغییر الگوهای رفتاری ما با کندی و اشکال روبرو هستیم، این کندی و اشکال به نظر می‌رسد که عمدتاً به طرحواره یا سازمان‌بندی ادراک‌ها، تصورات، باورها و بازخوردها ارتباط داشته باشد (آهی، ۱۳۸۴).

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

بر اساس این طرحواره‌ها، طرز برخورد و نگرش شخص نسبت به خویشتن، جهان و آینده تعیین می‌شود اگر این طرحواره‌ها طبیعی و مثبت باشند، گرایش فرد نسبت به همه

چیز مثبت، امیدوارانه و موفقیت آمیز خواهد بود و گرنه چنین کسی خود را ناتوان بی کفایت و بی ارزش خواهد پنداشت و بنابراین احساس خواهد کرد که در برخورد با مشکلات موانع نفوذ ناپذیری بر سر راه او قرار دارد و هر کاری بکند با شکست و ناکامی روبرو خواهد شد از این رهگذر فرد نسبت به جهان پیرامون، خویشتن و آینده نگرش منفی پیدا می کند.

در میان نظریه پردازان شناختی مدل بک، جایگاه خاصی دارد، بک سه سطح از شناخت

را توصیف می کند که در درمان مورد بررسی قرار می گیرند (ویشار^۱، ۱۹۹۳). طرحواره ها

در عمیق ترین این سطوح جای گرفته اند. این طرحواره ها اطلاعات را سازماندهی می کنند.

خارج از حیطه آگاهی عمل می کنند، در چگونگی پردازش اطلاعات ما را هدایت می کنند

و چگونگی ادراک و تفسیر و بیاد آوردن محرکها را به افراد دیکته می کنند.

بک (۱۹۷۶) معتقد است که درمانگر باید در سه سطح عمل کند تا اثربخشی بالایی داشته

باشد: نخستین سطح که نسبتاً به راحتی دست یافتنی است، افکار سطحی از جمله نظرها

باورها و تصاویری ذهنی را شامل می شود که آنها را افکار خودآیند می نامد. دومین سطح

شامل باورهایی است که آنها پیش فرضهای بنیادی^۲ می نامد و نسبت به سطح اول عمیق تر

است. سطح سوم در واقع، هسته مرکزی همه افکار، تصورات و باورهای انعطاف ناپذیر را

تشکیل می دهند و «طرحواره^۳» نامیده می شود. طرحواره در واقع کارگران پشت صحنه ای

است که افکار خود آیند و پیش فرضهای پایه را هدایت می کند. بک (۱۹۷۹) معتقد است که

1- Weishar, M

2- Basic Assumption

3- Schema