

اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و کاهش نشانگان خلقی در مبتلایان به اختلالات پوستی

نویسندگان:

علی شاکر دولق*^۱، حمزه سلمان پور^۱

۱- گروه روان‌شناسی، واحد ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، ارومیه، ایران

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.15, No.4, Winter2018

چکیده:

مقدمه: درمان‌های روان‌شناختی متعددی در خصوص کاهش مشکلات خلقی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار مورد بررسی قرار گرفتند و طرح‌واره درمانی یکی از این درمان‌ها است. این پژوهش باهدف آزمون اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و کاهش نشانگان خلقی در مبتلایان به اختلال روانی-تنی پوست انجام شد.

روش کار: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و همراه با گروه کنترل و ارزیابی به‌صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش کلیه افراد مبتلابه اختلال‌های روانی-تنی پوست شهر تبریز در سال ۱۳۹۵ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۶ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۱ جلسه مداخله طرح‌واره درمانی را به‌صورت یک‌بار در هفته دریافت کردند و گروه کنترل بدون هیچ‌گونه مداخله باقی ماند. برای گردآوری اطلاعات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از پرسشنامه‌های استاندارد خلق مثبت و منفی و طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه یانگ استفاده شد. داده‌های پژوهشی با آزمون تحلیل واریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنادار نمرات تمامی طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه شده است. همچنین این درمان موجب افزایش خلق مثبت و کاهش خلق منفی در مبتلایان به اختلالات روانی-تنی پوست شده است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی برای اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگارانه اولیه و کاهش علائم خلقی در اختلالات روانی-تنی پوست از اثربخشی لازم برخوردار است.

واژگان کلیدی: طرح‌واره، خلق، اختلالات پوستی، درمان

Pars J Med Sci 2018;15(4):46-54

مقدمه:

فیزیولوژیکی (psychophysiological) اشاره به حالات جسمانی دارد که در آن‌ها حوادث پرمعنای روان‌شناختی به‌طور تنگاتنگی با نشانه‌های بدنی مرتبط هستند. این مشکلات و اختلالات شامل اختلالات قلبی-عروقی، تنفسی، معدی-روده‌ای، استخوانی-عضلانی، دستگاه‌های تناسلی ادراری و پوست هستند. یافته‌های بالینی اهمیت عوامل روان‌شناختی را در بسیاری از این اختلالات نشان می‌دهند [۲].

در دنیای درماتولوژی (Dermatology) حدود ۳۰۰۰ اختلال وجود دارد. این تعداد زیاد بیماری‌ها شامل گروه‌های بسیاری است که از نظر سبب‌شناسی طیف گسترده‌ای از تنوع، از اختلالات ژنتیکی تا بیماری‌های عفونی، بیماری‌های ناشی از مواجهه با عوامل محیطی و بیماری‌های چندعاملی را شامل می‌شوند [۱]. در تعدادی از اختلالات جسمی ممکن است عوامل شخصیتی و اجتماعی تا حد زیادی نقش داشته باشند. اصطلاح اختلالات روان‌تنی (psychosomatic) یا اختلالات روانی

* نویسنده مسئول، نشانی: ارومیه، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ارومیه، گروه روانشناسی.

پست الکترونیک: ali.shaker2000@gmail.com

تلفن تماس: ۰۹۱۴۱۵۰۳۷۶۲

پذیرش: ۱۳۹۷/۱/۲۷

اصلاح: ۱۳۹۶/۱۱/۹

دریافت: ۱۳۹۶/۷/۴

هستند [۱۰]. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه اساساً مضمون‌های تلویحی و ناهشیار هستند که توسط افراد حفظ می‌شوند و به‌عنوان الگویی برای پردازش تجربه‌های بعدی به کار می‌روند و در نتیجه در سرتاسر زندگی گسترش یافته و رفتارها، افکار، احساسات و روابط با سایر مردم را تعیین می‌کنند [۱۱].

درمان‌های روان‌شناختی چندی در خصوص کاهش مشکلات خلقی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار مورد بررسی قرار گرفته‌اند. در این میان یکی از درمان‌های که می‌تواند بسیار مورد توجه باشد درمان طرح‌واره درمانی (schema therapy) است. طرح‌واره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که توسط یانگ به وجود آمد که به‌طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان و روش‌های درمان شناختی-رفتاری سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دل‌بستگی، روابط شیء، گشتالت، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است، مفهوم کلیدی این رویکرد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است [۱۲]. پژوهش‌ها نشان داده است که طرح‌واره درمانی در درمان افسردگی و اضطراب دیرپا، اختلال‌های خوردوخوراک، مسائل زناشویی و مشکلات پایدار در حفظ روابط صمیمانه سازگار اثربخش بوده است [۹]. طرح‌واره درمانی در درمان افسردگی مزمن [۱۳]، اختلال دوقطبی [۱۴] مفید گزارش شده است. نادیس و همکاران [۱۵] نشان دادند طرح‌واره درمانی در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت مؤثر است. نتایج مطالعات قادری، کلاتری، مهرابی [۱۶] نشان داد که طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنادار نمرات تمامی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه به جزء دو طرح‌واره رهاشدگی/بی‌ثباتی و اطاعت در افراد گروه آزمایش شده است. قادری، معروفی و ابراهیمی [۱۷] گزارش کردند طرح‌واره درمانی به‌عنوان یک درمان روان‌شناختی در کاهش و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثر است. نتایج مطالعه دیگری نشان داد که طرح‌واره درمانی موجب کاهش معنادار علائم مزمن افسردگی، کنترل میزان عود و نیز طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران می‌شود. طرح‌واره درمانی در کاهش شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مؤثر است [۱۸]. طرح‌واره درمانی با بهره گرفتن از روش‌های شناختی، تجربی و همچنین رابطه درمانی منحصربه‌فرد، بر کاهش شدت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه غالب مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان توانسته مؤثر باشد [۱۹].

حال با توجه به سوابق موجود و اهمیت این پژوهش در فراهم نمودن دانش در زمینه اختلالات روانی-تنی پوست و از طرف دیگر کاربرد طرح‌واره درمانی در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نشانگان خلقی، این پژوهش باهدف آزمون اثربخشی

اختلالات روان-تنی پوست (Psychodermatologic patients)، بیماری‌های پوستی را شامل می‌شوند که در آن علل و پیامدهای روان‌شناختی یا شرایط همراه، تأثیر اساسی و درمانی مهم بر فرایند بیماری دارند. این بیماری‌ها عامل مشکلات فردی و بین فردی ناشی از بیماری پوستی و نیز سازوکارهای روان‌تنی ایجادکننده بیماری پوستی یا مقابله‌کننده با آن است. گفته می‌شود که در یک سوم کلیه بیماران پوستی، اختلالات هیجانی دیده می‌شود که بر مقابله با بیماری تأثیرات منفی به‌جا می‌گذارد [۳]. در مطالعه‌ای شیوع این اختلال ۳۰-۴۰ درصد گزارش شده است [۴]. مطالعه دیگری نشان داد ۳۹ درصد این بیماران از مشکلات روانی رنج می‌برند [۳]. همچنین در این راستا کو و همکاران گزارش کردند شیوع اختلالات روانی در بیماران روان‌تنی-پوستی بیشتر از بیماران قلبی و سرطانی است [۵].

ویژگی‌های خلقی (Mood states) یکی از سازه‌های شخصیتی قابل بررسی در افراد دارای بیماری‌های جسمی و به‌ویژه پوستی نسبت به افراد عادی است. خلق را مجموعه احساسات زودگذر که از نظر شدت و مدت متغیر است و معمولاً از هیجان طولانی‌تر است در نظر می‌گیرند و آن را عاملی می‌دانند که در ارزیابی و تفسیر یک موقعیت روان‌شناختی و چگونگی عملکرد در گذشته، حال و آینده مداخله می‌کند. بر اساس تقسیم‌بندی دوبعدی خلق به‌صورت مثبت و منفی می‌توان تنش (Tension)، افسردگی، خشم، خستگی و سردرگمی (Confused) را خلق منفی و سرزندگی (Vigor)، نشاط و سرخوشی را خلق مثبت در نظر گرفت [۶]. نتایج پژوهشی نشان داد که بخش قابل توجهی از بیماران پوستی عامل‌های روانی-اجتماعی داشته و نه تنها آسیب روانی آشکار در نبود بیماری پوستی واقعی وجود دارد، بلکه استرس و عاطفه منفی نیز در صورت وجود بیماری پوستی واقعی آن را تشدید می‌کند. با تداوم بیماری پوستی و ناتوانی بیمار در سازگاری با شرایط طبی خود، بیماران اضطراب بالا و خلق افسرده را تجربه می‌کنند که در یک چرخه معیوب، بیماری جسمی آن‌ها را تشدید می‌کند [۷].

هر یک از اختلالات روانی با طرح‌واره‌ها و الگوهای تفکر عادت‌ی بسیار عمومی و فراگیری همراه هستند که نوع آسیب‌پذیری مربوط به آن اختلال را مشخص می‌کند [۸]. طرح‌واره ناسازگار اولیه (early maladaptive schemas) الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب‌رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن جای گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند [۹]. طرح‌واره‌ها متشکل از طرز فکر افراد در مورد نیازها، عقیده‌ها، مفروضه ایشان درباره مردم، رویدادها و محیط است. آن‌ها باورهای بنیادی هستند که تشکیل‌دهنده دیدگاه فرد درباره خود، جهان اطراف و دیگران است. طرح‌واره محصول تجربه‌ها و تعامل‌های اوایل زندگی

طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه و کاهش نشانگان خلقی در مبتلایان به اختلال روانی- تنی پوست انجام گرفت.

روش کار:

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با گروه کنترل و آزمایش است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلالات روانی- تنی پوست شهر تبریز در سال ۱۳۹۵ بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۶ نفر به صورت همسان‌سازی نسبی انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۸ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) قرار داده شدند. در ابتدا برای هر دو گروه آزمایشی و گروه کنترل، اهداف پژوهش توضیح داده شد. سپس افراد گروه آزمایش ۱۱ جلسه مداخله مبتنی طرحواره درمانی را به صورت یک‌بار در هفته دریافت کردند. قابل به ذکر است که در صورتی که یکی از آزمودنی‌ها به هر دلیلی از برنامه آموزشی و درمانی بازمی‌ماند، درمانگر برای به صورت فوق‌العاده برنامه درمانی برای وی ارائه می‌کرد. پس از گذشت ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای و اجرای مداخلات، بار دیگر پرسشنامه‌های پژوهشی توسط افراد گروه تکمیل شدند. گروه کنترل بدون هیچ‌گونه مداخله باقی ماند و هم‌زمان با اتمام جلسات درمانی گروه آزمایشی، جلسه‌ای برای تکمیل پرسشنامه‌های مرحله پس‌آزمون، برای گروه کنترل گذاشته شد. در نهایت پرسشنامه‌ها جمع‌آوری و داده‌های پژوهشی با آزمون تحلیل کوواریانس به کمک نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به تحقیق شامل: (۱) تشخیص بیماری اختلالات روان - تنی پوست برای فرد طبق نظر متخصص درماتولوژیست و تأیید روان‌پزشک؛ (۲) فقدان سایر اختلالات بارز محور I بر اساس مصاحبه بالینی اجرا شده توسط محقق؛ (۳) داشتن تحصیلات حداقل سیکل برای پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه؛ (۴) عدم استفاده از داروهای روان‌پزشکی بر اساس مصاحبه بالینی اجرا شده توسط محقق؛ (۵) عدم دریافت درمان روان‌شناختی دیگری هنگام دریافت این درمان؛ (۶) تمایل به شرکت در پژوهش.

ملاک‌های خروج از تحقیق شامل: (۱) شدت یافتن بیماری و بستری شدن؛ (۲) مهاجرت؛ (۳) عدم تمایل به ادامه همکاری.

مشخصات پرسشنامه‌های پژوهشی به شرح ذیل بود:

پرسشنامه طرحواره یانگ: پرسشنامه طرحواره یانگ ابزار خود گزارش دهی برای سنجش طرحواره‌هاست. بیمار بر اساس

توصیف هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) می‌سنجد. درمانگر برای تفسیر نتایج کمی هر بیمار یا میانگین نمرات هر طرحواره را جمع نمی‌کند، بلکه به سؤالات هر طرحواره به صورت جداگانه توجه می‌کند و سؤالی‌هایی که بیمار در آن نمره بالا گرفته است را مشخص می‌کند [۲۰]. طرحواره‌های که این پرسشنامه مورد سنجش قرار می‌دهد عبارت‌اند از: طرحواره بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد. در پژوهشی برای هر طرحواره ناسازگار اولیه ضریب آلفایی از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ به دست آمد و ضریب باز آزمایی در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ بود. ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شده است. ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند این پرسشنامه، ۰/۷۰ به دست آمده است [۲۰]. همچنین همسانی درونی برای هفده عامل به وسیله آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش شد و آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۹۴ بود [۲۰].

پرسشنامه خلق مثبت و منفی: برای سنجش نشانگان خلقی از پرسشنامه خلق مثبت و منفی (PANAS) استفاده شد. این پرسشنامه توسط واتسون و همکاران [۲۱] طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۰ ماده است. ۱۰ ماده اول (۱-۱۰) مربوط خلق مثبت و ۱۰ ماده بعدی (۱۱-۲۰) مربوط به خلق منفی می‌باشد. واتسون و همکاران اعتبار و همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) مقیاس‌های خلق مثبت را از ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و عاطفه منفی را از ۰/۸۴ تا ۰/۸۷ گزارش کردند [۲۱]. در پژوهش رفیعی پور و همکاران ضریب آلفای کرونباخ برای خلق مثبت بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۳ و برای خلق منفی ۰/۹۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است [۲۲]. ج روش طرحواره درمانی: در این پژوهش از روش طرحواره درمانی یانگ استفاده شد. این درمان در ۱۱ جلسه یک و نیم‌ساعته و به صورت هفته‌ای (بر اساس راهنمای یانگ و همکاران، [۲۳]) برگزار شد.

جدول ۱: جلسات طرحواره درمانی منطبق با الگوی درمانی یانگ

| جلسات | عناوین جلسات | اهداف جلسات |
|--------|--|---|
| اول | آشنایی و معرفی برنامه‌ها | برقراری ارتباط و همدلی |
| دوم | اجرای پرسشنامه‌ها | ارزیابی وضعیت اولیه گروه |
| سوم | تعریف طرحواره درمانی | آشنایی و درک مفاهیم طرحواره درمانی و نحوه کاربرد آن |
| چهارم | آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه | فراگیری دقیق و علمی مفاهیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه |
| پنجم | معرفی حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه | آشنایی کامل با حوزه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تشخیص آن |
| ششم | آموزش و شناخت مفهوم هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد | شناخت و انطباق هماهنگی شناختی و پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد با تجربیات شخصی |
| هفتم | مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمان | شناخت و تشخیص طرحواره‌های ناسازگار اولیه فردی |
| هشتم | افتاده از راهبردهای شناختی طرحواره درمانی | اصلاح طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد |
| نهم | استفاده از راهبردهای تجربی طرحواره درمان | تغییر و بهبود سطح هیجانی و عاطفی طرحواره‌های ناسازگار |
| دهم | آموزش روش‌های الگو شکنی | جایگزین کردن رفتارهای سالم و کارآمد بجای رفتارهای مقابله‌ای و ناسازگار |
| یازدهم | اجرای مجدد پرسشنامه | ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی |

یافته‌ها:

طبق یافته‌های پژوهش میانگین و انحراف معیار سن بیماران گروه کنترل برابر $(31/77 \pm 4/45)$ و بیماران گروه آزمایش برابر $(32/14 \pm 4/19)$ بود. در گروه کنترل ۱۹ درصد مجرد و در گروه آزمایش ۲۲ درصد مجرد و بقیه متأهل بودند. همچنین در هر دو گروه کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات زیر دیپلم و بیشترین فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس بود.

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. بر اساس نتایج میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود نداشت، ولی پس از اجرای جلسات درمانی نمرات پس‌آزمون گروه آزمایشی در متغیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و خلق منفی کاهش و در متغیر خلق مثبت افزایش یافته است.

پیش از به کار بستن آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری پیش‌فرض همگنی واریانس با استفاده از آزمون لوین تأیید شد $(F=0/988, P=0/374)$ ، مجذور اتا نشان داد ۷۲ درصد از واریانس

مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

یافته‌های موجود در جدول ۳ نشان می‌دهد بین میانگین طرحواره بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد، طرحواره محدودیت مختل، دیگر جهت مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد در بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد $(p < 0/01)$ و موجب کاهش آن در مبتلایان به اختلالات روانی- تنی پوست شده است.

یافته‌های موجود در جدول ۴ نشان می‌دهد بین میانگین خلق مثبت و منفی در بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد $(p < 0/01)$ ، به طوری که موجب افزایش خلق مثبت و کاهش خلق منفی در مبتلایان به اختلالات روانی- تنی پوست شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه های مورد مطالعه و آزمون معناداری t برای پیش آزمون

| متغیر | گروه | پیش آزمون | | آزمون معناداری t |
|-------------------------------|--------|--------------|-----------------|------------------|
| | | (SD) M | پس آزمون (SD) M | |
| طرحواره بریدگی و طرد | آزمایش | ۵۰٫۱۴ (۸٫۲۰) | ۴۱٫۵۰ (۶٫۵۱) | ۰٫۳۴۸ |
| | کنترل | ۵۱٫۳۰ (۹٫۱۱) | ۵۲٫۶۳ (۱۰٫۰۹) | |
| طرحواره خودگردانی و عملکرد | آزمایش | ۳۲٫۹۸ (۸٫۴۵) | ۲۴٫۹۶ (۵٫۳۱) | ۰٫۵۱۰ |
| | کنترل | ۳۳٫۱۲ (۸٫۰۴) | ۳۴٫۲۵ (۸٫۵۵) | |
| طرحواره محدودیت های مختل | آزمایش | ۴۶٫۹۱ (۷٫۹۲) | ۴۲٫۶۶ (۵٫۷۴) | ۰٫۳۶۱ |
| | کنترل | ۴۵٫۴۴ (۷٫۱۰) | ۴۶٫۳۰ (۸٫۲۸) | |
| طرحواره دیگر جهت مندی | آزمایش | ۴۷٫۶۱ (۷٫۴۶) | ۴۱٫۶۳ (۶٫۱۲) | ۰٫۲۷۷ |
| | کنترل | ۴۶٫۴۲ (۷٫۵۰) | ۴۸٫۵۱ (۷٫۷۱) | |
| طرحواره گوش به زنگی بیش از حد | آزمایش | ۳۱٫۶۳ (۶٫۴۱) | ۲۹٫۸۴ (۷٫۲۵) | ۰٫۳۰۲ |
| | کنترل | ۳۰٫۰۸ (۶٫۰۱) | ۳۱٫۶۲ (۸٫۲۱) | |
| خلق مثبت | آزمایش | ۱۷٫۳۰ (۳٫۶۵) | ۲۲٫۵۲ (۴٫۲۱) | ۰٫۲۶۳ |
| | کنترل | ۱۶٫۶۹ (۳٫۱۱) | ۱۶٫۳۸ (۳٫۲۲) | |
| خلق منفی | آزمایش | ۱۶٫۵۵ (۳٫۶۵) | ۱۰٫۴۱ (۲٫۱۶) | ۰٫۴۱۲ |
| | کنترل | ۱۷٫۱۱ (۳٫۸۰) | ۱۶٫۸۰ (۳٫۱۹) | |

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بر روی متغیر طرحواره های ناکارآمد

| منبع تغییر | متغیر وابسته | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | P | اتا |
|------------|-------------------------------|---------------|------------|-----------------|---------|-------|-------|
| گروه | طرحواره بریدگی و طرد | ۵۹۷۷٫۸۱۸ | ۱ | ۵۹۷۷٫۸۱۸ | ۱۶۰٫۰۱۱ | ۰٫۰۰۱ | ۰٫۵۹۹ |
| | طرحواره خودگردانی و عملکرد | ۲۲۱۲٫۸۵۳ | ۱ | ۲۲۱۲٫۸۵۳ | ۳۴٫۹۷۰ | ۰٫۰۰۱ | ۰٫۲۹۱ |
| | طرحواره محدودیت مختل | ۱۰۵۳٫۱۹۳ | ۱ | ۱۰۵۳٫۱۹۳ | ۲۰٫۰۳۴ | ۰٫۰۰۱ | ۰٫۳۵۰ |
| | طرحواره دیگر جهت مندی | ۸۵۸۴٫۶۵۸ | ۱ | ۸۵۸۴٫۶۵۸ | ۱۵۲٫۳۲۴ | ۰٫۰۰۱ | ۰٫۵۸۷ |
| | طرحواره گوش به زنگی بیش از حد | ۸۴۸٫۳۰۸ | ۱ | ۸۴۸٫۳۰۸ | ۱۸٫۱۱۰ | ۰٫۰۰۱ | ۰٫۱۴۵ |

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) بر روی متغیر خلق مثبت و منفی

| منبع تغییر | متغیر وابسته | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F | P | مجزور اتا |
|------------|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|-------|-----------|
| گروه | خلق مثبت | ۴۲۰۳٫۳۷۴ | ۱ | ۴۲۰۳٫۳۷۴ | ۲۰۹٫۱۲۴ | ۰٫۰۰۱ | ۰٫۶۴۹ |
| | خلق منفی | ۳۰۶٫۵۱۰ | ۱ | ۳۰۶٫۵۱۰ | ۳۱٫۱۵۷ | ۰٫۰۰۱ | ۰٫۲۱۶ |

بحث:

هدف از این پژوهش بررسی میزان اثربخشی طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره های ناسازگارانه اولیه و کاهش نشانگان خلقی در مبتلایان به اختلالات روانی-تنی پوست بود. نتایج پژوهش نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر طرحواره تأثیر معناداری بر تعدیل همه طرحواره های مقیاس یانگ داشته است ($p < 0/01$). این نتایج با یافته های قادری و همکاران (۱۳۹۴)، قادری و همکاران (۱۳۹۵)، نظری و همکاران (۱۳۹۲)، جهانگیری و همکاران (۱۳۹۴)، ننادیس و همکاران (۲۰۱۷) همسو است. نتایج نظری و احمدیان [۱۸] نشان داد که طرحواره درمانی موجب کاهش

معنادار علائم مزمن افسردگی، کنترل میزان عود و نیز طرحواره های ناسازگار اولیه در بیماران شد. طرحواره درمانی در کاهش شدت فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه نیز مؤثر است. نتایج مطالعات قادری، کلاتری، مهرابی [۱۶] نشان داد که طرحواره درمانی موجب کاهش معنادار نمرات تمامی طرحواره های ناسازگار اولیه به جزء دو طرحواره رهشده گی/بی ثباتی و اطاعت در افراد گروه آزمایش شده است. مطالعه جهانگیری و همکاران [۱۹] نشان داد طرحواره درمانی با بهره گرفتن از روش های شناختی، تجربی و همچنین رابطه درمانی

طرح‌واره‌ها متمرکز شد. همسو با این مطالعه‌ها، پژوهش کیلوگ و یونگ [۲۸] نیز نشان داد طرح‌واره درمانی باعث بهبود نشانگان اختلالات خلقی و اضطرابی شده است.

پژوهش‌ها نشان داده است که طرح‌واره درمانی در درمان افسردگی و اضطراب دیرپا، اختلال‌های خوردوخوراک، مسائل زناشویی و مشکلات پایدار در حفظ روابط صمیمانه سازگار اثربخش بوده است [۹]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه روش‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، فرصتی را برای بهبود خلق فراهم می‌آورد. طرح‌واره درمانی در فرایند درمان به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سؤال بردن طرح‌واره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرح‌واره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران طرح‌واره را به‌عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند [۱۷].

طرح‌واره درمانی نوعی روان‌درمانی است که حاصل ترکیب رفتاردرمانی شناختی با عناصری از دیگر انواع درمان است. این درمان نه‌تنها متوجه مشکلات فعلی‌ای است که بیمار تجربه می‌کند، بلکه گذشته وی و منشأ این مشکلات را نیز مورد ارزیابی قرار می‌دهد. طرح‌واره درمانی چنین فرض می‌کند که افراد در دوران کودکی‌شان، باورهایی را درباره خود، دیگران و دنیای پیرامون شکل داده‌اند. این باورها به افراد آموخته است تا با موقعیت‌های مختلفی که در دوران بزرگسالی تجربه می‌کنند، چگونه برخورد کنند. طرح‌واره‌های ناسازگار کودکی باعث آسیب‌پذیری در برابر افسردگی در بزرگسالی هم می‌شوند. این نتایج همسو با نتایج وانت و همکاران [۲۹] است که نشان دادند طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در افراد افسرده در طول زمان پایا هستند. این نتایج همچنین همسو با نتایج یانگ و همکاران [۲۳] است مبنی بر این که طرح‌واره‌های ناسازگارانه بیشترین ارتباط را با آسیب‌شناسی روانی دارند؛ بنابراین طرح‌واره درمانی به درمانگران کمک می‌کند مشکلات مزمن و عمیق بیماران را دقیق‌تر تعریف کرده و آن‌ها را به‌گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کنند. در این مدل، رد پای طرح‌واره با تأکید بر روابط بین فردی از دوران کودکی تا زمان حال دنبال می‌شود. با به‌کارگیری این مدل، بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به شکل خود ناهمخوان ببینند و در نتیجه، برای رها شدن از شر مشکلات انگیزه بیشتری پیدا کنند [۲۳].

منحصربه‌فرد بر کاهش شدت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه غالب مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان مؤثر بوده است. قادری، معروفی و ابراهیمی [۱۷] گزارش دادند طرح‌واره درمانی به‌عنوان یک درمان روان‌شناختی در کاهش و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی مؤثر است. در خصوص تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت که بک طرح‌واره‌ها را به‌عنوان ساختارهای شناختی برای گزینش، رمزگذاری و ارزیابی محرک‌هایی توصیف کرده که روی ارگانسیم تأثیر می‌گذارند. طرح‌واره‌ها در جریان دوران کودکی رشد کرده و به‌عنوان یک الگو برای پردازش تجارب کلی زندگی عمل می‌کنند [۲۴]. از آنجایی که طرح‌واره‌ها نسبتاً ثابت و عامل ثبات خود هستند، به‌عنوان اطلاعات تأییدی دائماً جستجو می‌شوند و می‌توانند باعث آسیب‌پذیری فرد نسبت به آشفتگی‌های روان‌شناختی شوند [۲۵]. هدف طرح‌واره درمانی این است که طرح‌واره‌های ناسازگار فرد را تعدیل کند و از این طریق به فرد کمک کند تا خود را با تجارب جدیدی که طرح‌واره اصلی را تأیید نمی‌کنند و رفتارهای کنار آمدن انطباقی‌تر را ایجاد می‌کنند، هم ساز کند [۲۴]. بسیاری از مداخله‌های مبتنی بر شناخت، در درمان مشکلات روان‌شناختی، هم‌روی افکار خودکار ناسازگار و هم‌روی ساختارها و فرایندهای شناختی مرتبط به‌عنوان سازوکارهای تبیینی و عوامل بالقوه متمرکز هستند. در طرح‌واره درمانی، هدف اصلی تضعیف طرح‌واره ناسازگار اولیه و در صورت امکان ایجاد یک طرح‌واره سالم است. در طرح‌واره درمانی، درمانگر به بیمار کمک می‌کند انتخاب‌های سالم‌تری انجام دهد، رفتارهای مقابله‌ای ناسازگار و الگوهای رفتاری خود آسیب‌رسان زندگی را کنار بگذارد [۲۳].

قسمتی دیگر از نتایج نشان داد که بین میانگین خلق مثبت و منفی در بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد به‌طوری‌که طرح‌واره درمانی موجب افزایش خلق مثبت و کاهش خلق منفی در مبتلایان به اختلالات روانی-تنی پوست شده است ($p < 0/01$). این یافته‌ها با نتایج ننادیس و همکاران (۲۰۱۷)، زمانی و همکاران (۲۰۱۶)، مالوجینیس و همکاران (۲۰۱۴)، هاواک و همکاران (۲۰۱۳)، تاس و همکاران (۲۰۱۰)، کیلوگ و یونگ (۲۰۰۶) و قادری و همکاران (۱۳۹۴) همخوان است. ننادیس و همکاران [۱۵] نشان دادند طرح‌واره درمانی در کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اختلال شخصیت مؤثر است. نتایج مطالعه زمانی و همکاران [۲۶] حاکی از تأثیر طرح‌واره درمانی بر کاهش مشکلات خلقی (اضطراب و افسردگی) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. تاس و همکاران [۲۷] دریافتند طرح‌واره درمانی باعث کاهش نشانگان افسردگی می‌شود و تأکید می‌کنند که در درمان افراد مبتلابه افسردگی و اضطراب باید بر

زمانی جهت پیگیری تداوم زمانی و انتقال بلندمدت مهارت‌ها بر بهبود عملکرد و انجام پژوهش تنها بر روی گروه مذکر و عدم شناسایی طرحواره‌های خاص هر بیمار و تمرکز بر آن‌ها از محدودیت عمده مطالعه حاضر بود. با توجه به این محدودیت‌ها ضروری است که در پژوهش‌های آتی درمان مذکور بر روی زنان اجرا شود و به بررسی و شناسایی طرحواره‌های خاص افراد مبتلا به اختلال روانی-تنی پوست پرداخته شود.

تشکر و قدردانی:

بدین وسیله از تمام شرکت‌کنندگان در این پژوهش (بیماران، پزشکان) تشکر به عمل می‌آید.

تعارض منافع:

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

به‌علاوه طرحواره را به‌عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسان‌ها می‌توانند تجاربشان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند، در نظر می‌گیرند. تأکید روش‌های طرحواره درمانی روی هیجانات است و از این رو به نظر می‌رسد این روش‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود، آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد. روش‌های طرحواره درمانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خود‌یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود‌آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد [۳۰].

نتیجه‌گیری:

نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی موجب کاهش معنادار نمرات تمامی طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه شده است. همچنین این درمان موجب افزایش خلق مثبت و کاهش خلق منفی در مبتلایان به اختلالات روانی-تنی پوست شده است. محدودیت

References:

- Bickers DR, Lim HW, Margolis D, et al. The burden of skin diseases: 2004. *J Am Acad Dermatol* 2006; 55(3): 490-500.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Emergency Guide to Psychiatric Disorders*; 2013.
- Harth W, Gieler U, Kusnir D, et al. *Clinical Management in Psychodermatology*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009.
- Kovabel H, Dudek D, Jaworek A, et al. *Psychodermatology: Psychological and psychiatric aspects of dermatology*. *J Przegł Lek* 2008; 65(5):244-8.
- Koo JY, Lee CS. General Approach to evaluating psycho-dermatological disorders. In: Koo JY, Lee CS (eds). *Psychocutaneous Medicine*. New York: Marcel Dekker Inc; 2003. 1-29
- Beedie C, Terry P, Lane A. Distinctions between emotion and mood. *Cogn Emotion* 2005;19(6), 847-878.
- Zeljko-Penavić J, Situm M, Babić D, et al. Analysis of psychopathological traits in psoriatic patients. *Psychiatr Danub* 2013; 25(1):56-9.
- Leahy R L. translate: Fata L. *cognitive therapy techniques: a practioners guide*. Tehran: danzhe; 2008(persian).
- Young JE. *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota FL: Professional Resources Press; 1999:23-37.
- Qaradaghi. Investigating the relationship between Yang's early maladaptive schemas and job adaptability in male employees of Tehran-based mechanized post office in 2009, Allameh Tabatabaei University; 2009.
- Simos G. *Cognitive behavior therapy: a guide for the practicing clinical*. Brunner- Rutledge, New York; 2002.
- Sempértegui G A, Karreman A, Arntz A, et al. Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clin Psychol Rev* 2013; 33(3): 426-447.
- Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2014; 45(3): 319-32.
- Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. *J Affect Disord* 2013 148(1):118-122.
- Nenadić L, Lamberth S, Reiss N. Group schema therapy for personality disorders: a pilot study for implementation in acute psychiatric in-patient settings. *Psychiatry Res* 2017; 253:9-12.
- Ghadery F, Kalantari M, Mehrabi HA. Effect of group schema therapy on modifying early maladaptive schemas and reducing the symptoms of social anxiety disorder. *QJ Clin Psychol* 2016; 6(24), 28-41.
- Ghadiri D, Maroufi M, Ebrahimi A. The effectiveness of Schema Therapy on reducing symptoms and modifying the early maladaptive schemas of patients with type I and I-I bipolar disorder. *Res behav sci* 2015;13(3), 408-400.
- Nazari AM, Ahmadian A. Effectiveness of allegorical therapies in women with depressive symptoms after divorce (single case experimental design). *J womens studies* 2014; 5(9): 141-159.
- Jahangiri MM, Salehi M, Ashayeri H, et al. The Effect of Schematic Therapy on the Adjustment of Maladaptive Scale Scale in Patients with Resistant Ovarian Obsessive Compulsive Disorder. *J Psychol Psychiatry* 2015; 2 (2): 27-13.
- Sadiqi V, Agilar Vafai M, Rasoulzadeh Tabatabaee K, et al. Factor Analysis of Short Version of Yang

- Schema Questionnaire in Iranian Non-Cyclical Sample. *J Psychiatry Clin Psychol* 2007 4 (2), 214-219.
21. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *J Pers Soc Psychol* 1988; 54(6): 1063-1070.
 22. Rafieinia P, Azad Fallah P, Fathi Ashtiani A, Rasoulzadeh Tabatabaie K. The Role of Extraversion, Neuroticism and Positive and Negative Mood in Emotional Information Processing. *J manage syst* 2007; 2(6): 53-81. (persian).
 23. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: The Guilford Press; 2003:1-62
 24. McGinn L K, Young J E. Schema-focused therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (182-207). New York: Guilford; 1996.
 25. Wang CEA, Halvorsen M, Eisemann M, Waterloo K. Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *J Behav Ther Expl Psychiatry* 2010; 41(4): 389-396.
 26. Zamani N, Khodabakhsh MR, Zamani S, et al. The Effectiveness of Schema Therapy on Depression and Anxiety among Women Referring to Rehabilitation Specialist. *Community Health J* 2016; 10(3): 62-70.
 27. Thase ME, Nierenberg AA, Vrijland P, et al. 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. *Int clin psychopharmacol* 2010;25(4):189-98.
 28. Kellogg, S H, Young J E. Schema therapy for borderline personality disorder. *J clin psychol* 2006;62(4), 445-458.
 29. Wang CEA, Halvorsen M, Eisemann M, et al. Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *J Behav Therapy Exp Psychiatry* 2010; 41(4): 389-396.
 30. Titov N, Dear BF, Ali S, et al. Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of depression: randomized controlled trial. *Behav Ther* 2015;46(2):193-205.

The effectiveness of schema therapy on modifying the early maladaptive schemas and reducing mood syndrome in patients with skin disorders

Ali Shaker Dioulagh ^{*1}, Hamze Salman Poor¹

Received: 2017/26/09

Revised: 2018/29/01

Accepted: 2018/16/04

1. Dept of Psychology, Urmia branch, Islamic Azad University, Urmia, Iran

Pars Journal of Medical Sciences, Vol.15, No.4, Winter2018

Pars J Med Sci 2018;15(4):46-54

Abstract:

Introduction:

Several psychological treatments have been studied for reducing mood problems and modifying maladaptive schemas, and schema therapy is one of these treatments. This study aimed to examine the effectiveness of schema therapy on modifying early maladaptive schemas and reducing mood syndrome in patients with skin psychosomatic disorder.

Materials and methods:

This quasi-experimental study used pre-test and post-test with a control and an experimental group. The statistical population of the study was all individuals with mental disorders in the city of Tabriz in 2016. Convenience sampling method was used to select 36 people who were randomly assigned to experimental (18 subjects) or control (18 persons) groups. The experimental group received 11 sessions of schema therapy once a week, but the control group did not. Standard questionnaires were used to collect information in pre-test and post-test for positive and negative moods, and Yang's early maladaptive schemas. The research data were analyzed by ANOVA.

Results:

The findings showed that schema therapy significantly reduced the scores of all maladaptive schemas. It also increased the positive mood and decreased the negative mood in people with psychosomatic disorders ($p < 0.01$).

Conclusion:

Schema therapy is effective in correcting the early maladaptive schemas and reducing the symptoms of mood disorders in psychosomatic skin disorders.

Keywords: Schemas, Mood, Skin Diseases, Therapy

* Corresponding author Email: ali.shaker2000@gmail.com