

اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی در بیماران دارای اختلال افسردگی

نویسندگان:

زهره جعفرزاده^۱، سیدعبدالمجید بحرینیان^{۲*}، فاطمه شهابی زاده^۳

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

۲- استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

۳- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.20, No.3, Fall 2022

چکیده:

مقدمه: هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی در بیماران دارای اختلال افسردگی بود.

روش کار: این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از نظر طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه افرادی بودند که با شکایت افسردگی به مراکز روان‌شناسی و مشاوره شهرستان جهرم در سال ۱۴۰۱ مراجعه و تشخیص افسردگی دریافت کرده بودند. از بین داوطلبان مراجعه کننده به سه کلینیک حامی، رهگشا و فردای بهتر با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر که در پرسش‌نامه افسردگی بک نمره ۲۰ تا ۲۸ (سطح افسردگی متوسط) کسب کرده، انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران، پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی دنیس و وندروال، پرسش‌نامه راهبردهای ناسازگارانه نگرانی می‌یر و همکاران و پرسش‌نامه افسردگی بک استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کواریانس انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی تأثیر دارد و باعث افزایش راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان و کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی می‌شود.

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی به عنوان روش درمانی در کاهش نگرانی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی و راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان در بیماران افسرده پیشنهاد می‌شود.

واژگان کلیدی: نگرانی، انعطاف‌پذیری شناختی، راهبردهای تنظیم هیجان، طرحواره درمانی، افسردگی

Pars J Med Sci 2022;20(3):9-16

مقدمه:

افسردگی اساسی به آشفتگی و آسیب در حوزه‌های اجتماعی، شغلی و دیگر حوزه‌های زندگی اطلاق می‌شود که به مدت حداقل دو هفته دوام داشته و باعث مشکلات متعدد در زندگی فرد می‌شود [۱]. ارزیابی آمار بهداشتی در سراسر جهان به افزایش مشکلات بهداشت عمومی در حوزه اختلال‌های جدی روانی، به

خصوص افسردگی اشاره دارد [۲]. انتظار می‌رود تا سال ۲۰۲۰ افسردگی به دومین بیماری جدی و شایع دنیا تبدیل شود [۳]. افسردگی شایع‌ترین اختلال هیجانی است که هزینه‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی زیادی بر افراد و جامعه انسانی وارد می‌کند [۴]. با توجه به آن که افسردگی، ناتوان کننده و غالباً مزمن و عود

* نویسنده مسئول، نشانی: استاد دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند، بیرجند، ایران.

پست الکترونیک: majid.bahrainian@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۷۱۹۲۷۹۰۶

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۴

اصلاح: ۱۴۰۱/۰۹/۲۰

دریافت: ۱۴۰۱/۰۸/۰۹

مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و افسردگی رابطه معکوس و معنادار برقرار است [۱۵].

با توجه به این که اختلال افسردگی در فعالیت‌های روزانه و اجتماعی فرد خلل ایجاد می‌کند، افراد دچار این اختلال با مشکلات متعددی روبه‌رو خواهند بود. از این رو، یافتن راه کارهای درمانی برای کاهش و از بین بردن علائم آن ضروری است. تاکنون درمان‌های متعددی از جمله درمان دارویی، روان‌درمانی بینش‌گرا، درمان شناختی- رفتاری و ... برای افراد دارای اختلال افسردگی انجام شده است.

پژوهشگران و متخصصین بالینی معتقدند که شناخت نقش حیاتی در شروع و حفظ اختلال افسردگی دارد [۱۶]. یکی از پدیده‌های شناختی مورد توجه در این حوزه، طرحواره‌های ناسازگار هستند. طرحواره‌ها باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط داشته و به طور معمول از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند [۱۷]. در مدل طرحواره درمانی عدم پردازش هیجان و تفسیرهای منفی از هیجان، موجب به کارگیری نگرانی به عنوان راهبرد مقابله‌ای با شرایط هیجانی می‌شود و در نتیجه بیان می‌کند اصلاح باورها درباره هیجان‌ها ممکن است تکیه بر نگرانی به عنوان یک راهبرد برای اجتناب از هیجان‌ها را برطرف کند [۱۸]. ماهور و فرزین‌فر [۱۹] در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره درمانی به طور معناداری باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی می‌شود. در واقع طرحواره درمانی به عنوان یک روش درمانی در بهبود مشکلات و افزایش سلامت می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. بنابراین، افسردگی، سازگاری فرد را در تمام ابعاد روان‌شناختی، جسمانی، اجتماعی و هیجانی تحت تأثیر قرار داده و باعث کاهش عملکرد می‌شود [۲۰]. افسردگی و عدم سازگاری از مهمترین مسائل در بیماران است که در سنین جوانی با افت شدید عملکرد اجتماعی و شغلی و نیز عملکرد تحصیلی همراه است. به نظر می‌رسد در سبب‌شناسی اختلال افسردگی اساسی، مؤلفه‌های شناختی از اهمیت خاصی برخوردار هستند، اما پژوهش‌های انجام شده در این زمینه به صورت متناقض بوده و لزوم توجه و بررسی این متغیرها روی افسردگی احساس می‌شود. همچنین با توجه به این که در خصوص طرحواره درمانی پژوهش‌های کمتری روی این متغیرها نسبت به سایر اختلال‌ها انجام شده است، از این رو توجه به این مؤلفه‌های شناختی مهم در افسردگی و لزوم انجام پژوهش حاضر را نشان می‌دهد.

روش کار:

جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه افرادی بودند که با شکایت افسردگی به مراکز روان‌شناسی شهرستان جهرم در سال ۱۴۰۱

کننده است، شناخت عوامل مرتبط با آن و مداخله زودهنگام در آن اهمیت زیادی دارد [۵]. راهبردهای ناسازگارانه نگرانی، انعطاف‌پذیری شناختی و تنظیم شناختی هیجان از جمله عوامل کلیدی و مهم در پیدایش افسردگی هستند.

نگرانی به عنوان یک فرایند شناختی پیش‌بینی خطر و تهدید است که شامل افکار و تصاویر تکرار شونده، موضوعات اضطراب‌برانگیز، رویدادهای تنیدگی‌زای احتمالی و پیامدهای بالقوه فاجعه‌انگیز آن‌هاست [۶]. پرازینسکی و بورکووک [۷] بر این باورند که افراد با افسردگی بیشتر، افکار مزاحم نگران کننده بیشتری را تجربه می‌کنند. نگرانی با زندگی روزمره درآمیخته است و یک پاسخ معمول به وقایع تنیدگی‌زاست. عینی‌ترین کنش‌وری نگرانی، تلاش سودمند برای حل مشکلات روانی است، اگر چه ممکن است این تلاش بی‌حاصل باشد. نگرانی یکی از اجزای مهم افسردگی است [۸]. در مطالعات بسیاری رابطه نگرانی با نشانه‌های افسردگی مشخص شده است [۹].

به نظر می‌رسد که نقص در انعطاف‌پذیری شناختی عاملی مهم در افسردگی است [۱۰]. انعطاف‌پذیری شناختی سازه مرتبط با مداخلات ذهن‌آگاهی هستند که با ابعاد مختلف سلامت روانی ارتباط دارند و به عنوان جنبه اساسی بهداشت روانی برای به دست آوردن سلامتی روان‌شناختی عمل می‌کند [۱۱]. هو و همکاران [۱۲] در پژوهشی گزارش کردند که انعطاف‌پذیری با شاخص‌های مثبت سلامت روان ارتباط مثبت دارد و در بزرگسالان رابطه بین آن و شاخص‌های منفی تعدیل می‌شود. افراد انعطاف‌پذیر سبک‌های مقابله انطباقی را به کار می‌برند و سلامت هیجانی و روان‌شناختی بیشتری دارند. نقص در تنظیم هیجان نقش اساسی در آسیب‌پذیری روانی دارد. توانایی برای تنظیم و کنترل هیجان بدین معناست که فرد قادر به انتخاب افکار، احساسات و رفتارهایی است که در طولانی‌مدت به نفع اوست.

تنظیم شناختی هیجان به عنوان ابزاری برای فهمیدن این است که چگونه فرد می‌تواند توجه و فعالیت خود را سازمان داده و عملیات راهبردی و مصرانه را برای غالب آمدن بر موانع و حل مسائل اجرا کند [۱۳]. تطبیق و سازگاری روان‌شناختی تا حد زیادی به تنظیم هیجان بستگی دارد که خود یکی از مهمترین تکالیف برای سلامت جسمی و روان‌شناختی به ویژه در افراد افسرده است. پژوهش‌های انجام شده در این زمینه حاکی از آن هستند که ناتوانی در مدیریت پاسخ‌های هیجانی باعث می‌شود افراد، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تر از پریشانی را تجربه کنند که در نهایت ممکن است به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی منجر شود [۱۴]. در مطالعه دیگری نشان داده شده است که بین راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و افسردگی رابطه مثبت وجود دارد. همچنین بین راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد

ایرانی برای مقیاس کل و خرده مقیاس‌ها خوب ارزیابی شده است. همچنین در پژوهش حاضر برای بررسی ضریب پایایی پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح $0/88$ معنادار به دست آمد.

پرسش‌نامه انعطاف‌پذیری شناختی: این پرسش‌نامه توسط دنیس و وندروال [۲۳] ساخته شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه شامل ۲۰ سؤال است که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس یک مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف=۱، مخالف=۲، نه موافق و نه مخالف=۳، تا حدی موافقم=۴، موافقم=۵، کاملاً موافقم=۶) است. سؤال‌های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱ و ۱۷ به طور معکوس (کاملاً مخالف=۷، مخالف=۶، نه موافق و نه مخالف=۵، تا حدی موافقم=۴، کاملاً موافقم=۳) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی (یعنی الف) ادراک کنترل‌پذیری (سؤال‌های ۱، ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۵، ۱۷)، ب) ادراک توجیه رفتار (سؤال‌های ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۱۹، ۲۰) را بسنجد. پرسش‌نامه مذکور از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. در پژوهش بشرپور و شفیع [۲۴] روایی پرسش‌نامه تأیید شده و پایایی آن در سطح $0/70$ معنادار به دست آمده است. همچنین در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ در سطح $0/90$ معنادار بود.

پرسش‌نامه افسردگی: این پرسش‌نامه برای سنجش شدت افسردگی توسط بک [۲۱] ساخته شده است. پرسش‌نامه از ۲۱ ماده تشکیل شده است. هر پرسش دارای ۴ جمله است که هر کدام علامتی از افسردگی را از خیلی کم (نمره صفر) تا خیلی زیاد (نمره سه) نشان می‌دهد. برای تحلیل، نمرات با هم جمع و اگر نمره فرد بین ۰ تا ۹ باشد بدون افسردگی، نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط و ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید در نظر گرفته می‌شود. این آزمون از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. پایایی آن به روش آلفای کرونباخ $0/86$ گزارش شده است [۲۵].

پرسش‌نامه راهبردهای ناسازگارانه نگرانی: این ابزار یک پرسش‌نامه خودسنجی ۱۶ ماده‌ای است که توسط می‌یر و همکاران [۲۶] تدوین شده و نگرانی شدید، مفرط و غیرقابل کنترل را مورد سنجش قرار می‌دهد. این پرسش‌نامه به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً درست نیست (نمره ۱) تا کاملاً درست است (نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره‌های آن از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است که نمره بیشتر نشان‌گر اضطراب بالاتر می‌باشد. مطالعات مختلف حاکی از اعتبار و روایی مطلوب این پرسش‌نامه

مراجعه و توسط روان‌شناسان این مراکز و بر اساس ملاک‌ها و ضوابط راهنمای تشخیصی و آمار اختلال‌های روانی (ویرایش پنجم) تشخیص افسردگی دریافت کرده بودند. برای تعیین حجم نمونه، با توجه به آمار سه کلینیک حامی، رهگشا و فردای بهتر (تعداد ۷۵ نفر) مراجعان این سه مرکز به تعداد ۶۰ نفر به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. سپس با رعایت اصول اخلاقی از بین داوطلبان با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۳۰ نفر که در پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک [۲۱] نمره ۲۰ تا ۲۸ (سطح افسردگی متوسط) کسب کرده بودند، به عنوان نمونه اصلی انتخاب شده و با گزینش تصادفی (قرعه‌کشی) در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش، طرحواره درمانی گروهی را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از دریافت تشخیص افسردگی متوسط، عدم مصرف دارو، عدم شرکت در هر نوع مداخله درمانی همزمان با پژوهش و ملاک‌های خروج، غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمان، تشخیص اختلال‌های شخصیتی، وجود مشکلات خلقی ناشی از مصرف دارو یا مشکلات بیولوژیکی و عدم رضایت برای شرکت در پژوهش در نظر گرفته شد.

این پژوهش با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1401.265 در دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به ثبت رسید و همه شرکت‌کنندگان فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش را تکمیل کردند. در پایان گروه کنترل نیز تحت آموزش قرار گرفتند. در پژوهش حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای به شرح زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان: این پرسش‌نامه خودگزارشی توسط گارنفسکی و همکاران [۲۲] برای شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی تدوین شده است. پرسش‌نامه دارای ۹ زیرمقیاس و ۳۶ ماده شامل راهبردهای مثبت و سازگار: ۱- پذیرش (سؤال‌های ۵، ۶، ۷، ۸)، ۲- تمرکز مثبت مجدد بر برنامه ریزی (سؤال‌های ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲)، ۳- ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری (سؤال‌های ۱۵، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷)، راهبردهای منفی و ناسازگار: ۱- سرزنش خود (سؤال‌های ۱، ۲، ۴)، ۲- سرزنش دیگران (سؤال‌های ۳۴، ۳۵، ۳۶)، ۳- نشخوار فکری (سؤال‌های ۳، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)، ۴- فاجعه‌انگاری (سؤال‌های ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲) است. پاسخ‌های این پرسش‌نامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (تقریباً هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، معمولاً=۳، اغلب اوقات=۴، تقریباً همیشه=۵) جمع‌آوری می‌شود. همسانی درونی پرسش‌نامه طبق پژوهش‌های

معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها:

نتایج مطالعه نشان داد میانگین سن و تحصیلات آزمودنی‌ها در گروه کنترل و آزمایش تقریباً برابر است. میانگین و انحراف معیار سنی آزمودنی‌ها به ترتیب برابر ۳۴/۰۲ و ۳/۱۰ بود. میزان تحصیلات ۷۰٪ از آزمودنی‌ها کارشناسی، ۲۰٪ کارشناسی ارشد و ۱۰٪ دکتری بود. همچنین آزمون آماری کای مربع نشان داد که اختلاف آماری معناداری بین گروه آزمایش و کنترل از نظر متغیر سن و تحصیلات وجود ندارد.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد بین میانگین نمرات دو گروه در پیش آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی پس از اجرای جلسات درمانی نمرات پس آزمون گروه آزمایشی در متغیرهای راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان و انعطاف پذیری شناختی افزایش و در متغیرهای راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی کاهش یافته است، اما در گروه کنترل تغییر زیادی ایجاد نشده است (جدول ۱).

قبل از آزمون تحلیل کواریانس، برای رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، آزمون باکس برای همگنی ماتریس‌ها و آزمون لوین برای یکسانی واریانس‌ها به عمل آمد. آزمون لوین نشان داد که متغیرهای پژوهش معنادار نیستند و از این رو یکسانی واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نشان داد که داده‌ها نرمال هستند. بنابراین، پیش-شرط‌های استفاده از آزمون تحلیل کواریانس برقرار است.

یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد بین میانگین مولفه‌های راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان تأثیر دارد و راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان را افزایش و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی تنظیم هیجان را به طور معناداری کاهش می‌دهد (جدول ۲).

یافته‌های موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد اثر معناداری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، به طور چشمگیری تغییر داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی بر راهبرد ناسازگارانه نگرانی تأثیر دارد و آن را به طور معناداری کاهش می‌دهد (جدول ۳).

یافته‌های موجود در جدول ۴ نشان می‌دهد اثر معناداری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون به

است. در پژوهش حاضر برای بررسی ضریب پایایی پرسش‌نامه از آلفای کرونباخ استفاده شد که در سطح ۰/۸۷ معنادار به دست آمد.

بسته طرحواره درمانی: دستورالعمل طرحواره درمانی (اقتباس از یانگ و همکاران، ترجمه حمیدپور و اندوز [۲۷]) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته به شرح زیر روی گروه آزمایش اجرا شد. جلسه اول و دوم به اجرای مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی، توضیح مدل طرحواره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها اختصاص داشت. هدف از این دو جلسه مقدماتی درک ماهیت تنظیم شناختی هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی، ریشه‌های تحولی آن‌ها و همچنین ساز و کار آن‌ها توسط آزمودنی‌ها بود. در پایان دو جلسه اول ماهیت اختلال افسردگی طبق رویکرد طرحواره درمانی فرمول بندی شد. جلسه سوم و چهارم به معرفی، آموزش و به کارگیری فنون شناختی چالش با طرحواره‌ها از جمله آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم‌بند طرحواره بود. هدف از آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی این بود که آزمودنی‌ها از طریق به کارگیری فنون شناختی یاد بگیرند در مقابل طرحواره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرحواره را زیر سؤال ببرند.

در جلسه پنجم و ششم، فنون هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی بپردازند. فنون گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگویشکنی رفتاری مبتنی بر دستورالعمل مداخله و کار گروهی در این جلسات با هدف کمک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرحواره‌ها در سطح هیجانی معرفی و انجام شد تا بیماران با استفاده از فنون تجربی همچون تصویرسازی ذهنی و برقراری گفتگو، خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی شان ابراز کنند و چرخه تداوم طرحواره را در سطح هیجانی بشکنند. جلسه هفتم و هشتم اختصاص به آموزش و اجرای فنون الگویشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد از جمله تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آماده کردن افراد برای ختم جلسات داشت.

در نهایت پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری و داده‌های پژوهش به کمک نرم افزار SPSS 24 با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف

طور چشمگیری تغییر داشته است. بنابراین می توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی و مؤلفه های آن

تأثیر دارد و انعطاف پذیری شناختی را به طور معناداری در بیماران افسرده افزایش می دهد (جدول ۴).

جدول ۱: آماره های توصیفی مربوط به متغیرهای راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، انعطاف پذیری شناختی و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی در پیش آزمون و پس-آزمون

متغیرها	طرحواره درمانی		مرحله	گروه
	میانگین (انحراف معیار)	کنترل		
راهبرد سازگارانه هیجان	۵۶٫۷۳ (۳٫۶۱)	۵۵٫۲۰ (۳٫۲۲)	پیش آزمون	
	۷۲٫۷۳ (۵٫۴۱)	۶۰٫۷۳ (۷٫۳۳)	پس آزمون	
راهبرد ناسازگارانه هیجان	۶۴٫۲۶ (۲٫۲۵)	۶۱٫۷۳ (۲٫۷۳)	پیش آزمون	
	۴۵٫۱۳ (۳٫۸۵)	۵۸٫۴۶ (۲٫۸۲)	پس آزمون	
نمره کل انعطاف پذیری شناختی	۶۹٫۴۰ (۲٫۳۲)	۶۹٫۴۰ (۳٫۸۵)	پیش آزمون	
	۷۹٫۶۰ (۶٫۱۰)	۶۸٫۰۱ (۴٫۸۸)	پس آزمون	
راهبردهای ناسازگارانه نگرانی	۴۲٫۳۳ (۲٫۰۹)	۴۲٫۰۶ (۱٫۸۳)	پیش آزمون	
	۴۰٫۶۶ (۲٫۷۹)	۴۳٫۰۱ (۲٫۶۹)	پس آزمون	

جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره های پس آزمون در گروه آزمایشی طرحواره درمانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
پذیرش	۲٫۸۷	۱	۲٫۸۷	۰٫۷۰	۰٫۴۱	۰٫۰۳
تمرکز مجدد مثبت	۱٫۹۹	۱	۱٫۹۹	۰٫۵۶	۰٫۴۶	۰٫۰۲
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۸٫۹۲	۱	۸٫۹۲	۴٫۴۸	۰٫۰۴	۰٫۱۹
ارزیابی مجدد مثبت	۲۳٫۸۸	۱	۲۳٫۸۸	۹٫۵۶	۰٫۰۰۶	۰٫۳۳
دیدگاه پذیری	۴٫۶۵	۱	۴٫۶۵	۰٫۰۱	۰٫۹۹	۰٫۰۰۱
سرزنش خود	۷٫۰۷	۱	۷٫۰۷	۳٫۰۹	۰٫۰۹	۰٫۱۴
نشخوارگری	۲۴٫۴۵	۱	۲۴٫۴۵	۸٫۸۲	۰٫۰۰۸	۰٫۳۱
فاجعه انگاری	۵۴٫۱۹	۱	۵۴٫۱۹	۲۹٫۴۷	۰٫۰۰۱	۰٫۶۰
سرزنش دیگری	۳۲٫۷۳	۱	۳۲٫۷۳	۱۵٫۴۰	۰٫۰۰۱	۰٫۴۴

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات پیش آزمون-پس آزمون راهبردهای ناسازگارانه نگرانی گروه آزمایش و کنترل طرحواره درمانی

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
راهبرد ناسازگارانه نگرانی	گروه	۳۸٫۴۰	۱	۳۸٫۴۰	۵٫۰۶	۰٫۰۳	۰٫۱۶
	خطا	۲۰۴٫۹۲	۲۷	۷٫۵۹			
	کل	۵۲۷۵۳٫۰۱	۳۰				

جدول ۴: نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر میانگین نمره های پس آزمون در گروه آزمایشی طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
ادراک کنترل پذیری	۱۵۲٫۵۶	۱	۱۵۲٫۵۶	۱۳٫۵۳	۰٫۰۰۱	۰٫۳۵
ادراک توجیه رفتار	۹۵٫۱۹	۱	۹۵٫۱۹	۱۸٫۷۱	۰٫۰۰۱	۰٫۴۲
ادراک گزینه های مختلف	۹۷٫۶۸	۱	۹۷٫۶۸	۳۳٫۸۶	۰٫۰۰۱	۰٫۵۷

بحث:

می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های خالقی و همکاران [۳۱] و هاین [۲۹] مطابقت دارد. طرحواره درمانی بر این فرض استوار است که بیماران افسرده دارای نگرانی، بیشتر الگوهای ناسازگارانه درک و پاسخ دهی به محیط را یاد گرفته‌اند و فاقد راهبردهای مقابله‌ای مؤثر هستند. از این رو، با استفاده از طرحواره درمانی و محتوای شناختی جلسات درمانی و تغییر ادراکی بیماران، سبک پردازش آن‌ها تغییر کرده و در نتیجه با روش‌های تحلیل منطقی راهبردهای جدیدی برای حل مسائل مطرح می‌شود. نظر به این که نگرانی اختلالی است که از تعامل مؤلفه‌های فیزیولوژی، شناختی و رفتاری به وجود می‌آید طرحواره درمانی می‌تواند اثربخشی بالایی در مورد آن داشته باشد [۳۰].

نتیجه‌گیری:

طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان، انعطاف‌پذیری شناختی و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی تأثیر دارد و باعث افزایش راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و راهبردهای ناسازگارانه نگرانی می‌شود. با توجه به انجام این پژوهش روی بیماران کلینیک‌های شهرستان جهرم، پیشنهاد می‌شود مطالعه مشابه روی افراد سایر مراکز و شهرهای دیگر نیز انجام گیرد. بهتر است در مطالعات موردی آتی این روش درمان با سایر درمان‌های شناختی-رفتاری و درمان‌های دارویی مقایسه شود.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از تمام بیماران و روانشناسان شرکت‌کنندگان در این پژوهش تشکر به عمل می‌آید.

تعارض منافع:

هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، راهبردهای ناسازگارانه نگرانی و انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران دارای اختلال افسردگی بود. یافته اول پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تأثیر دارد و راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان را افزایش و راهبردهای ناسازگارانه آن را به طور معناداری کاهش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های عباسی و همکاران [۲۸] و بوترهون و همکاران [۲۹] مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که هدف نهایی طرحواره درمانی، بهبود طرحواره است و همان‌طور که بک اشاره کرده است، تعدیل ساختار و محتوای طرحواره‌های ناسازگار به منظور جلوگیری از عود نشانه‌های افسردگی ضروری است. تک تک فنون طرحواره درمانی در پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. از جمله عوامل تأثیرگذار در فرآیند تعدیل طرحواره می‌توان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد [۲۹].

یافته دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی، انعطاف‌پذیری شناختی را به طور معناداری افزایش می‌دهد. این یافته با نتایج پژوهش‌های هاین [۳۰] و بوترهون و همکاران [۲۹] مطابقت دارد. می‌توان گفت که طرحواره درمانی در طی تمرینات خود در فنون شناختی، هیجانی و رفتاری، فرد را قادر می‌سازد، مهارت‌هایی کسب کند که از طریق آن از تصاویر نشخوار گونه ذهنی رها شده، ذهن خود را از خستگی رهانیده و به واسطه این تغییرات جدیدی که فنون ذهن آگاهی ایجاد کرده، خود را در برابر استرس‌ها، اضطراب و افکار پریشان که ممکن است در آینده نیز به آن دچار شود، محافظت کند. تمام این موارد بر قدرت انعطاف‌پذیری بیمار مبتلاء به افسردگی تأثیر می‌گذارد [۲۹].

یافته دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر راهبرد ناسازگارانه نگرانی تأثیر دارد و آن را به طور معناداری کاهش

References:

1. Kupfer D, Regier D. DSM-IV-TR text revision American Psychiatric Association, 4th ed. Washington. (DC), American psychiatric publishing 2009.
2. Lopez AD, Mathers CD, Ezzat M, Jamison MD, & Murray CJL. Global Burden of Disease and Risk Factors, Oxford University Press, New York 2006.
3. Rezaei AM, Jahan F. Prediction of depression based on the components of perfectionism the mediation role of self-criticism. Q Clin Psychol 2015; 19(5):1-17. (in Persian)
4. Kaplan H, Sadock J. Comprehensive textbook of psychiatry. (7th ed), Baltimore, Williams & Wilkins 2004.
5. Golestaneh A, Sarvghads S. The mediating role of worry in the relationship between the cognitive regulation strategies of excitement and depression and anxiety. J Evol Psychol 2012; 9(35): 259-69. (in Persian)
6. Zinali Sh, Ashrafiyan P, Bayrami M. Prediction of depression symptoms based on rumination and self-

- talk in depressed women. *J Wom Fam S* 2013; 7(25): 57-67. (in Persian)
7. Pruzinsky T, & Borkovec TD. Cognitive and personality characteristics of worriers. *Behav Res Ther* 1990; 28: 507-12.
 8. Brosschot JF, Gerin W, Thayer JF. The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related psychological activation, and health. *J Psychom Res* 2006; 60 (4): 113-24.
 9. Hong RY. Worry and rumination: Differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Beha Res Ther* 2007; 45(4): 277-90.
 10. Dick AM, Niles BL, Street AE, DiMartino DM, Mitchell KS. Examining mechanisms of change in a yoga intervention for women: The influence of mindfulness, psychological flexibility, and emotion regulation on PTSD symptoms. *J Clin Psychol* 2014; 70(12): 1170-182.
 11. 10- Dick AM, Niles BL, Street AE, DiMartino DM, Mitchell KS. Examining mechanisms of change in a yoga intervention for women: The influence of mindfulness, psychological flexibility, and emotion regulation on PTSD symptoms. *J Clin Psychol* 2014; 70(12): 1170-82.
 12. Woodruff SC, Glass CR, Arnkoff DB, Crowley KJ, Hindman RK, Hirschhorn EW. Comparing self-compassion, mindfulness, and psychological inflexibility as predictors of psychological health. *J Mindfu* 2014; 5(4): 410-21.
 13. Hu T, Zhang D, Wang J. A meta-analysis of the trait resilience and mental health. *Perso Indiv Diffe* 2015; 76: 18-27.
 14. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire-development of a short 18-item version (CERQ-short). *Perso Indiv Diffe* 2009; 41: 1045-1053.
 15. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, & Lyubomirsky S. Rethinking Rumination, *Perspe Psychol Scie* 2008; 3: 400-424.
 16. Dadfernia SH, Hadian Fard H, Rahimi CH, Aflak Sir A. Regulation and its role in predicting depressive symptoms in students. *Dawn Healt*, 2019; 19(1): 32-47. (in Persian)
 17. LeMoult J, Gotlib I H. Depression: A cognitive perspective. *Clini psychol revie*, 2019; 69: 51 –66.
 18. Zhang DH, He HL. Personality traits and life satisfaction: A Chinese case study. *Soci Behav Persona*, 2010; 38 (8): 1119-22.
 19. Leahy RL, Tirch DD, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2011.
 20. Mahor H, and Farzinfar K. The effectiveness of therapeutic schema on the psychological well-being of mothers of children with deafness. *J Medic Scien Sabzevar*, 2016; 24(5): 311-318. (in Persian)
 21. Thelen H, & Miller M. The effect of yoga techniques on improving the mental health of children of divorce. New York: Guilford. 2010.
 22. Beck AT. *Cognitive Therapy of Depression*. New Yourk: Guilford Press. 1979.
 23. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: A questionnaire measuring cognitive coping strategies. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC. 2002.
 24. Beshrpour S, and Shafiei M. The role of self-compassion and cognitive flexibility in predicting post-traumatic stress disorder symptoms in individuals exposed to trauma. *J Medic Scien Shahr Kurd Uni*, 2016; 19(4): 12-22. (in Persian)
 25. Sadeghian A, Heydarianpour A. Stressful factors and their relationship with the mental health of Hamedan University of Medical Sciences students. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, J Medic Scien Tehran Uni*, 1388; 15(1): 71-81. (in Persian)
 26. Sadeghian A, Heydarianpour A. Stressful factors and their relationship with the mental health of Hamedan University of Medical Sciences students. *Journal of Faculty of Nursing and Midwifery, J Medic Scien Tehran Uni*, 1388; 15(1): 71-81. (in Persian)
 27. Meyer TJ, Miller ML, Metzger RL, & Borkovec TD. Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Beha Rese Ther*, 1990; 28: 487-495.
 28. Hamidpour H, And Andoz Z. Treatment schema. Tehran: Arjmand Publications. 2017. (in Persian)
 29. Bassi F, Moradi Manesh F, Naderi F, and Bakhtiaripour S. Effectiveness of schema therapy on cognitive regulation of emotion and quality of life in people with asthma. *J Medic School*; 2019; 63(2): 2546-2446. (in Persian)
 30. Boterhoven de Haan KL, Fassbinder E, Hayes C, Lee CW. A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. *J Psychother Integrat*, 2019; 29(1): 54.
 31. Haeyen, S. Strengthening the healthy adult self in art therapy: Using schema therapy as a positive psychological intervention for people diagnosed with personality disorders. *Frontier Psychol*, 2019; 10 (644).
 32. Khaleghi M, Mohammadkhani Sh, and Hosni J. The effectiveness of emotional schema therapy in reducing worry and symptoms of anxiety in patients with generalized anxiety disorder: a single-subject study. *J Clini Psychol*, 2015; 8(2): 43-55. (in Persian)

The Effectiveness of Therapeutic Schema and Therapy on Cognitive Regulation of Emotion, Cognitive Flexibility and Maladaptive Strategies of Worry in Patients with Depressive Disorder

Zohre Jafarzade Jahromi¹, Seyyed Abdolmajid Bahrainian Bahrainian², Fateme Shahabizade³

Received: 2022/11/29

Revised: 2022/12/11

Accepted: 2022/12/25

1. Phd student Islamic Azad University, Birjand branch, Jahrom University of Medical Sciences
2. Full Professor Islamic Azad University, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand branch. Department of Psychology
3. Associate Professor Islamic Azad University, Birjand branch, Islamic Azad University, Birjand branch. Department of Psychology

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.20, No.3, Fall 2022

Pars J Med Sci 2022;20(3):9-16

Abstract:

Introduction:

The aim of study was the effectiveness of schema therapy on the cognitive regulation of emotion, cognitive flexibility and maladaptive strategies of worry in patients with depressive disorder.

Methods & Materials:

This research is in terms of practical purpose and in terms of research design, it is a semi-experimental type of pre-test and post-test with a control group. The statistical population was all the clients who came to the psychology and counseling centers of Jahrom city in 2022 with complaints of depression and have received a diagnosis of depression. 30 people who scored 20 to 28 (mean depression level) in the Beck Depression Questionnaire were selected from among the volunteers of Hami, Rahgoshah and Farda Behtar clinics, with using the purposeful sampling method, and were divided into two experimental groups (15 people) and control (15 people). In order To collect data, Garnevsky et al.'s Cognitive Regulation Strategies Questionnaire, Dennis and Vanderwaal's Cognitive Flexibility Questionnaire, Meir et al.'s Maladaptive Strategies Questionnaire, and Beck's Depression Questionnaire were used. Data analysis was done with the statistical method of analysis of covariance.

Results:

The findings showed that the therapeutic schema has an effect on the cognitive regulation of emotion, cognitive flexibility and maladaptive strategies of worry and has caused an increase in adaptive strategies of emotion regulation and cognitive flexibility and a decrease in maladaptive strategies of emotion regulation and maladaptive strategies of worry.

Conclusion:

Schema therapy is suggested as a therapeutic method to reduce anxiety and improve cognitive flexibility and adaptive strategies of emotion regulation in depressed patients.

Keywords: Worry, Cognitive Flexibility, Emotion Regulation Strategies, Therapeutic Schema, Depression

* Corresponding author Email: majid.bahrainian@gmail.com