Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 3/ No. 1/ Spring 2016
Page: 12-25

Comparison of scheme therapy and cognitive group therapy on women`s depression, anxiety and perceived stress referring to Hamadan health center

Akbar Hemmati Sabet[1], Shokouh Navabi Nejad[2*], Javad Khalatbari[3]

1. Department of counseling, Science and Research branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
2. Professor, phD in counseling, Department of counseling, Kharazmi University, Tehran, Iran
Corresponding Author, Email: Navabinejad93@yahoo.com.
3. Assistant professor, phD in psychology, Department of psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Mazandaran, Iran.

Abstract

Introduction: As drug treatment is sign-oriented for depression, anxiety and stress. the aim of this study was to compare scheme therapy and cognitive group therapy on women`s depression**,** anxiety and perceived stress with high risk sexual behaviors referring to Hamadan health center.

Method: This is a semi-experimental study on single stage cluster sampling .The statistical sample consisted of 500 women with high risk sexual behaviors referring to health center for AIDS test at the age range of 20-60 years and educational level of diploma or greater .The psychologists and a physician did diagnostic interview and 250 subjects were randomly chosen using sample volume formula and stress, anxiety and depression scales (DASS, Lovibond, P.F. Lovibond, 1995) were run.

85 subjects were diagnosed to have depression, anxiety and stress of whom 45 were chosen randomly and divided into three groups of 15 consisting of two experimental groups and one control group.12 sessions of cognitive group therapy and 12 sessions of scheme therapy were implemented for 90 min of each sessions. At the end of training period, three groups were post-tested and depression ,anxiety and stress components were investigated in pre-test and post-test.

Findings: The findings showed that there is a significant difference between mean of depression, anxiety and stress of scheme therapy and cognitive therapy.

F (1,39)= 54/125 p< 0/01.

Conclusion: The results showed that scheme therapy is more effective than cognitive group therapy on depression of women with high risk sexual behaviors.

Keywords: Schema therapy, Cognitive therapy, Depression, Anxiety, Perceived Stress.

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال سوم، شماره ۱، بهار ۱۳۹۵
صفحات: ۲۵-۱۲

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی گروهی برافسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مراجعان زن مرکز معاونت بهداشتی درمانی همدان

اکبر همتی ثابت[۱]، شکوه نوابی نژاد[۲]*، جواد خلعتبری[۳]

۱- دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات،گروه مشاوره، تهران، ایران.

۲- استاد تمام، دکتری مشاوره، دانشگاه خوارزمی، گروه مشاوره، تهران، ایران .Navabinejad93@gmail.com

۳- دانشیار، دکتری روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، گروه روانشناسی، مازندران، ایران.

چکیده

مقدمه: با توجه به اینکه درمان دارویی برای اختلال افسردگی، اضطراب و استرس صرفا علامت محور می‌باشد لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی طرح واره درمانی و شناخت درمانی گروهی به منظور کاهش افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مراجعان زن دارای رفتارهای پر خطرجنسی می‌باشد.

روش: این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی است با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای. جامعه آماری ۵۰۰ نفر از مراجعان زن با سابقه رفتار پر خطرجنسی بود که برای انجام آزمایش ایدز به این مرکز مراجعه کردند که دامنه سنی آنها ۲۰ تا ۶۰ سال و دارای مدرک دیپلم به بالا بودند با استفاده از فرمول حجم نمونه به صورت تصادفی ۲۵۰ نفر را انتخاب شدند. توسط روانشناس و پزشک مصاحبه تشخیصی گرفته شد و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (DASS، لاوییوند و لاویبند[۱]، ۱۹۹۵) اجرا شد.

۸۵ نفر از مراجعان دارای افسردگی، اضطراب، استرس تشخیص داده شدند که از این میان ۴۵ نفر را به صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه ۱۵ نفری که شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند، ۱۲ جلسه شناخت درمانی گروهی و ۱۲جلسه طرحواره درمانی اجرا گردید که مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. در پایان دوره‌ی آموزشی هر سه گروه مجدد مورد پس آزمون قرار می‌گیرند

یافته‌ها : نتایج آزمون تحلیل کواریانس نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش آزمون بین میانگین نمرات سه گروه در پس آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. $F(1,39)=54/125$ $p<0/01$

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی نسبت به شناخت درمانی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مراجعان زن دارای رفتارهای پر خطرجنسی موثرتر است.

کلید واژه‌ها: طرح واره درمانی، شناخت درمانی گروهی، افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده.

۱ -P.F Lovibond& S.H. Lovibond

مقدمه

همه‌گیری ویروس نقص ایمنی انسان HIV [۲] در دهۀ ۱۹۸۰ شناسایی شد و نورولوژیست‌ها در خلال چند سال نخست این همه‌گیری، چندین سندرم دستگاه عصبی مرکزی CNS [۳] مرتبط با HIV را توصیف نمودند و متخصصان بهداشت روانی شامل پرستاران، مددکاران اجتماعی، روان شناسان و روان پزشکان معضل بیماران دچار این همه‌گیری را پیگیری کردند و به جلب توجه و برانگیختن واکنش عمومی کمک کردند. در ابتدا بیشتر کارهای انجام شده معطوف به سوگ و فقدان و نیز روان درمانی حمایتی بود، اما به سرعت دامنۀ فعالیتها گسترش یافت و شماری از اختلالات روان پزشکی از جمله دمانس AIDS[۴]، مانیای ایدز، افزایش میزان افسردگی اساسی و پیامدهای روان پزشکی ضایعات CNS را برگرفت. (سادوک و همکاران، ۲۰۱۱).

در بعضی تحقیقات که در سایر کشورها روی بیماران HIV مثبت انجام شده، میزان اختلالات روان پزشکی به ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی، سوء مصرف مواد و اقدام به خودکشی در میان افراد آلوده بسیار بالا گزارش شده است. (سادوک و همکاران، ۲۰۱۱) .

افسردگی[۵] یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که متخصصان بهداشت روانی با آن مواجه می‌شوند (یانگ، ریف، وینبرگر و بک[۶]، ۲۰۰۸) و مطالعات همه‌گیرشناسی نیز این اختلال را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی گزارش نموده‌اند (سگال، ویلیامز و تیزدل[۷]، ۲۰۰۲). تقریباً ۲۰ تا ۲۵ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (لوینسون[۸]، ۲۰۰۶). امروزه درمان شناختی رفتاری[۹] بهترین درمان برای افسردگی است که از نظر تجربی مورد آزمایش و تأیید قرار گرفته است. اصل اساسی درمان شناختی رفتاری این است که افسردگی به بهترین وجه، از طریق مداخلاتی که از بین بردن شناخت‌های ناسازگار خودکار و جایگزینی آنها با شناخت‌های سازگار واقع‌بینانه را مورد هدف قرار می‌دهند، درمان می‌شود (یانگ، وینبرگر و بک، ۲۰۰۱). به نظر می‌رسد که این نوع درمان با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی[۱۰] در افراد افسرده موجب کاهش خلق افسرده می‌شود (سلطانی، شاره، بحرینیان و فرمانی، ۲۰۱۳).

توضیح اینکه، افسردگی، اختلالی است که ویژگی آن فقدان انعطاف‌پذیری درزمینه‌های مختلف است. افراد افسرده خلق گسترده‌ی پایین و یا عدم توانایی لذت بردن از زندگی را گزارش می‌کنند و اغلب اوقات محیط خود را بصورت محیطی تغییرناپذیر در نظر می‌گیرند؛ جهان از نظر این افراد، ثابت، ملال‌آور، پوچ و بی‌فایده است. در نتیجه بیماران افسرده وضعیت خود را ناامیدکننده در نظر می‌گیرند و عادت‌های رفتاری آنها اغلب دچار فروپاشی می‌شود (کاشدان و روتنبرگ[۱۱]، ۲۰۱۰).

.در پژوهشی به بررسی اثر بخشی طرح واره درمانی در زنان مبتلا به افسردگی اساسی پرداختند نشان داد که میانگین نمرات افسردگی بک در پایان درمان کاهش یافت. (نظری و احمدیان ،۲۰۱۴). در پژوهشی که به

۲ -Human Immune Deficiency Virus
۳ - Central nervous system
۴ - Acquired Immune Deficiency syndrome
۵ - Depression
۶- Young, Rygh, Weinberger & Beck
۷- Segal, Williams & Teasdale
۸- - Levinson
۹- Cognitive Behavior Therapy
۱۰- - Cognitive flexibility
۱۱- Kashdan & Rottenberg

بررسی تاثیر شناخت درمانی بر افسردگی پرداختند نتایج نشان از تاثیر مثبت این رویکرد در کاهش نشانه-های افسردگی دارد (همتی و همکاران ،۲۰۱۰).

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین طبقات اختلالات روانی هستند. در مطالعه ملی ابتلای همزمان گزارش شده است که از هر ۴ نفر یکی واجد ملاک تشخیصی لاقل یک اختلال اضطرابی است زنان با شیوع ۳۰,۵ درصد در مقایسه با مردان ۱۹,۲ درصد بیشتر ممکن است دچار یک اختلال روانپزشکی شوند. دست اخر که با افزایش طبقه اجتماعی اقتصادی از شیوع اختلالات اضطرابی کاسته می‌شود. (سادوک و همکاران، ۲۰۱۱). استرس اصطلاح مبهمی است که برای توصیف وضعیت شیئی یا شخصی که موجب فشار روانی می‌شود، احساسات و پاسخهای جسمانی که در فرد به وجود می‌آید و نتایج حاصله، به کار می-رود که ممکن است این نتایج در سه حوزه ی فیزیولوژی، رفتاری و شناختی انعکاس یابد.

بهتر است در تعریف فوق بین اصطلاحات به کار برده شده، تمایز قائل شویم:

عوامل فشارزا رویدادهایی هستند که فرد مشاهده (دریافت) می‌کند و سلامت روانی و جسمانی او را به خطر می‌اندازد. این عوامل ممکن است داخلی (مثل درد) - خارجی یا محیطی (مثل تغییرات محیطی چون گرما- ازدحام و سروصدا) یا اجتماعی (مثل ایراد سخنرانی) باشد. واکنش‌ها یا پاسخهای استرس مربوط به واکنش‌ها در مقابل عوامل فشارزای فوق است که شامل تغییرات بدنی که در اعمال اضطراری به وجودمی- آیند (پاسخ جنگ یاگریز) واکنشهای روان شناختی (مثل اضطراب، عصبانیت و خشم، بی‌تفاوتی و افسردگی وآسیبهای شناختی) استرس (فشار روانی) حالتی است که وقتی مردم با رویدادهای مواجه می-شوند که آنها را خطرناک و تهدیدکننده سلامت روانی و جسمانی خود می‌یابند،رخ می‌دهد. این نتیجه وقتی حاصل می‌شود که مثلا یک شخص احساس می‌کند که نیازهای آن فراتر از توانایی موجود او برای پاسخگویی موثر به آن نیازهاست. (سهرابی، ۲۰۰۱)

اضطراب تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که اغلب، دستگاه خودکار[۱۲] نظیر سردرد، تعریق، تپش قلب، احساس تنگی در قفسه سینه، و ناراحتی مختصر معده نیز با آن همراه است. فرد مضطرب ممکن است احساس بیقراری هم بکند که نشانه‌اش این است که نمی‌تواند به مدت طولانی یک جا بنشیند یا بایستد. مجموعه علایمی که در حین اضطراب وجود دارد اغلب در هر فرد به گونهای متفاوت از دیگران است. اضطراب، هشداری است که فرد را گوش به زنگ می-کند[۱۳] یعنی به فرد هشدار می‌دهد که خطری در راه است و باعث می‌شود که فرد بتواند برای مقابله با خطر، اقداماتی به عمل آورد. ترس هم هشداری است که فرد را گوش به زنگ می‌کند، ولی باید آن را از اضطراب افتراق داد. ترس در پاسخ به خطری نامعلوم، بیرونی، معین، یا با منشاء غیر تعارضی ایجاد می‌شود. حال آنکه اضطراب در پاسخ به تهدیدی پیدا می‌شود که نامعلوم، درونی، و مبهم است، یا از تعارض منشاء گرفته است (سادوک و همکاران، ۲۰۱۱). بطور کلی روش‌های شناخت درمانی عبارتند از: پردازش شناختی، بازسازی شناختی، پردازش هیجانی، روش‌های آموزش کنترل و مدیریت اضطراب مانند آرام‌سازی عضلانی، کنترل تنفس، ایمن‌سازی در برابر استرس و روش‌های رویایی مانند بیان روایت زندگی، حساسیت‌زدایی منظم و غرقه‌سازی (کاظمی، بنی جمالی، احدی و فرخی، 2013). در راستای جدیدترین تحولات رویکردهای شناختی، درمان شناختی مبتنی برذهن آگاهی مطرح

۱۲ -autonom

۱۳ -alerting signal

شده است. هدف از این درمان که یک مداخله کوتاه مدت (معمولاً ۸ جلسه‌ای) و ساختار یافته است، مانند شناخت درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد نگرش یا رابطه‌ای متفاوت با افکار، احساسات و عواطف می‌باشد که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت است (حناساب‌زاده اصفهانی و همکاران، 2010).

در پژوهشی به مقایسه اثربخشی شاخت درمانی گروهی و مدیریت استرس بر نشانه‌های افسردگی اضطراب و استرس ادرک شده مردان positive HIV پرداخت که هر دو رویکرد منجر به نشانه‌های افسردگی اضطراب و استرس ادرک شده شد. (همتی و همکاران ۲۰۱۴). یانگ (۲۰۰۳) فرض کرد که برخی از طرح-واره‌ها، بخصوص طرح‌واره‌هایی که در طی دوران اولیه‌ی زندگی بر اثر تجربه‌های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می‌گیرند، ممکن است هسته‌ی مرکزی اختلالات شخصیت[۱۴]، مشکلات خصیصه‌ای خفیف‌تر، و بسیاری از اختلالات مزمن محور یک را تشکیل دهند. او این زیر مجموعه‌ای از طرح‌واره‌ها را، طرح-واره‌های ناسازگار اولیه[۱۵] نام‌گذاری کرد. این رویکرد درمانی، برخلاف اشکال مختلف شناخت درمانی که بر حال تأکید می‌کنند، بر الگوهای خود ویرانگر تفکر، احساس و رفتاری که از دوران کودکی فرد ریشه گرفته‌اند و در سراسر طول زندگی فرد تکرار می‌شوند، تمرکز می‌کند. طرح‌واره درمانی، اصول و مبانی مکتب‌های شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیئی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی ارزشمند تلفیق کرده است. یانگ ۱۸ طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار را که بطور خودکار و ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر می‌شوند، و در نتیجه، منجر به تداخل در توانایی فرد در ارضای نیازهای بنیادین خود می‌گردد، را معرفی کرده است. در مدل طرح‌واره درمانی، طرح-واره‌های ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناسازگار به عنوان هسته‌های بنیادین شناختی و عاطفی اختلالات در نظر گرفته می‌شوند (یانگ و همکاران ۲۰۰۳، ترجمه حمیدپور و اندوز، ۲۰۱۱).

طرح‌واره درمانی که مکمل درمان رفتار درمان شناختی است، بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آنها با مشکلات جاری از طریق کار بر ذهنیت طرح‌واره‌ها[۱۶] و باز والدینی حد و مرزدار[۱۷] تأکید دارد (ماریسو[۱۸] و همکاران، ۲۰۱۱). هاواک[۱۹] (۲۰۱۱) معتقد است طرح‌واره درمانی می-تواند بطور موفقیت‌آمیزی در درمان مبتلایان به اختلالات اضطرابی و فراتر از آن اختلالات شخصیت مفید واقع شود. (هاواک و پرونچر[۲۰]، ۲۰۱۱). حتی برخی محققان پیشنهاد نمودند که طرح‌واره درمانی ممکن است در بیماران اسکیزفرنی کاربرد داشته باشد (برتلن[۲۱] و همکاران، ۲۰۱۳). در واقع، این درمان، پاسخی به شکست‌های درمانی ناشی از کاربرد تکنیک‌های شناختی – رفتاری استاندارد در مورد این بیماران است.

طرح‌واره درمانی در درمان افسردگی مزمن (مالوجینیس[۲۲] و همکاران، ۲۰۱۴)، اختلال دو قطبی (هاواگ و همکاران، ۲۰۱۳) مؤثر است.

۱۴- Personality disorder

۱۵- Early maladaptive schema (EMSs)

۱۶- Schema mode

۱۷- Limited reparenting

۱۸- MarySue

۱۹- Hawke

۲۰- Provencher

۲۱- Bortolon

۲۲-Malogiannis

با توجه به مطالب عنوان شده هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی طرح واره درمانی و شناخت درمانی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مراجعان زن مراکز بیماریهای رفتاری (کلنیک مثلثی) می‌پردازد.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی است با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک مرحله‌ای. جامعه آماری ۵۰۰ نفر از مراجعان زن با سابقه رفتار پر خطرجنسی بود که برای انجام آزمایش ایدز به این مرکز مراجعه کردند که دامنه سنی آنها ۲۰ تا ۶۰ سال و دارای مدرک دیپلم به بالا بودند ، با استفاده از فرمول حجم نمونه به صورت تصادفی ۲۵۰ نفر را انتخاب شدند. توسط روانشناس و پزشک مصاحبه تشخیصی گرفته شد و مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس (لاوییوند و لاویبند[۲۳] ،۱۹۹۵) اجرا شد.

۸۵ نفر از مراجعان دارای افسردگی، اضطراب، استرس تشخیص داده شدند که از این میان ۴۵ نفر را به صورت تصادفی انتخاب شدند و در سه گروه ۱۵ نفری که شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند، ۱۲ جلسه شناخت درمانی گروهی و ۱۲ جلسه طرح واره درمانی اجرا گردید که مدت زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه بود. در پایان دوره‌ی آموزشی هر سه گروه مجدد مورد پس آزمون قرار می‌گیرند. هر یک از خرده مقیاس‌های شامل ۷ سوال است که نمره نهایی هر کدام از طریق مجموع نمرات سوال‌های مربوط به آن به دست می‌آید (جدول ۱). هر سوال از صفر (اصلا در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۳ (کاملا در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود. از آنجایی که فرم کوتاه شده مقیاس اصلی (۴۲ سوالی) است، نمره نهایی هر یک از خرده مقیاس‌ها باید ۲ برابر شود

خرده مقیاس‌ها و سوال‌های مربوط به مولفه‌ها که شامل افسردگی در سوالات ۳،۵،۱۰،۱۳،۱۶،۱۷،۲۱ ،اضطراب در سوالات ۲،۴،۷،۹،۱۵،۱۹،۲۰ و استرس در سوالات ۱،۶،۸،۱۱،۱۲،۱۴،۱۸ می‌باشد.

برای شدت هر یک از خرده مقیاس‌ها، حالت عادی نمرات افسردگی۹-۰، اضطراب۷-۰، استرس۱۴-۰، حالت خفیف نمرات افسردگی ۱۳-۱۰، اضطراب ۹-۸، استرس ۱۸-۱۵ و در حالت متوسط نمرات افسردگی ۲۰-۱۴، اضطراب ۱۴-۱۰، استرس ۲۵-۱۹می‌باشد در حالت شدید نمرات افسردگی ۲۷-۲۱، اضطراب ۱۹-۱۵، استرس ۳۳-۲۶ است. و نهایتا حالت بسیار شدید نمرات افسردگی۲۸+، اضطراب۲۰+، استرس۳۳+ می‌باشد (لاویبند و لاویبند، ۱۹۹۵).

مقیاس مذکور را مورد تحلیل عاملی قرار دادند که نتایج پژوهش آنان مجددا حاکی از وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و تنیدگی بود. نتایج این مطالعه نشان داد که ۶۸ درصد از واریانس کل مقیاس توسط این سه عامل مورد سنجش قرار می‌گیرد. ارزش ویژه عوامل تنیدگی، افسردگی و اضطراب در پژوهش مذکور به ترتیب برابر ۹/۰۷، ۱/۲،۲۳/۸۹ و ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۰،۹۵/۰،۹۲/۹۷ بود. همچنین نتایج محاسبه همبستگی میان عوامل در مطالعه آنتونی و همکاران (۱۹۹۸) حاکی از ضریب همبستگی ۰/۴۸ میان دو عامل افسردگی و تنیدگی، ضریب همبستگی ۰/۵۳ بین اضطراب و تنیدگی و ضریب همبستگی ۰/۲۸بین اضظراب و افسردگی بود. روایی و اعتبار این پرسشنامه در ایران توسط سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است که اعتبار بازآزمایی را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر ۷۶/۸۰،۷۷/۰،73/۰ و آلفای

۲۳ -P.F Lovibond& S.H. Lovibond

کرونباخ را برای مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی به ترتیب برابر با ۷۴/۸۱، ۷۸/۰، 75/0 گزارش نموده‌اند. در بررسی روایی این مقیاس شیوه آماری تحلیل عاملی از نوع تاییدی و به روش مولفه‌های اصلی مورد استفاده قرار گرفت (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸).

مقدار عددی شاخص KMO برابر با ۰/۹۰۱۲ و نیز مقدار عددی شاخص X2 در آزمون کرویت بارتلت برابر ۳۰۹۲/۹۳ بود که در سطح ۰/۰۰۰۱ معنی‌دار بود و حکایت از کفایت نمومه و متغییرهای انتخاب شده برای انجام تحلیل عاملی داشت. بر اساس تحلیل عاملی انجام شده توام با چرخش واریماکس بر روی گویه-های پرسشنامه و با ملاک قرار دادن مقادیر ویژه و شیب نمودار اسکری سه مقیاس فرعی استخراج شده. که عبارتند از: افسردگی، اضطراب، و تنیدگی که در راستای عامل‌های آزمونهای اصلی DASS می‌باشد.

داده‌های بدست آمده از اجراس پژوهش با استفاده از روش‌هاس آمار توصیفی (نمودار، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکووا) و آزمون تعقیبی و روش آلفای بن فرونی و تحلیل واریانس (آنکووا) صورت می‌پذیرد. کلیه عملیات تجزیه و تحلیل آماری به کمک نرم افزار SPSS19 انجام شد.

شرح جلسات طرح واره درمانی

(۲-۱): ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریک مساعی، آموزش رویکرد طرح‌واره درمانی، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، ارایه آزمون‌های پژوهش، جلسات (۲-۱): سنجش مشکلات بیمار، ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، ضابطه‌بندی مشکل مراجعان بر اساس رویکرد طرح‌واره محور و تکمیل فرم مفهوم-پردازی. جلسات (۶-۳): استفاده از تکنیک‌های شناختی در جهت تردید و بی‌اعتبارسازی طرح‌واره‌های غالب مراجعان. جلسات (۹-۶): استفاده از تکنیک‌های تجربی در جهت آشنایی مراجع با ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و درک راه‌کارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی. جلسات (۱۲-۹): تشویق و ترغیب مراجع در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه برای ارضا و تشفی نیازهای هیجانی اساسی، و وادار داشتن بیمار به آماده ساختن فهرستی از مهارت‌های آموخته شده در درمان و پیشگیری از عود.

شرح جلسات شناخت درمانی

جلسه اول: خوش آمدگویی، مروری بر ساختار جلسات، قوانین و اهمیت انجام دادن آن و مطرح شدن مشکلات و مسائل افراد و ارائه اطلاعات به اعضاء در مورد افسردگی، اضطراب و استرس ، تن آرامی و منطق درمان شناختی، اخذ بازخورد

جلسه دوم: اعضاء مرحله اول آرام سازی پیش رونده را آموزش دیده و تمرین می‌کند. آموزش به اعضاء در مورد واقعیت و برداشت ذهنی، آگاهی و تفاوت بین احساس و افکار، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه سوم: مرور تکالیف، آموزش مرحله دوم آرام سازی پیش رونده و به تفکر واداشتن اعضاءبا پرسش از آنها که چرا دچار ناراحتی می‌شویم؟

آموزش به اعضاء در مورد پنج خطای شناختی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه چهارم: مرور تکالیف، آموزش مرحله سوم آرام سازی پیش رونده، آموزش پنج خطای شناختی دیگر، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه پنجم: مرور تکالیف، آموزش مرحله چهارم آرام سازی پیش رونده، بحث و گفتگو در مورد تجربه هیجانی اخیر و تجسم و ایفای نقش، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه ششم: مرور تکالیف، بحث و گفتگو در مورد تجربه هیجانی اخیر و تکنیک‌های آموخته شده اخیر، آشنا کردن اعضاء با شناخت واره‌های بنیادی، عشق، موفقیت، کمال گرایی، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه هفتم: مرور تکالیف، بحث در مورد بایدها به عنوان یکی از تکنیک‌های شناسایی طرح واره‌های بنیادی، بررسی نقش تحریفات شناختی در ایجاد و تداوم افسردگی، اضطراب و استرس، ارائه تکلیف، اخذ بازخورد

جلسه هشتم: : مرور تکالیف، شرکت‌کنندگان، روش تنبیه خود و خودپاداش‌دهی را درک کنند و بتوانند آن را به صورت مستقل، انجام دهند. این شرکت‌کنندگان، یک طرح قابل اجرا برای خود در نظر بگیرند که آنها را برای تمرین روش‌هایی که طی این برنامه یاد گرفته‌اند، ترغیب و تشویق کند.

جلسه نهم: همانند جلسات قبلی به مرور فعالیت‌های گذشته اختصاص داشت. در طی جلسه نهم، مراجعین با کمک مشاور به بررسی راهکارهای تبدیل باورهای بنیادی ناکارآمد به باورهای سودمند پرداختند.

در این جلسه تلاش شد مراجعین دریابند که بسیاری از باورهای آنها نسبت به خود و حوادث گذشته ناکارآمد بوده و به دلیل اغراق‌آمیز بودن این باورها، زندگی مراجعین را تحت تأثیر منفی قرار داده است.

جلسه دهم: مراجعین ترغیب شدند که حالات روانی و خلقی خود طی یک ماه اخیر را مرور کرده، موقعیت‌های استرس‌زا را شناسایی نموده و در صدد کاهش آن برآیند. همچنین در این جلسه، مراجعین توجیه شدند که در صورت بازگشت مجدد مشکلات روانی همچون افسردگی، استرس شدید، تداعی خاطرات تلخ و چگونه با این حالات مقابله نمایند

جلسه یازدهم: مرور تکالیف، بررسی طرح‌های شرکت‌کنندگان برای تداوم دستاورهایی که طی درمان حاصل کرده‌اند.

کسب پسخوراند از شرکت‌کنندگان دربارهٔ برنامهٔ درمانی و فراهم کردن فرصتی برای پایان دادن به برنامه از طریق یک رخداد اجتماعی مناسب.

جلسه دوازدهم : مرور و بررسی تکالیف، جمع‌بندی از جلسات گذشته توسط اعضاء و درمانگر، انجام پس آزمون و اهدای هدیه، بحث در مورد چگونگی بازگشت به درمان، تعمیم یادگیری به دنیای واقعی.

یافته‌ها

پس از بررسی به عمل آمده چون رابطه خطی و مفروضه‌های همگنی ماتریس واریانس/ کواریانس و مفروضه یکسانی واریانس‌ها و همگنی شیب خط رگرسیون رعایت شده است. پژوهشگر مجاز به استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره است. همچنین میانگین‌ها و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون تعدیل شده میزان افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده‌ی در طرحواره درمانی گروهی، شناخت درمانی گروهی مورد بررسی قرار گرفتند.

جدول ۱: تحلیل کواریانس چند متغیره اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی، شناخت درمانی گروهی بر متغیر وابسته به صورت ترکیبی (افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده)

	Value	F	dF گروه	dF خطا	sig	partial η^2
پیلایی-بارتلت	۱/۰۸۴	۱۴/۹۸۱	۶	۷۶	۰/۰۰۰۵	۰/۵۴۲
لامبدای ویلکز	۰/۰۹۵	۲۷/ ۷۴۴	۶	۷۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹۲
هلتینگ	۷/۶۷۵	۴۶/۰۵۲	۶	۷۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۳
برزگترین ریشه روی	۷/۴۲۲	۹۴/۰۰۶	۳	۳۸	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸۱

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود sig متغیر ترکیبی آزمون لامبدای ویلکز برای متغیرهای (افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده) $p<۰/۰۱$ است بنابراین آزمون F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. بنابراین طرحواره درمانی، شناخت درمانی بر میزان (افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده) اثر بخشی معنی‌دار دارد. چون میزان اندازه اثر **۰/۹۷۳** از میزان ۰/۱۴ یا (۱۴٪) بیشتر است. بنابراین طرحواره درمانی، شناخت درمانی بر میزان (افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده) موثر است.

$$F_{(۶,۷۴)} = ۲۷/۷۴۴ \; ; \; P < ۰/۰۱ \; ; \; Lambda = ۰/۰۹۵ \; ; \; Partial \; \eta^۲ = ۰/۶۹۲$$

جدول ۲: تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره اثر بخشی طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی بر متغیرهای وابسته (افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده)

	متغیر	ss مجموع مجذورات	df درجه آزادی	ms میانگین مجذورات	F	sig سطح معناداری	η^2 اندازه اثر
اثر گروه	افسردگی	۴۷۱/۳۱۰	۲	۲۳۵/۶۵۵	۶۱/۹۰۳	۰/۰۰۰۵	۰/۷۶۰
	اضطراب	۱۴۸/۳۲۸	۲	۷۴/۱۶۴	۴۱/۷۷۱	۰/۰۰۰۵	۰/۶۸۲
	استرس ادراک شده	۱۹۱/۸۳۱	۲	۹۵/۹۱۵	۷۶/۶۵۶	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۷
خطا	افسردگی	۱۴۸/۴۶۶	۳۹	۳/۸۰۷			
	اضطراب	۶۹/۲۴۴	۳۹	۱/۷۷۵			
	استرس ادراک شده	۴۸/۷۹۸	۳۹	۱/۲۵۱			
کل	افسردگی	۱۵۷۲۱	۴۵				
	اضطراب	۸۴۷۶	۴۵				
	استرس ادراک شده	۲۶۹۸۴	۴۵				

همانطور که در جدول فوق مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری متغیر افسردگی ۰/۰۰۰۵ است که از سطح آلفای بونفرونی ۰/۰۰۳ کوچکتر است بنابراین میزان $F_{(۲,۳۹)}$ =۶۱/۹۰۳ $P < ۰/۰۱$ ؛ $Partial\ \eta^2$ =۰/۷۶۰

همچنین که در جدول فوق مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری متغیر اضطراب ۵ ۰/۰۰۰ است که از سطح آلفای بونفرونی ۰/۰۰۳ کوچکتر است بنابراین میزان آزمون F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. و با احتمال ۰/۹۹ بیان می‌کنیم که طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی برمیزان اضطراب موثر است.

$F_{(۲,۳۹)}$ =۴۱/۷۷۱ ؛ $P < ۰/۰۱$ ؛ $Partial\ \eta^2$ =۰/۶۸۲

همچنین که در جدول فوق مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری متغیر استرس ادراک شده ۵ ۰/۰۰۰ است که از سطح آلفای بونفرونی ۰/۰۰۳ کوچکتر است بنابراین میزان آزمون F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است. و با احتمال ۰/۹۹ بیان می‌کنیم که طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی برمیزان افسردگی موثر است.

$F_{(۲,۳۹)}$ =۷۶/۶۵۶ ؛ $P < ۰/۰۱$ ؛ $Partial\ \eta^2$ = ۰/۷۹۷

با توجه به اینکه F محاسبه شده میزان (افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده) از لحاظ آماری معنادار است با استفاده از آزمون تعقیبی لامتریکس به مقایسه تفاوت میانگین میزان (افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده) در گروههای طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی پرداخته شد تا مشخص شود که کدام گروه در کاهش میزان (افسردگی، اضطراب، استرس ادراک شده) موثرتر است. که نتایج در جدول ۱۰-۴ گزارش شده است.

جدول ۳: تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیره اثر بخشی طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی بر متغیرهای وابسته (افسردگی)

متغیر	ss مجموع مجذورات	df درجه آزادی	ms میانگین مجذورات	F	sig سطح معناداری	MD تفاوت میانگین ها
بین گروهی افسردگی	۴۴/۲۸۳	۱	۴۴/۲۸۳	۱۱/۶۳۲	۰/۰۰۰۵	-۲/۵۵۴
درون گروهی افسردگی	۱۴۸/۴۶۶	۳۹	۳/۸۰۷			

براساس نتایج بدست آمده از جدول ۳ برای متغیر میزان افسردگی با توجه به F محاسبه شده ۰/۰۰۰۵=P، ۱۱/۶۳۲= (۳۹ و۱) با F، چون سطح معناداری ۰/۰۰۰۵ =P از سطح معناداری ۰/۰۱=P کوچکتر F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است لذا می‌توان گفت که نمرات پس آزمون افسردگی در

دو گروه طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی تفاوت معناداری وجود دارد. با مقایسه تفاوت میانگین-های میزان افسردگی دو گروه طرحواره درمانی، شناخت درمانی مشخص می‌شود که بین میانگین میزان افسردگی دو گروه طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی به میزان (۲/۵۵۴-) تفاوت وجود دارد این تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است و این نتیجه نشان می‌دهد که اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش افسردگی بیشتر از شناخت درمانی گروهی موثر است.

$F_{(1,39)} = ۱۱/۶۳۲ ; P < ۰/۰۱$

جدول ۴: تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره اثر بخشی طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی بر متغیرهای وابسته (اضطراب)

متغیر	ss مجموع مجذورات	df درجه آزادی	ms میانگین مجذورات	F	sig سطح معناداری	MD تفاوت میانگین ها
بین گروهی اضطراب	۳۷/۶۶۱	۱	۳۷/۶۶۱	۲۱/۲۱۲	۰/۰۰۰۵	-۲/۳۵۵
درون گروهی اضطراب	۶۹/۲۴۴	۳۹	۱/۷۷۵			

براساس نتایج بدست آمده از جدول ۴ برای متغیر میزان اضطراب با توجه به F محاسبه شده P=۰/۰۰۰۵، ۲۱/۲۱۲= (۳۹ و۱) با F، چون سطح معناداری P=۰/۰۰۰۵ از سطح معناداری P=۰/۰۱ کوچکتر F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است لذا می‌توان گفت که نمرات پس آزمون اضطراب در دو گروه طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی تفاوت معناداری وجود دارد. با مقایسه تفاوت میانگین-های میزان افسردگی دو گروه طرحواره درمانی، شناخت درمانی مشخص می‌شود که بین میانگین میزان اضطراب دو گروه طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی به میزان (۲/۳۵۵-) تفاوت وجود دارد این تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است و این نتیجه نشان می‌دهد که اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش اضطراب بیشتر از شناخت درمانی گروهی موثر است.

$F_{(1,39)} = ۲۱/۲۱۲ ; P < ۰/۰۱$

جدول ۵: تحلیل حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره اثر بخشی طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی بر متغیر های وابسته (استرس ادراک شده)

متغیر	ss مجموع مجذورات	df درجه آزادی	ms میانگین مجذورات	F	sig سطح معناداری	MD تفاوت میانگین‌ها

بین گروهی استرس ادراک شده	۶۷/۷۲۴	۱	۶۷/۷۲۴	۵۴/۱۲۵	۰/۰۰۰۵	-۳/۱۵۸
درون گروهی استرس ادراک شده	۴۸/۷۹۸	۳۹	۱/۲۵۱			

براساس نتایج بدست آمده از جدول ۵ برای متغیر میزان استرس ادراک شده با توجه به F محاسبه شده P=۰/۰۰۰۵، ۵۴/۱۲۵= (۳۹ و۱) با F، چون سطح معناداری P=۰/۰۰۰۵ از سطح معناداری P=۰/۰۱ کوچکتر F محاسبه شده از لحاظ آماری معنادار است لذا می‌توان گفت که نمرات پس آزمون استرس ادراک شده در دو گروه طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی تفاوت معناداری وجود دارد. با مقایسه تفاوت میانگین‌های میزان افسردگی دوگروه طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی مشخص می‌شود که بین میانگین میزان اضطراب دو گروه طرحواره درمانی، شناخت درمانی گروهی به میزان (۳/۱۵۸-) تفاوت وجود دارد این تفاوت از لحاظ آماری در سطح ۰/۰۱ معنادار است و این نتیجه نشان می دهد که اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش استرس ادراک شده بیشتر از شناخت درمانی گروهی موثر است.

$$F_{(1,39)} = 54/125 \; ; \; P < 0/01$$

با توجه به معنادار شدن تفاوت میانگین‌ها با ۰/۹۹ احتمال بیان می‌شودکه فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه طرحواره درمانی در مقایسه با شناخت درمانی بر افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده موثرتر است، تایید می‌شود. با توجه به مقایسه تفاوت میانگین-های مشخص شد که اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده بیشتر از شناخت درمانی گروهی موثر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر که با هدف مقایسه اثر بخشی طرح واره درمانی و شناخت درمانی گروهی به منظور کاهش افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مراجعان زن دارای رفتارهای پر خطرجنسی انجام گردید و نتایج نشان داد که طرح واره درمانی نسبت به شناخت درمانی گروهی بر افسردگی، اضطراب و استرس ادراک شده مراجعان زن دارای رفتارهای پر خطر جنسی موثرتر است. در پژوهشی به مقایسه اثربخشی شاخت درمانی گروهی بر نشانه‌های افسردگی در بیماران ضایعات نخاعی پرداخت که منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی گردید. (همتی و همکاران، ۲۰۱۴). کارتر[۲۴] و همکاران (۲۰۱۳) دریافتند، نرخ بهبودی قابل مقایسه‌ای بین پروتکل کوتاه مدت طرحواره درمانی و درمان شناختی وجود دارد، در درمان شناختی نرخ بهبودی ۴۰ درصد، در حالی که در طرحواره درمانی ۵۰ درصد می‌باشد. ملوگیانیس[۲۵] و همکاران (۲۰۱۴) یک پروتکل طولانی‌تر طرحواره درمانی را بر روی بیماران زن افسرده مزمن اجرا کرده‌اند، که در این نشانه‌های افسردگی تقریبا ۶۰ درصد کاهش پیدا کرده است. سوکمان معتقد است که حضور و فعال شدن طرح‌واره-ی آسیب‌پذیری، یکی از ویژگی‌های افرادی است که می‌ترسند ریسک ادراک شده مواجهه و جلوگیری از پاسخ را بپذیرند (سوکمان و استکتی[۲۶]، ۲۰۰۷).

در تبیین این یافته می‌توان ذکر کرد هدف نهایی طرح-واره درمانی، بهبود طرح‌واره است، و همانطور که یک

۲۴- Carter
۲۵- Malogiannis
۲۶-Steeketee

(۲۰۰۵) ذکر کرده است تعدیل ساختار و محتوای طرح‌واره‌های ناسازگار به منظور جلوگیری از عود نشانه‌های ضروری است. تک‌تک تکنیک‌های طرح-واره درمانی بر پیشبرد این هدف درمانی نقش داشته است. طرح‌واره درمانگران معتقدند رابطه درمانی، مؤلفه ضروری در سنجش و تغییر طرح‌واره‌هاست، ولی عامل اصلی تغییر محسوب نمی‌شود، بلکه ابزاری است که امکان تغییر را فراهم می‌کند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳ ترجمه حمیدپور و اندوز، ۲۰۱۱). از جمله عوامل تأثیرگذار دیگر در فرآیند تعدیل طرح‌واره می‌توان راهبردهای شناختی، تجربی، رفتاری و بین فردی را نام برد. تکنیک‌های شناختی با محک زدن اعتبار طرح-واره‌ها، و استفاده از تکنیک‌هایی مانند تعریف جدید شواهد تأیید کننده طرح‌واره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، تدوین کارت‌های آموزشی و ... آگاهی عقلانی بیماران را افزایش داده، و آنان را به این نتیجه رسانده، که طرح‌واره غلط است با سخت اغراق-آمیز از موارد دیگر می‌توان به تکنیک‌های تجربی اشاره کرد، که بیماران از طریق این تکنیک موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند.

استفاده از تکنیک‌های تجربی، یکی از ویژگی‌های کلیدی طرح‌واره درمانی است، چرا که گرینبرگ و سفران (۱۹۹۴) شواهدی ارائه دادند که نشان می‌داد، سیستم‌های شناختی – عقلانی مبتنی بر زبان از سیستم-های مرتبط با هیجان مستقل هستند. تکنیک‌های تجربی، بر تجربه و ابراز هیجان‌هایی تمرکز می‌کنند که مرتبط با موقعیت‌های گذشته هستند، که به نوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرح‌واره و ذهنیت‌ها می‌شوند. از جمله عوامل مؤثر بر تعدیل طرح‌واره‌ها می‌توان به الگوشکنی رفتاری اشاره نمود که طولانی‌ترین و حساس‌ترین بخش طرح‌واره درمانی است. در این قسمت به مراجعان کمک شد تا با جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر، به جای پاسخ-های مقابله‌ای ناکارآمد، رفتارهای انطباقی‌تری را جایگزین کنند. با توجه به متون علمی طرح واره درمانی برای اختلالات محور دوم تاثیر بیشتری دارد اما در این پژوهش نشان داد که که در محور یک هم موثرتر از شناخت درمانی می باشد.شاید یکی از دلایلی که می شود بر آن تاکید داشت تاریخچه زندگی مراجعان باشد که پر از محرومیت هیجانی، نقص و آسیب میباشد و به نظر می رسد نشانه های افسردگی، اضطراب و استرس در آنها مزمن بوده و در رویکرد شناخت درمانی از آنجایی که بیشتر یک رویکرد کوتاه مدت، اختصاصی و متمرکز بر مشکل است و بر نشانه-ای حاد اثربخشی بیشتری دارد در مقایسه با طرح واره درمانی تاثیر کمتری بر نشانه‌ها و علایم مزمن مراجعان داشت.

تشکر و قدردانی: این پژوهش بر گرفته از پایان نامه دکتری تخصصی آقای اکبر همتی ثابت می‌باشد و از تمام عزیزان در معاونت بهداشت و درمان استان همدان و کلینک مثلثی درمانگاه شهدا که در این پژوهش مساعدت نمودند نهایت تشکر و قدردانی را دارم این پژوهش در تاریخ ۱۳۹۴/۱۰/۹ در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی استان همدان با شماره ۱۶/۳۲/۱۱۰۴۷/پ و سایت ایران داک با کد رهگیری ۱۲۱۲۵۷۸ در تاریخ ۱۳۹۴/۷/۹ مورد تایید قرار گرفت.

Reference

1. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. translated by Rezai ,F. Arjmand publication (in Persian).

2. Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins. translated by Poor afkari ,N. Rosh publication (in Persian).

3. Nazari, M A. Ahmadian, A R. (2014) .Effective of imaginary schema therapy in women depressive after divorce . women journal 5(1) 141-159.

4.Hemmati Sabet, A.Khalat bari ,J.(2012)Group training of stress management vs. Group conitive _behavioral therapy in reducing depression ,anxiety and perceived stress among Hiv - positive Men 7(1): 4-8.

5. Sohrabi,F. (2001)health psychology. Tehran. Tolooe Danesh publication (in Persian)

6. Hemmati Sabet, A. Ashoori, A.(2014).Cognitive therapy ,Stress management and Desensitization through eye movement reprocessing in reducing depression severity among patient spinal cord injuries.1(1):1-4

7. Young, j.E (1994). Reinventing your life. how to break free from negative life patterns. New York: plume book.

8. Young, j.E,Kloska, J.S (2003).Schema therapy :A practitioner guide .New York , The Guilford press.

9. Hemmati Sabet, A. Ashoori, A(2014).Cognitive therapy ,Stress management and Desensitization through eye movement reprocessing in reducing depression severity among patient spinal cord injuries.1(1):1-4

10. Lovibond, P.F. Lovibond, S.H (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Strees Scale (DASS) with the beck Depression and Anxiety Inventories. Behavior Research and Therapy 33(3):335-343.

11. Antony,M.M, Bieling,PJ, COX ,Enns,M,W ,Swinson R.P(1998) Psychometric properties of the 42- item and 21- item version of the depression anxiety stress scale in clinical group and a community sample. Psychological Assessment.

12. Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spiropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A.,Karveli, S….Zervas, I. (2014). Schema Therapy for patients with chronic depression: a single case series study. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 45(3): 319-329.

13. Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013).

14. Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. Journal of Affective Disorders. 151(2), 500-505.

15. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolrscents: The mediatining role of anxious automatic thoughts. J Anxiety Disord 2013; 27: 278-88.

16. Bortolon, Catherine., capdevielle, Delphine., Boulenger, Jean – Philippe., Gely-Nargeota, Marie-Christine., Raffard, Stéphane (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study Kournal Psychiatry Research Volume 209, Issue 3, 30Pages 3612-366.

17. Bortolon, Catherine., Capdevielle, Delphine., Boulenger, Jean-Philippe.,

Gely-Nargeota, Mariee-Christine., Raffard, Stéphane (2013). Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: A cross-sectional study Kournal Psychiatry Research Volume 209, Issue 3, 30Pages 3612-366.

18. Hawke LD, Provencher MD, Parikh SV. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: a conceptual model and future directions. Journal of Affective Disorders. Volume 148, Issue 1, Pages 118-122.

19. Hawke L. D., Provencher, M, D. (2011) Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: a review. Journal of Cognitive Psychotherapy 257-276.

20. Malogiannis, IA., Arntz., A., Spyropou;ou, A., Tsartsara, E., Aggeli A., Karveli, S., Vlavianou, M., Pehlivanidis, A., Papadimitriou, GN., Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: A single case series study Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry Volume 45, Issue 3, Pages 319-32.

21. MarySue, V. Heilemanna, Huibrie C. Pieters, Priscilla Kehoe, Qing Yang (2011). Schema therapy, motivational interviewing, and collaborative-mapping as treatment for depression among low income, second generation Latinas Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry 42. 473-480.

22. Young, J., Klosko, J., Weishaar, M. (2003). Schema Therapy A Practitioners Guide (3rd ed.). Translated by: H, Hamid Pour and Z. Andouz (2011). Tehran: Arjmand. (Persian).

23. Young, JE., Rygh, JL., Weinberger, AD., Beck, AT. (2008). *Cognitive therapy for depression*. In Barlow DH, editor. Clinical handbook of psychological disorders. New York: Guilford Press, 250-306.

24. Soltani, E., Shareh, H., Bahrainian, SA., Farmani, A. (2013). The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pejouhandeh*, 18(2), 88-96. (Persian).

25. Segal, ZV., Williams, JMG., Teasdale, JD. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: A new approach to preventing relapse.New York: Guilford press, 78-122.

26. Kashdan, TB., Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clin Psych Rev*, 30, 865-78.

27. Levinson, DF. (2006). The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, (60), 84-92.

28. Hnasabzadh Esfahani, Mary. YakaYazdanDoost, R. Gharaie, B and NejadFarid, AA (2010). Mindfulness based cognitive performance Preliminary Study Guide (MBCT) for depressed patients with suicidal thoughts: a case report. Journal of Clinical Psychology, 1 (1): 35-45.

29. Kazemi, M. Bnyjmaly, Shkvhalsadat. Ahadi, Hassan. Farouki, Nur Ali (2013). Evaluate the effectiveness of teaching strategies, cognitive - behavioral symptoms of post-traumatic stress disorder secondary (STSD) and psychological problems caused by the spouses of veterans with chronic PTSD. Medical Science Journal of Islamic Azad University, 22 (2):122-129.