

# The Effectiveness of Treatment based on Allegorical Schema Modes on Chronic Mood Disorders and Difficulty in Regulating Emotions of Therapists

## ARTICLE INFO

**Article Type**  
Research Article

### Authors

Mohammad Faghanpour Ganji<sup>1</sup>  
Mehrdad Kalantari<sup>2</sup>  
Ahmad Abedi<sup>3</sup>

### How to cite this article

Mohammad Faghanpour Ganji, Mehrdad Kalantari, Ahmad Abedi, The Effectiveness of Treatment based on Allegorical Schema Modes on Chronic Mood Disorders and Difficulty in Regulating Emotions of Therapists, *Islamic Life Style*. 2023; 7:168-178.

1. PhD Student, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Isfahan University, Isfahan, Iran (Corresponding Author).
3. Associate Professor, Department of Education and Psychology of Children with Special Needs, Isfahan University, Isfahan, Iran.

### \* Correspondence:

Address:  
Phone:  
Email: mehrdadk@edu.ui.ac.ir

### Article History

Received: 2023/03/30  
Accepted: 2023/06/21

## ABSTRACT

**Purpose:** The main purpose of this research was the effectiveness of therapy based on allegorical schema modes on chronic mood disorders and difficulty in regulating emotions of therapists.

**Materials and methods:** Considering the main and fundamental goals of the current research, the research method used is practical according to the purpose and is semi-experimental in terms of the type of data. The statistical population of the present study consists of psychotherapists in the 3rd district of Tehran who were engaged in therapeutic work between December 1400 and December 1401. Sampling method and design were available as sampling. To select the sample size according to the research method, 15 people were selected for each group. The content of the treatment sessions of allegorical schema modes was about 10 to 12 treatment sessions. In order to evaluate the research variables, Bromz's 32-question mood questionnaire (Lin et al., 2007) was the difficulty in emotion regulation questionnaire by Gratz and Romer (2004). Analysis of covariance and t-test of two independent groups were used to analyze the data.

**Findings:** Based on the findings of the present research, the findings show that the F level of the effect of the allegorical schema modes treatment on the variables of tension, vitality, relaxation and happiness was significant.

**Conclusion:** The F rate of the effect of the treatment of allegorical schema modes on the variables of depression, tension, fatigue and confusion was not significant.

**Keywords:** Schema Modes, Allegory, Chronic Mood Disorder, Emotion Regulation, Therapists

## اثر بخشی درمان مبتنی بر ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر آشفتگی های خلقی مزمن و دشواری در تنظیم هیجان درمانگران

محمد فغان پور گنجی<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،  
دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

مهرداد کلاتری<sup>۲\*</sup>

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی،  
دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول).

احمد عابدی<sup>۲</sup>

دانشیار، گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم  
تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

### چکیده

**هدف:** هدف اصلی از پژوهش حاضر اثر بخشی درمان مبتنی بر  
ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر آشفتگی های خلقی مزمن و  
دشواری در تنظیم هیجان درمانگران بود.

**مواد و روش ها:** با در نظر گرفتن هدف های اصلی و اساسی تحقیق  
کنونی، روش تحقیق مورد استفاده با توجه به هدف کاربردی می  
باشد و از نظر نوع داده ها نیمه آزمایشی می باشد. جامعه آماری  
پژوهش حاضر، عبارت از رواندرمانگران مراکز درمانی منطقه ۳  
تهران مشغول کار درمانی در بازه زمانی آذر ماه ۱۴۰۰ لغایت  
آذرماه ۱۴۰۱ بود. روش و طرح نمونه برداری به صورت نمونه  
گیری در دسترس بود. برای انتخاب حجم نمونه با توجه به روش  
پژوهش، برای هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. محتوای جلسات درمان  
ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی در حدود ۱۰ تا ۱۲ جلسات درمانی  
بود. در جهت ارزیابی متغیرهای تحقیق از پرسشنامه های حالات  
خلقی برومز ۳۲ سوالی (لین و همکاران، ۲۰۰۷)، پرسشنامه دشواری  
در تنظیم هیجان گرانز و رومر (۲۰۰۴) بود. برای تجزیه و تحلیل  
داده ها از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون t دو گروه مستقل  
استفاده شد.

**یافته ها:** بر اساس یافته های به دست آمده از پژوهش حاضر، یافته  
ها نشان می دهد که میزان F تاثیر درمان ذهنیت های طرحواره  
ای تمثیلی در مورد متغیر تنش، سرزندگی، آرامش و شادکامی  
معنادار شد.

**نتیجه گیری:** میزان F تاثیر درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی  
در مورد متغیر افسردگی، تنش، خستگی و سردرگمی معنادار نشد.

**کلید واژه:** ذهنیت های طرحواره ای، تمثیلی، آشفتگی خلقی مزمن،  
تنظیم هیجان، درمانگران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۱۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۳/۳۱

\*نویسنده مسئول mehrdadk@edu.ui.ac.ir

### مقدمه

در دنیای پرتلاطم امروز، تقریباً بسیاری از افراد نیازمند درمان های  
روان شناختی هستند و درمانگران به طور معمول با داشتن مهارت ها  
و صلاحیت های علمی و حرفه ای می کوشند تا محیطی سرشار از  
تفاهم، همدلی و درک موقعیت برای افراد فراهم آورند (۱). مشاوره  
و روان درمانگری جزء حرفه های بسیار سخت است که خطرات  
بالقوه و پر پیچ و خمی دارد و می تواند مشکلات شخصی و شغلی  
درمانگر را شدت بخشد (۲). باید توجه داشت که افراد گرفتار  
مشکلات هیجانی و عاطفی<sup>۱</sup>، در حالت درماندگی و رنج فراوان  
ممکن است از هر فردی تقاضای کمک کنند اما روش درمان درست  
و سنجیده این نوع مشکلات دشوار، نیازمند افرادی است که تسلط  
و مهارت و دانش روان درمانی را یکجا دارا باشند و در این امر  
متخصص باشند؛ در غیر این صورت، مشاوره و رواندرمانگری می  
تواند بسیار آسیب زا و حتی خطرناک باشد (۳). برخی از وقت ها  
زندگی برای درمانگرها دشوار می شود؛ زیرا باید از افکار، احساس  
ها و تجربیات زندگی مراجعین خود آگاهی و شناخت بالایی داشته  
باشند (۴). روان درمانی برای درمانگران باعث افزایش رشد هیجانی<sup>۲</sup>  
و بهبود مهارت های بین فردی و همدلی می شود، همچنین باعث  
خودآگاهی در فهم مشکلات فردی تعارضها و ارزش ها می شود، و  
در نهایت مدلی از آنچه قرار است در نقش درمانگر در آینده ایفا  
کند، پیدا خواهد کرد (۴). در این بین خودمراقبتی<sup>۳</sup> از مهمترین بخش  
های کار حرفه ای هر درمانگری است، برای این منظور رواندرمانی  
دوره ای برای هر درمانگری توصیه می شود (۵). پژوهشگران بعد  
از بررسی چالش های با مراجعین خاص و عدم قدرت پاسخگویی  
مناسب و مبتنی بر بزرگسال سالم به مراجعین بر این باورند که  
ذهنیت سبک مقابله ای ناسالم درمانگر میتواند شخصاً منجر به  
آسیب دیدن مراجع و عدم اجرای تمام و کمال درمان برای ایشان  
بشود، به طور مثال ایشان متوجه شدند زمانی که در ذهنیت محافظ  
بی تفاوت به سر میبرند، تمایل شان برای درک مراجع و صحبت  
در مورد مشکلات داغ احتمالی در جلسه کاهش پیدا می کند و  
تمایل دارند با تمرکز بر تکنیک های شناختی از درگیر شدن در  
هیجانانیشان بپرهیزند، همچنین متوجه شدند که در زمانهای خاص  
در ارتباط با برخی مشکلات مشخص با مراجعینشان وارد ذهنیت  
اجتنابی (محافظ بی تفاوت) می شوند (۶).

پژوهش ها نشان داده اند که رواندرمانگری به سمت رویکردی  
یکپارچه در درمان پیش می رود. عوامل مختلفی موجب شکل گیری  
جنبش یکپارچه سازی و گسترش آن شده است که از آن میان می  
توان به تعداد زیاد نظریه ها و رویکردها در مشاوره و رواندرمانی  
و ناکافی بودن هر یک از رویکردها به تنهایی در درمان همه  
مراجعان و مشکلاتشان، فقدان موفقیت هیچ یک از رویکردها در  
تبیین مناسب آسیب شناسی روانی و شخصیت و نیز رشد و اهمیت

<sup>3</sup> Self-Care

<sup>1</sup> Emotional And Emotional Problems

<sup>2</sup> Emotional Growth

اطلاعات ناهمگون مربوط به دو طبقه زبان شناختی گوناگون را که از یک نظام ادراکی روانشناختی انتزاعی تر برخوردار است به نظام ادراکی روانشناختی عینی منتقل کنیم. به این ترتیب به وسیله واژگان عینی می توانیم به توصیف بهتر و روشن تری از مفاهیم انتزاعی بپردازیم. در جلسات رواندرمانی در برخورد با بن بست های درک مفهوم و منظور طرفین در جریان درمان تاکید می شود. و نیاز است که رواندرمانگران برای خروج از بن بست های رساندن مفاهیم درمانی از زبان های نمادین مانند شعر، استعاره، تمثیل، داستان و حکایت های کوتاه در جهت مفهوم سازی و کاستن از بن بست های ادراکی استفاده کنند. استفاده از روش تمثیل برای آموزش نه تنها دامنه دامنه معانی ما را افزایش می دهد بلکه مفاهیم ناشناخته و دور از ذهن را به مفاهیم درک پذیرتری تبدیل می کند (۱۴). به نظر یانگ این درمان مفاهیم پرطمطراق و پیچیده ای برای مراجعین دارد که با بکار بردن فنون زبانی تسهیل کننده همانند تمثیل به منظور مجسم کردن مناسب تر مفاهیم انتزاعی که درمان را ملموس تر می کند. به زعم کوناکولوس و کراین با استفاده از استعاره و تمثیل می توان به طراز شناختی افراد نزدیک شد.

تعریفی که روان شناسان از طرح واره به عنوان تعریفی جامع و گسترده ارائه می دهند در بردارنده احساسات، حافظه، شناخت فرد از خودش و نیز در ارتباطات با دیگران است که در دوران کودکی یا نوجوانی ایجاد و رشد می کند و نه تنها چگونگی نوع تفکر انسان از محرک ها را هدایت می کند همچنین شامل الگوهای ناکارآمد و پیچیده زندگی نیز می شود (۱۵). طرح واره در روان شناسی و به طور وسیع تر در حوزه های شناختی دارای تاریخچه ای برجسته است. در زمینه رشد شناختی طرح واره به صورت قالبی در نظر گرفته می شود که بر اساس واقعیت یا تجربه ایجاد می شود تا به افراد در توصیف تجربه های خود کمک کند. در واقع طرح واره می توان بازنمایی ذهنی خصوصیات متمایز یک اتفاق دانست. به عبارت دیگر طرح کلی از عناصر قابل توجه یک واقعه را طرح واره می گویند.

برگ و دوالین و برنز براین باورند که قوانین موجود در درمان های عمیق که به لایه های زیرین و اساسی روانشناختی مراجعان می پردازند بدون استفاده و مداخله بالینی که شامل تمثیل های نزدیک به تراز شناختی مراجعان باشد پیچیده خواهند بود (۱۶).

از دیدگاه یانگ (۱۷) چهار مفهوم کلیدی در طرح واره درمانی عبارتند از طرح واره های ناسازگار اولیه، سبک های مقابله ای در ارتباط با آنها، حالت های خلق و نیز نیازهای هیجانی اساسی. در روان شناسی شناختی، از طرح واره به عنوان یک الگوی سازمان یافته از تفکر و رفتار یاد می شود. همچنین می توان طرح واره را به عنوان یک الگوی قالبی که از گذشته شکل گرفته است تبیین کرد. و نیز این امکان فراهم است که طرح واره را به عنوان چارچوبی که انعکاس دهنده مفاهیم جهان برای فرد و یا سامانه ای برای سازماندهی و درک اطلاعات جدید دانست. طرح واره ها شامل باورهای ناسازگار و نیز ناهوشیار درباره خودمان، دیگران و دنیا هستند که چالش برانگیزند و به حدی برای ما جلوه واقعی دارند

درمان های کوتاه مدت و متمرکز اشاره کرد. یکپارچه سازی از ناراضیاتی از یک رویکرد درمانگری به تنهایی آغاز می شود و با اشتیاق به نظر افکندن به خارج از مرزهای یک رویکرد به منظور فهمیدن اینکه چه چیزی می توان از شیوه های دیگر آموخت همراه می شود. نتیجه نهایی چنین وضعیتی تقویت اثربخشی، کارآمدی و قابلیت کاربرد رواندرمانگری است (۷).

در این میان، یکی از رویکردهای درمانی پرکاربرد در دهه اخیر طرح واره درمانی<sup>۱</sup> بوده است. در مفاهیم روانشناختی، طرح واره اصلی کلی و سازمان مند است که به منظور فهم روایت های زندگی فرد ضروری است. طرح واره درمانی یک درمان یکپارچه است که به طور فزاینده ای تظاهرات چالش برانگیز بالینی از جمله تظاهرات متوسط تا شدید اختلالات شخصیت و ترومای پیچیده مراجعان را بررسی می کند (۸، ۹ و ۱۰). در واقع، مدل طرح واره درمانی یانگ یکی از نظریه هایی که در زمینه شخصیت، آسیب شناسی روانی و رواندرمانی مطرح شده است، که مفهوم اساسی آن طرح واره های ناسازگار اولیه است. طرح واره درمانی، یک رویکرد خلاقانه ای است که توسط یانگ در سال ۱۹۹۰ مطرح شد. این رویکرد به صورت معناداری درمان ها و مفاهیم رفتاری و شناختی را توسعه داده است (۱۱). پژوهشگران و متخصصان طرح واره درمانی به روش های درمانی شناختی، شناختی-رفتاری و روش هایی از این دست ها انتقادهایی دارند و معتقدند که خود راه حل های مناسب تری برای درمان انواع اختلالات مزمن پدید آورده اند. طرح واره درمانی در واقع طرح واره ها، الگوها یا تجربیات عمیق و گسترده ای هستند که شامل خاطرات، هیجان ها و شناخت ها و تجربه حس های بدنی می شوند، که می توانند در دوران کودکی و نوجوانی ایجاد شده و در طی دوران زندگی بزرگسالی تداوم پیدا کنند (۱۲). در این رویکرد مشکلات روانشناختی فرد در دوران کودکی مورد بررسی قرار گرفته و با فرمولبندی ارتباط مراجع-درمانگر با در نظر گرفتن تاریخچه فردی مراجع به پیش می رود (گلی و همکاران، ۱۳۹۵). طرح واره ها الگو هایی هستند که بر مبنای تجربه ایجاد می شوند و واکنش ها و پاسخ های افراد از آنها متأثر می شود (۱۳). مفهوم طرح واره در حوزه های روان شناسی تاریخچه ای وسیع و قابل توجه دارد. در زمینه رشد شناختی، طرح واره ها الگوهایی هستند که بر پایه واقعیت یا تجربیات ایجاد می شوند تا افراد را در تبیین و تدوین تجارب خود یاری رسانند. طرح واره حالت انتزاعی اشکال متفاوت یک اتفاق است. به عبارت دیگر الگوی کلی از عناصر برجسته یک رویداد را طرح واره می گویند. اما در کنار طرح واره درمانی، با پیوست فنون تمثیلی به روان درمانی می توان از طریق تمثیل به یک مفهوم سازی درمانی دست پیدا کرد و همچنین الگوی ادراکی بهتری از فنون درمانی را برای مراجعان ایجاد کرد؛ زیرا بعضی مراجعان موضوعاتی را که از سوی درمانگر به صورت کلامی در طی جلسات درمان گفته می شود را می شنوند اما درک عمیق و به یاد سپاری از آن ندارند. اما استفاده از زبان تمثیلی که در جریان دریافت اطلاعات، ذخیره سازی و ساماندهی و بازیابی نقش مهم تری را ایفا می کند. از این طریق قادر می شویم

<sup>1</sup> Schema Therapy

تواد به صورت بالا یا پایین باشد. انسان سالم قادر اسن گستره وسیعی از حالات خلقی را تجربه کند و همین موجب تجربه مجموعه ای از حالات عاطفی نیز می شود. انسان سالم توانایی کنترل خلق و عواطف خود را داراست. اختلال خلقی به نوعی از اختلال های روانی گفته می شود که با تجربه افسردگی یا مانیا (یا هر دو) تعریف می شود. اختلالات خلقی شامل دو طبقه اصلی افسردگی تک قطبی و اختلال دوقطبی هستند. به بیان دیگر اختلال خلقی<sup>۶</sup> به حالت آشفتگی و پریشان حالی هیجانی گفته می شود که افراد آن را به شکل افسردگی یا شعف شدید یا مخلوطی از این دو حالت تجربه می کنند. همچنین بر اساس یافته های برخی پژوهش های پیشین طرحواره درمانی تمثیلی بر تنظیم هیجان نیز اثربخش بوده است. یافته های پژوهش های حسینی و همکاران تحت عنوان نقش پیش بینی کننده ذهنیت های طرحواره ای و دشواری در تنظیم هیجان، عباسی و همکاران با عنوان میزان تأثیر طرح واره درمانی بر میزان تنظیم شناختی هیجان، محمدی و همکاران با عنوان اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان شناختی و دشواری تنظیم هیجان نشان می دهد که درمان های مذکور بر تنظیم هیجان اثرات مثبتی داشته است. حاجی خانیان پژوهشی تحت عنوان تأثیر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان در کارکنان مرکز بهداشت نشان دادند که این روش درمانی بر تنظیم هیجان نقش اساسی دارد.

دال<sup>۷</sup> به تلاش فرد برای مدیریت هیجان، تنظیم هیجان گفته می شود و در جریان آن هدف به صورت یک هیجان ویژه در نظر گرفته می شود. گراس و تامپسون<sup>۸</sup> آنطور که بیان کرده اند کلمه تنظیم هیجان می تواند به صورت تنظیم هیجان با استفاده از هیجان معنی شود و یا می توان آن را اشاره به چگونگی کنترل هیجان ها معنا کرد. کول، مارتین و همکاران تنظیم هیجان را تغییراتی در ارتباط با هیجان ها می دانند که بعضی اتفاقات یا موقعیت ها آنها را فعال می کنند. به اعتقاد تامپسون<sup>۸</sup> تنظیم هیجان عبارتست از مراحل درونی و بیرونی پاسخ دادن در برابر داشتن مهارت، نظارت و نیز ارزیابی و تعدیل هیجانها در قبال ویژگی های زودگذر و فوری آنها برای رسیدن به اهداف.

بر اساس بررسی های به عمل آمده به نظر می رسد پژوهش های اندکی به مسائل روان شناختی درمانگران پرداخته باشند و از طرفی پژوهش هایی که در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر متغیرهایی همچون آشفتگی های خلقی، دشواری در تنظیم هیجان انجام نیافته است و با توجه به عملکرد ضعیف برخی از روانشناسان و مشاوران و نارضایتی برخی از بیماران از نتایج درمانی، آموزش و اصلاح طرحواره های درمانگران و باز آموزشی تکنیکهای مختلف درمانی و مساله آشفتگی های خلقی درمانگران و همچنین تنظیم هیجانها ایشان می تواند نتایج درمانی را متاثر سازد بنابراین این موضوع و سایر مشکلات از این دست،

که آنها را واقعیت مطلق می دانیم و به نوعی کنترل افکار و هیجانها و رفتارهای ما را در دست می گیرند و موجب ایجاد ناخشنودی ها و ناکارآمدی در روابط عاطفی، شغلی و بین فردی مان می شوند. در طرح واره درمانی، به طور مشخص طرحواره های ناسازگار اولیه همان طرح واره های هستند که شامل ادراک هیجانها و حس های بدنی معیوبی هستند که فرد در زندگی تجربه می کند. معمولاً طرح واره ها حالت باور درباره ی خود و جهان پیرامون را پیدا می کنند (۱۷).

اختلال خلقی<sup>۱</sup> حالتی از آشفتگی هیجانی، یا آشفتگی خلقی در فرد است که این آشفتگی می تواند در افراد به صورت افسردگی شدید، مانیا یا شدید یا ترکیبی از این دو تجربه شود. آشفتگی های خلقی مزمن گروه گسترده ای از اختلالاتی را شامل می شوند که خلق مرضی یا بیمارگون و آشفتگی های مرتبط با آن، ظاهر بالینی غالب آنها را تشکیل می دهد. در بیماری که خلق بالایی دارند (یعنی در مانیا)، گشاده خویی، پرش فکر، کاهش خواب، افزایش اعتماد به نفس و افکار خود بزرگبینانه دیده می شود. در بیماری که خلق افسرده ای دارند، از دست دادن انرژی و علاقه، احساس گناه، دشواری شدن تمرکز، از دست دادن اشتها و افکار مرگ یا خودکشی دیده می شود. دیگر نشانه ها و علائم اختلال های خلقی عبارت است از تغییراتی در سطح فعالیت، قابلیت های شناختی، کلام و کارکردهای نباتی (از قبیل خواب، فعالیت جنسی و سایر نظم های زیستی و بیولوژیکی). این تغییرات تقریباً همیشه موجب اختلال در کارکردهای بین فردی، اجتماعی و حرفه ای بیمار می شود (۱۸).

گارفنسکی و کرایچ، تنظیم هیجان، کنش هایی در رابطه با روش های کنار آمدن شخص با شرایط استرس زا و یا حوادث ناگوارند. به عقیده و به زعم گارفنسکی و همکاران<sup>۲</sup> علیرغم شباهت های هیجانی که در میان انسان ها مورد انتظار است، براساس اینکه هر فرد از چه الگویی برای تنظیم هیجانش بهره می برد نتایج هیجانی متفاوتی ایجاد خواهد شد. از جمله مولفه های تنظیم شناختی هیجان نشخوار فکری، سرزنش کردن دیگران و فاجعه سازی است که از دیدگاه گارفنسکی و همکاران در افراد به صورت متفاوتی جلوه می کند.

بر اساس یافته های پژوهش های انجام شده طرحواره درمانی بر اختلال های خلقی مزمن<sup>۳</sup> نتایج مطلوبی داشته اند به طوریکه محمدی و خرقانی نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری بر افسردگی اثرات مثبتی داشته است. یوسف زاده و همکاران در تحقیق در مورد تأثیر درمان شناختی- رفتاری و طرح واره درمانی بر تقلیل افسردگی بیماران شهر تهران نشان دادند که هر دو روش درمانی بر کاهش علائم افسردگی نقش داشته است. باسیل<sup>۴</sup> (۱۹) نیز در پژوهش خود به اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلا های خلقی اذعان داشته است. خلق<sup>۵</sup> یک حالت احساسی نافذ و پایدار می باشد، در درون فرد وجود دارد و بر درک او از دنیا تأثیر می گذارد، از نمود بیرونی خلق به عنوان عاطفه نام برده می شود، خلق طبیعی می

6 Mood Disorder

7 Dhal

8 Thompson

1 Mood Disorder

2 Garnefski Et Al

3 Chronic Mood Disorders

4 Basil

5 Moad

نسبت به گروه کنترل پس از مداخله تقلیل یافته اما این کاهش معنی دار نبود.

کاپ بک<sup>۱</sup> پژوهشی تحت عنوان طرحواره درمانی در مقابل درمان رفتاری شناختی در مقابل درمان حمایتی فردی برای افسردگی در محیط سرپایی و کلینیک انجام داده است. نمونه های این پژوهش ۳۰۰ بیمار افسرده را شامل می شوند. همه درمانگران مورد مطالعه تحت آموزش و نظارت خاصی قرار می گیرند و پایبندی درمان ارزیابی می شود. اولین موردی است که به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی به عنوان رویکرد درمانی MDD پرداخته، مکانیسم های تغییر را بررسی کرده و پیش بینی کننده های پاسخ درمانی را در محیط های کلینیکی بستری و روزانه با استفاده از چنین طیف وسیعی بررسی کرده است. یافته ها نشان می دهد که تمامی روش های درمانی بر افسردگی نمونه ها اثربخش است.

لاکورد و یانگ<sup>۲</sup> پژوهشی تحت عنوان اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلالات شخصیت و اختلالات عاطفی انجام داده اند. آنها به این نتیجه رسیدند که چهار دامنه طرحواره های ناسازگار اولیه از نظر مفهومی و تجربی با اثر الگوی طرحواره درمانی یانگ بر اختلالات شخصیت و اختلالات عاطفی سازگار هستند. همچنین تلفیق عواملی مانند تمرکز بیشتر بر روی نقش تجربه های دوران کودکی در شکل گیری طرحواره های مرکزی بین فردی (ناهشیار)، تأکید بیشتر بر رابطه درمانی، مسائل مربوط به انتقال و تلاش برای آشکارسازی محتوای ناهشیار طرحواره های مرکزی به عنوان علت آسیب زایی، به شکل گیری نسل سوم درمان های شناختی منجر شده است که در زمره درمان های نیرومندتر و مقاومتر قرار می گیرند.

با توجه به پیشینه های پژوهشی موجود به نظر می رسد پژوهش چندانی برای بررسی اثرات ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی خاص درمانگران صورت نگرفته است و بیشتر پژوهش های انجام شده این مهم را برای سایر افراد و نمونه هایی غیر از نمونه های مشاوران و روان شناسان انجام داده اند و همین مساله خلأ پژوهش حاضر را نمایان می سازد. از طرفی شایان ذکر است که صرفاً پژوهش شعبان و همکاران در حوزه درمانگران انجام یافته است و وجه تمایز این پژوهش با پژوهش حاضر در این است که پژوهش شعبان و همکاران به مساله تعدیل طرحواره های درمانگران اشاره کرده است و متغیرهایی همچون آشفتگی های خلقی، دشواری در تنظیم هیجان ایشان مورد عنایت قرار نگرفته است.

#### مواد و روش ها

با در نظر گرفتن هدف های اصلی و اساسی تحقیق کنونی، روش تحقیق مورد استفاده با توجه به هدف کاربردی می باشد و از نظر نوع داده ها نیمه آزمایشی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر، عبارت از رواندرازانگران مراکز درمانی منطقه ۳ تهران مشغول کار درمانی در بازه زمانی آذر ماه ۱۴۰۰ لغایت آذرماه ۱۴۰۱ بود.

روش و طرح نمونه برداری به صورت نمونه گیری در دسترس بود. ابتدا یک فراخوان برای مراکز مشاوره و روانشناسی منطقه ۳ شهر تهران ارائه شد و از تمامی مشاوران و روان شناسان این منطقه به

پژوهشگر را بر آن داشت تا پژوهش حاضر را مورد بررسی قرار دهد و راهی را بیابد تا درمانگران با تغییرات خود به بهبود مراجعان کمک کنند.

از اینرو هدف اصلی از پژوهش حاضر، اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر آشفتگی های خلقی مزمن و دشواری در تنظیم هیجان درمانگران می باشد و همچنین سوال پژوهش این خواهد بود که آیا درمان مبتنی بر ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر آشفتگی های خلقی مزمن و دشواری در تنظیم هیجان درمانگران اثربخش است؟

#### مرور پیشینه ها

منجری و همکاران پژوهشی تحت عنوان مقایسه تأثیر طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر طلاق انجام داده اند. این پژوهش با هدف مقایسه طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجان نوجوانان دختر طلاق انجام شد. پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع سنجش مکرر با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه نوجوانان دختر خانواده طلاق که در محدوده سنی ۱۳ تا ۱۵ سال شهر اصفهان بودند. نمونه آماری ۴۵ دختر که به صورت تصادفی در گروه آزمایشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری و کنترل گمارده شدند. گروه های آزمایشی به مدت ۲۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای مشاوره طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری گروهی دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکردند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه ۳۶ سوالی تنظیم شناختی هیجان (CERQ) بود. جهت مقایسه میانگین های آزمون در هر مرحله، از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون های تعقیبی استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نشان داد گروه های آزمایشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری افزایش معناداری در تنظیم شناختی هیجان ایجاد کرده و این نتایج در پیگیری دومانه باقی ماند. مقایسه بین دو گروه های آزمایشی نشان داد که طرحواره درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در تنظیم شناختی هیجان در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری اثربخشی بیشتری دارد. عباسی و همکاران (۲۰) تحقیقی تحت عنوان میزان اثربخشی طرحواره درمانی بر میزان تنظیم شناختی انجام داده اند. روش تحقیق به صورت نیمه تجربی با استفاده از پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بوده است. همچنین روش تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس بوده است. نتایج این تحقیق بیان می دارد که طرحواره درمانی بر افزایش تنظیم شناختی هیجان افرادی که به آسم مبتلا بوده اند موثر واقع شده است. شعبان و همکاران (۲۱) پژوهشی با عنوان میزان تاثیر الگوی طرحواره درمانی بومی شده بر متعادل شدن و اصلاح طرحواره های ناسازگار رواندرازانگران انجام شده است. نتایج نشان داد که دو گروه در حوزه های دیگر جهت مندی و گوش به زنگی با هم تفاوت معنی دار داشتند. همچنین نتایج نشان داد که نمره های حوزه های دیگر (طرد و بریدگی، خودگردانی و عملکرد مختل شده) شرکت کنندگان گروه آزمایش

<sup>1</sup> Kopf-Beck

<sup>2</sup> Lockwood & Young

در جهت ارزیابی متغیرهای تحقیق از پرسشنامه های زیر کمک گرفته می شود:

الف) پرسشنامه حالات خلقی برومز ۳۲ سوالی<sup>۱</sup>

پرسشنامه حالات خلقی مدل نهایی پرسشنامه برومز ۲۶ سوالی است که دو خرده مقیاس با ۸ سوال به آن اضافه شده است و هشت حالت روانی تنش، افسردگی، خشم، سرزندگی، خستگی، سردرگمی، آرامش و شادکامی را می سنجد. در نتیجه از ۸ خرده مقیاس (عامل) تشکیل شده است. هر مقیاس حاوی ۴ پرسش می باشد. و نیز برای سرزندگی، آرامش و شادکامی (مجموعاً ۱۲ سوال) برای وجوه مثبت حالات خلقی اختصاص داده شده است و نیز برای وجوه تنش، افسردگی، خشم، خستگی و سردرگمی (مجموعاً ۲۰ سوال) بعد های منفی حالات خلقی اختصاص داده شده است که در مجموع ۳۲ سوال پرسشنامه برومز را می سازد.

از زمان تدوین پرسشنامه برومز ۲۴ سوالی تاکنون روایی و پایایی آن در مطالعات متعددی در بین ورزشکاران مورد بررسی قرار گرفته است.

هاشیم و همکاران، ضرایب آلفای کرونباخ را برای مدل ۲۴ سوالی این پرسشنامه در عامل های تنش، افسردگی، خشم، سرزندگی، خستگی و سردرگمی را بین ورزشکاران مالزیایی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۴، ۰/۷۳، ۰/۶۹، ۰/۵۸ گزارش کردند. در تحقیق میراندا و همکاران نیز ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس حالات خلقی برومز ۲۴ سوالی را در دامنه ای از ۰/۷۹ در عامل خشم تا ۰/۸۵ در عامل های خستگی در بین ورزشکاران برزیلیایی گزارش شد.

در ایران در تحقیق فرخی و همکاران که بر روی ۳۲ ورزشکار زن و مرد به صورت مهارت های مختلف در ده رشته تیمی و انفرادی صورت گرفت به بررسی روایی عاملی و پایایی نسخه فارسی این پرسشنامه پرداختند و نشان دادند که الگوی اندازه گیری ۳۲ پرسشی از شاخص های برازندگی (  $CFI = ۰/۹۴$ ،  $RMSEA = ۰/۸۰$ ،  $TLI = ۰/۹۳$ ، همسانی درونی (تنش) ۰/۷۴، سرزندگی، ۰/۸۰، سردرگمی ۰/۷۲، خستگی ۰/۷۶، شادکامی ۰/۷۷، آرامش ۰/۷۸، افسردگی ۰/۷۰، خشم ۰/۷۲ و کل پرسشنامه ۰/۷۸) و پایایی زمانی (تنش ۰/۹۰، سرزندگی ۰/۸۷، سردرگمی ۰/۸۴، خستگی ۰/۸۹، شادکامی ۰/۸۷، آرامش ۰/۸۶، افسردگی ۰/۸۸، خشم ۰/۸۶، و کل پرسشنامه ۰/۸۸) قابل قبولی برخوردار است، که بیانگر روایی و پایایی مطلوب نسخه فارسی حالات خلقی برومز ۳۲ سوالی است.

ب) پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان گراتز و رومر:

پرسشنامه دشواری در تنظیم هیجان (DERS) مقیاسی ۳۶ ماده ایست که گراتز و رومر آن را طراحی کرده اند. این پرسشنامه یک نمره کلی و شش نمره اختصاصی در زیرشاخص های مربوط به ابعاد دشواری در تنظیم هیجان همانند قبول نکردن پاسخ های هیجانی، دشواری داشتن رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، ناآگاهی هیجانی، نداشتن شفافیت هیجانی و محدودیت دسترسی به روش های تنظیم هیجان است. در این مقیاس نمره گذاری ماده ها به روش درجه بندی لیکرت ۵ درجه ای انجام می شود که هرچه نمره ها

منظور اجرای پرسشنامه ها و جلسات مورد نظر دعوت به عمل آمد. افرادی که واجد شرایط مورد نظر باشند انتخاب شد. لازم به ذکر است که برای تمامی نمونه ها شرایط پیش آزمون و پس آزمون و برای گروه آزمایش، که به صورت در دسترس در این گروه جایگذاری خواهند شد، توضیحات مبنی بر تعداد جلسات و سرفصل ها ارائه شد.

برای انتخاب حجم نمونه با توجه به روش پژوهش، برای هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. از طرفی با توجه به واریانس صفت مورد مطالعه و توان آزمون نمونه مناسب انتخاب شد. (شایان ذکر است که نمونه هایی در این پژوهش وارد دو گروه آزمایش و کنترل شد که نمرات آنها در آشفتهگی های خلقی مزمن، دشواری در تنظیم هیجان بالاتر از حد متوسط بوده باشد).

در این مرحله نمونه های مورد بررسی انتخاب شد. در این بخش، فراخوان برای مراکز مشاوره و روانشناسی و درمانگران منطقه ۳ شهر تهران ارائه شده و از کلیه مشاوران و روان شناسان این منطقه به منظور اجرای پرسشنامه ها و جلسات مورد نظر دعوت شد. شایان ذکر است که نمونه هایی در این پژوهش وارد دو گروه آزمایش و کنترل خواهند شد که نمرات آنها در آشفتهگی های خلقی، دشواری در تنظیم هیجان بالاتر از حد متوسط بوده باشد. همچنین برای تمامی نمونه ها شرایط پیش آزمون و پس آزمون و برای گروه آزمایش، که به صورت داوطلبانه در این گروه جایگذاری خواهند شد، توضیحات مبنی بر جلسات و مضامین ارائه شد. بر این اساس، نمونه های گروه آزمایش و گروه کنترل به صورت داوطلبانه انتخاب شد. در این مرحله پرسشنامه های پژوهش برای گروه های آزمایش و کنترل، به منظور اجرای پیش آزمون اجرا شد. در این مرحله جلسات مورد نظر بسته درمانی مبتنی بر ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی برای گروه آزمایش ۱ اجرا شد. محتوای جلسات درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی در حدود ۱۰ تا ۱۲ جلسات درمانی بود. مدت زمان برگزاری هر جلسه در حدود ۱ ساعت و توالی اجرای این جلسات نیز به صورت هفته ای یکبار حضوری و به صورت گروهی انجام گرفت. لازم به ذکر است که برای بررسی فیدلیتی یا وفاداری بسته علاوه بر موارد فوق در حین اجرا تمام موارد مربوط به دقت و جزئیات که متناسب با اهداف و سرفصل هاست اجرا شود، چک می گردد. در همه ی جلسات مطابق سرفصل و پروتکل انجمن بین المللی طرحواره درمانی چک شده تا دقیقاً اجرا گردد.

در ادامه پژوهشگر به اجرای پرسشنامه ها به منظور اجرای پس آزمون از گروه های آزمایش و کنترل مبادرت می ورزد. در ادامه به منظور اجرای آزمون پیگیری، بازه زمانی حداقل یک ماهه جهت ارزیابی تداوم اثر درمان در نظر گرفته شده و پس از آن آزمون پیگیری اجرا شد و در ادامه به تجزیه و تحلیل یافته های حاصل از پیش آزمون، پس آزمون پرداخته شد و گزارش نهایی حاصل از یافته ها ارائه شد.

<sup>1</sup> Brunel Mood Scale 32 items

همچنین عسگری و همکاران بر طبق آلفای کرونباخ و روش تصنیف پایایی نسخه فارسی این مقیاس را به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۰ عنوان کرده اند و نتایج حاصل از همبستگی مقیاس هیجان خواهی ذاکرمن با این مقیاس نیز روایی همگرایی مقیاس را نشان داده است. برای تجزیه و تحلیل داده ها در بخش کمی، با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS ورژن ۲۶ توجه به هدف های تحقیق در آغاز برای تعیین نرمال بودن توزیع داده ها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف (K-S) استفاده شد. در صورت نرمال بودن توزیع داده ها به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از شاخص های آمار توصیفی شامل جداول، نمودارها، میانگین، انحراف استاندارد و غیره و به منظور تحلیل استنباطی فرضیه ها از آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون t دو گروه مستقل استفاده شد.

#### یافته ها

فرضیه اول: درمان مبتنی بر ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر آشفستگی های خلقی مزمن درمانگران تاثیر دارد. در بررسی های بعمل آمده در مورد پیش فرض های تحلیل کواریانس مفروضه های نرمال بودن توزیع داده ها، تصادفی بودن توزیع نمونه ها، فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری داده ها و همچنین همگنی واریانس ها و شیب خط رگرسیون نیز بر اساس جداول ذیل برقرار بود. لذا تحلیل کواریانس (ANCOVA) جهت آزمون این فرضیه اجرا شد.

جدول ۱. آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر آشفستگی های خلقی مزمن

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	sig	ضریب اتا
تنش	۶۲۰,۰۵۱	۱	۶۲۰,۰۵۱	۱۹۰,۷۴۳	۰,۰۰۰	۰,۸۷۶
خشم	۷,۸۲۲	۱	۷,۸۲۲	۰,۶۵۳	۰,۴۲۶	۰,۰۲۴
سرزندگی	۲۴۳,۸۹۷	۱	۲۴۳,۸۹۷	۱۷,۴۷۶	۰,۰۰۰	۰,۳۹۳
خستگی	۳۲,۱۹۵	۱	۳۲,۱۹۵	۲,۸۳۹	۰,۱۰۴	۰,۰۹۵
سردرگمی	۵,۳۱۵	۱	۵,۳۱۵	۰,۵۵۸	۰,۴۶۲	۰,۰۲۱
آرامش	۳۳۶,۰۷۶	۱	۳۳۶,۰۷۶	۲۲,۰۳۶	۰,۰۰۰	۰,۴۴۹
شادکامی	۳۶۷,۵۰۰	۱	۳۶۷,۵۰۰	۱۵,۸۰۴	۰,۰۰۰	۰,۳۶۹

با توجه به تحلیل بدست آمده، مفروضه های همگنی واریانس ها و همگنی شیب خط رگرسیون در بین گروه های آزمایشی و گواه در مولفه افسردگی برقرار نبود ( $P \leq 0.05$ ). لذا از آزمون تحلیل کواریانس نمیتوان استفاده کرد. بنابراین جهت آزمون این فرضیه از آزمون T استیودنت برای دو گروه مستقل استفاده شد:

بالتر باشند نشانه ی دشواری های بیشتر در زمینه تنظیم هیجانات است. برای محاسبه ی دشواری در تنظیم هیجان نمره کل فرد از جمع نمره شش زیرمقیاس پرسشنامه حاصل می شود. همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی سازه و پیش بین در نمونه های بالینی و غیربالینی در پژوهش های خارجی تایید شده به عنوان ویژگی های روانسنجی مقیاس دشواری تنظیم هیجان است. در این مقیاس روایی سازه و روایی پیش بین نیز تایید شده اند. پایایی این مقیاس را بر طبق آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ و نیز خرده مقیاس ها بالای ۰/۸۰ توسط گراتز و رومر<sup>۱</sup> گزارش شده اند. نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان در نمونه های بالینی ( $n=187$ ) و غیربالینی ( $n=763$ ) از نظر ویژگی های روانسنجی تایید شدند. در تحقیقات ذکر شده، ضرایب آلفای کرونباخ برای سوالات قبول نکردن هیجانات منفی از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸، برای سختی در پیشبرد رفتارهای هدفمند از ۰/۷۲ تا ۰/۸۹، برای دشواری در کنترل رفتارهای تکانشی از ۰/۷۵ تا ۰/۹۰، برای رسیدن محدود به راهکارهای موثر تنظیم هیجان از ۰/۷۶ تا ۰/۸۵، برای عدم آگاهی هیجانی از ۰/۷۲ تا ۰/۸۶، برای عدم شفافیت هیجانی از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰، و برای نمره کل مقیاس از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ حاصل شد. همچنین این ضرایب، تایید کننده همسانی درونی نسخه فارسی مقیاس دشواری تنظیم هیجان است.

اطلاعات جدول فوق نشان می دهد که میزان F تاثیر درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی در مورد متغیر تنش، سرزندگی، آرامش و شادکامی معنادار بوده است. بدین معنی که درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر متغیر تنش، سرزندگی، آرامش و شادکامی اثربخش بوده است. لذا فرضیه پژوهش در این مولفه ها تایید می شود.

1. Gratz & Roemer

جدول ۲. بررسی اختلاف میانگین متغیر افسردگی در دو گروه آزمایش و گواه (جدول آزمون T استیودنت)

متغیر	گروه	N	میانگین	اختلاف میانگین	آماره t	sig
افسردگی	آزمایش	۱۵	۱۴,۵۳۳	-۰,۴۰	-۱,۰۲۳	۰,۲۱۸
	گواه	۱۵	۱۴,۹۳۳			

با توجه به تحلیل بدست آمده، مفروضه های همگنی واریانس ها و همگنی شیب خط رگرسیون در بین گروه های آزمایشی و گواه در مولفه قبول نکردن پاسخ های هیجانی برقرار نبود ( $P \leq 0.05$ ). لذا از آزمون تحلیل کواریانس نمیتوان استفاده کرد. بنابراین جهت آزمون این فرضیه از آزمون T استیودنت برای دو گروه مستقل استفاده شد:

طبق ارقام مندرج در جدول فوق، مقدار t به دست آمده در سطح  $P \leq 0.05$  معنادار نمی باشد. با توجه به مقدار میانگین های به دست آمده، نمرات گروه آزمایش در متغیر افسردگی کمتر بوده است. لذا فرضیه پژوهش در این مولفه تایید می شود. فرضیه دوم: درمان مبتنی بر ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر دشواری در تنظیم هیجان درمانگران تاثیر دارد.

جدول ۳. بررسی اختلاف میانگین متغیر قبول نکردن پاسخ های هیجانی (جدول آزمون T استیودنت)

متغیر	گروه	N	میانگین	اختلاف میانگین	آماره t	sig
قبول نکردن پاسخ های هیجانی	آزمایش	۱۵	۱۴,۸۶۶	-۴,۳۳۴	-۱۰,۳۲۶	۰,۰۰۱
	گواه	۱۵	۱۹,۲۰۰			

ها، فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری داده ها و همچنین همگنی واریانس ها و شیب خط رگرسیون نیز بر اساس جداول ذیل برقرار در سایر مولفه های دشواری در تنظیم هیجان بود. لذا تحلیل کواریانس (ANCOVA) جهت آزمون این فرضیه در مولفه های مذکور اجرا شد.

طبق ارقام مندرج در جدول فوق، مقدار t به دست آمده در سطح  $P \leq 0.01$  معنادار می باشد. با توجه به مقدار میانگین های به دست آمده، نمرات گروه آزمایش در متغیر قبول نکردن پاسخ های هیجانی کمتر بوده است. لذا فرضیه پژوهش در این مولفه تایید می شود.

در بررسی های بعمل آمده در مورد پیش فرض های تحلیل کواریانس مفروضه های نرمال بودن توزیع داده ها، تصادفی بودن توزیع نمونه

جدول ۴. آزمون تحلیل کواریانس (ANCOVA) جهت بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر دشواری در تنظیم هیجان

منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	sig	ضریب اتا
دشواری داشتن رفتار هدفمند	۰,۵۷۶	۱	۰,۵۷۶	۰,۰۵۴	۰,۸۱۸	۰,۰۰۲
دشواری در کنترل رفتار	۷,۹۲۲	۱	۷,۹۲۲	۰,۱۸۸	۰,۶۶۸	۰,۰۰۷
دشواری کنترل تکانه	۵۱,۴۱۴	۱	۵۱,۴۱۴	۰,۶۴۴	۰,۴۲۹	۰,۰۲۳
نداشتن شفافیت هیجانی	۱۵,۲۶۶	۱	۱۵,۲۶۶	۰,۴۲۱	۰,۴۲۲	۰,۰۱۶
محدودیت دسترسی به روش های تنظیم هیجانی	۷,۹۲۲	۱	۷,۹۲۲	۰,۱۸۸	۰,۶۶۸	۰,۰۰۷

#### نتیجه گیری

بر اساس یافته های به دست آمده از پژوهش حاضر، میزان F تاثیر درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی در مورد متغیر تنش، سرزندگی، آرامش و شادکامی معنادار بوده است. بدین معنی که درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر متغیر تنش، سرزندگی، آرامش و شادکامی اثربخش بوده است. لذا فرضیه پژوهش در این مولفه ها تایید می شود. همچنین مندرج در مقدار t به دست آمده در مولفه افسردگی معنادار نمی باشد. با توجه به مقدار میانگین های به دست آمده، نمرات گروه آزمایش در متغیر افسردگی کمتر بوده است. لذا فرضیه پژوهش در این مولفه تایید می شود. همسو با

اطلاعات جدول فوق نشان می دهد که میزان F تاثیر درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی در مولفه های دشواری داشتن رفتار هدفمند، دشواری در کنترل رفتار، دشواری کنترل تکانه، نداشتن شفافیت هیجانی و محدودیت دسترسی به روش های تنظیم هیجانی در متغیر دشواری در تنظیم هیجان معنادار نبوده است. بدین معنی که درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی بر متغیر دشواری داشتن رفتار هدفمند، دشواری در کنترل رفتار، دشواری کنترل تکانه، نداشتن شفافیت هیجانی و محدودیت دسترسی به روش های تنظیم هیجانی اثربخش نبوده است. لذا فرضیه پژوهش در این مولفه رد می شود.

هیجانان ما را تشکیل می‌دهند. این حالات هیجانی و رفتار مقابله‌ای در برابر آن، با نام ذهنیت‌های طرحواره‌ای شناخته می‌شوند که در طرحواره درمانی کاربرد بسیاری دارند و در واقع اساس آن را تشکیل می‌دهند. هر فرد از بدو تولد حالات و هیجانان و پاسخ‌هایی را از دنیای بیرونی خود دریافت می‌کند که موجب شکل‌گیری ذهنیت‌های طرحواره‌ای در او می‌شود. در این میان در خصوص ذهنیت‌های طرحواره‌ای تمثیلی باید عنوان نمود که ذهنیت‌های طرحواره‌ای به عنوان هسته‌های اصلی که مفاهیم روان‌شناختی (طرحواره‌ها) در چارچوب آن‌ها فعال می‌شوند، نقش مهمی در آشفتنگی‌های خلقی مزمن افراد ایفا کنند ذهنیت‌های طرحواره‌ای تمثیلی، طرحواره‌ها یا عملکردهای طرحواره‌ای سازگار یا ناسازگاری هستند که به طور موقت در سیستم پردازش اطلاعات فرد فعال شده‌اند. این ذهنیت‌ها حالات هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای لحظه به لحظه‌ای هستند که توسط موقعیتها (گره‌های هیجانی) برانگیخته می‌شوند و آموزش این ذهنیت‌های طرحواره‌ای تمثیلی می‌تواند درمانگران را در سرزندگی، آرامش و شادکامی کمک کند.

بر اساس یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، یافته‌ها نشان می‌دهد که طبق ارقام مندرج در جدول فوق، مقدار  $F$  به دست آمده، معنادار می‌باشد. با توجه به مقدار میانگین‌های به دست آمده، نمرات گروه آزمایش در متغیر قبول نکردن پاسخ‌های هیجانی کمتر بوده است. لذا فرضیه پژوهش در این مولفه تأیید می‌شود. همچنین میزان  $F$  تأثیر درمان ذهنیت‌های طرحواره‌ای تمثیلی در مولفه‌های دشواری داشتن رفتار هدفمند، دشواری در کنترل رفتار، دشواری کنترل تکانه، نداشتن شفافیت هیجانی و محدودیت دسترسی به روش‌های تنظیم هیجانی در متغیر دشواری در تنظیم هیجان معنادار نبوده است. بدین معنی که درمان ذهنیت‌های طرحواره‌ای تمثیلی بر متغیر دشواری داشتن رفتار هدفمند، دشواری در کنترل رفتار، دشواری کنترل تکانه، نداشتن شفافیت هیجانی و محدودیت دسترسی به روش‌های تنظیم هیجانی اثربخش نبوده است. لذا فرضیه پژوهش در این مولفه رد می‌شود.

همسو با یافته‌های پژوهش حاضر، حاجیخانیان (۲۲) پژوهشی تحت عنوان تأثیر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان در کارکنان مرکز بهداشت انجام داده است. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان در بین کارکنان مراکز درمانی این یک مطالعه نیمه تجربی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و طرح گروه کنترل بود. گروه‌های آزمایشی یازده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک بار) درمان مبتنی بر طرحواره را داشته‌اند، در صورتیکه درمورد گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفته است. جامعه آماری شامل کارکنان مراکز درمانی جامع بود. داده‌های بدست آمده با استفاده از آمار مانند میانگین و انحراف استاندارد، و همچنین تجزیه و تحلیل چند متغیره واریانس تفاوت‌های قابل توجهی بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر تنظیم هیجان وجود داشت. لاگورد و یانگ پژوهشی تحت عنوان اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلالات شخصیت و اختلالات عاطفی انجام داده‌اند. آنها به این نتیجه رسیدند که چهار دامنه طرحواره‌های ناسازگار اولیه از نظر مفهومی و تجربی با اثر الگوی طرحواره درمانی یانگ

یافته‌های پژوهش حاضر، کاپ بک پژوهشی تحت عنوان طرحواره درمانی در مقابل درمان رفتاری شناختی در مقابل درمان حمایتی فردی برای افسردگی در محیط سرپایی و کلینیک انجام داده است. نمونه‌های این پژوهش ۳۰۰ بیمار افسرده را شامل می‌شوند. همه درمانگران مورد مطالعه تحت آموزش و نظارت خاصی قرار می‌گیرند و پایبندی درمان ارزیابی می‌شود. اولین موردی است که به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی به عنوان رویکرد درمانی MDD پرداخته، مکانیسم‌های تغییر را بررسی کرده و پیش‌بینی‌کننده‌های پاسخ درمانی را در محیط‌های کلینیکی بستری و روزانه با استفاده از چنین طیف وسیعی بررسی کرده است. یافته‌ها نشان می‌دهد که تمامی روش‌های درمانی بر افسردگی نمونه‌ها اثربخش است. باسیل پژوهشی تحت عنوان بررسی ساختارهای طرحواره درمانی در افراد مبتلا به افسردگی انجام داده است. در این پژوهش آمده است که طرحواره درمانی برای چندین اختلال روانی کاربرد دارد. در کل نمونه، بین سطوح افسردگی و طرحواره‌های ناسازگار، حالت‌های ناکارآمد و راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی درون روانی، همبستگی مثبت مشاهده شد. تفاوت‌های قابل توجهی در رابطه با دو زیرگروه پدیدار شد. در گروه افسرده، ارتباطات مثبتی بین حوزه طرح قطع ارتباط و طرد، حالت والدین خواستار و مقابله اجتنابی تجزیه‌کننده و شدت علائم بود. تجزیه و تحلیل رگرسیون چندگانه همچنین نقش متغیرهای پیش‌بینی‌کننده خاصی را توضیح می‌دهد که سطوح افسردگی را توضیح می‌دهند.

در تبیین این یافته باید عنوان نمود که آشفتنگی‌های مزمن خلقی شامل گروه وسیعی از اختلالات روانی به حساب می‌آید که در جوامع مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. آشفتنگی‌های مزمن خلقی اغلب به شکل خلق پایین (در دوره‌های افسردگی) یا به شکل خلق بالا در دوره‌های شیدایی (یا مانیا) دیده می‌شوند. خلق مرضی یا پاتولوژیک و آشفتنگی‌های همراه آن، نمای بالینی غالب این بیماری را تشکیل می‌دهد. گشاده رویی، خلق افسرده، کاهش یا افزایش خواب، پرش افکار و عدم تمرکز و ... از علائم آشفتنگی‌های خلقی به حساب می‌آیند. به زبان ساده بالا رفتن یا پایین آمدن خلق مشخص‌کننده آشفتنگی‌های خلقی مزمن هستند. هر شخص در زندگی خود بر اثر اتفاقات مختلف می‌تواند خلق بالا، پایین یا طبیعی را تجربه کند. در صورتی که فرد نتواند در شرایط مختلف خلق خود را مدیریت و کنترل کند، اختلالات خلقی به وجود می‌آید. نوسانات شدید و حالات غیر طبیعی و غیر عادی تجربه‌ای است که هر فردی که اختلال خلقی دارد، با آنها روبه‌رو می‌شود. درمانگران حوزه روانشناسی و مشاوره نیز از این آشفتنگی‌های خلقی مزمن در امان نیستند و طبیعتاً امکان بروز و ظهور این آشفتنگی‌ها می‌تواند در آنها نیز نمایان شود. در پژوهش حاضر نیز نمونه‌هایی که آشفتنگی‌های خلقی مزمن بالاتری از نرمال داشتند در گروه آزمایش سرزندگی، آرامش و شادکامی نمرات بالاتری نسبت به گروه کنترل داشته‌اند. در اثرگذاری این روش درمانی باید عنوان نمود که همه ما در هر لحظه از زندگی خود، حالات هیجانی و رفتاری گوناگونی را تجربه می‌کنیم که در برابر هر یک از آنها یک نوع رفتار مقابله‌ای را از خودمان برزو می‌دهیم. به زبان ساده می‌توان گفت که هر یک از ما دارای ذهنیت‌هایی هستیم که محور تفکر و

نمونه پژوهش حاضر درمانگران حوزه روانشناختی بودند؛ بنابراین در تعمیم یافته ها به سایر افراد و گروه های جامعه باید جانب احتیاط رعایت شود.

بر اساس یافته های به دست آمده از پژوهش حاضر، بر اساس فرضیه اول بهره گیری از درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی به منظور بهبودی در برخی از مولفه های آشفتگی های خلقی مزمن برای درمانگران پیشنهاد می شود. با توجه به بالا رفتن سرزندگی، آرامش و شادکامی با بهره گیری از درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی، توجه به این مولفه ها و شاخص ها در درمانگران می تواند حائز اهمیت باشد.

بر اساس یافته های به دست آمده از پژوهش حاضر، بر اساس فرضیه دوم بهره گیری از درمان ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی به منظور بهبودی در برخی از مولفه های دشواری در تنظیم هیجانی می تواند برای درمانگران در بهبود فرایند شغلی شان بسیار موثر واقع شود. ذهنیت های طرحواره ای تمثیلی، طرحواره ها یا عملکردهای طرحواره های سازگار یا ناسازگاری که توسط موقعیتها (گره های هیجانی) برانگیخته می شوند را می توان در این درمان مورد عنایت قرار داد. به ویژه این مهم در مولفه افسردگی از مولفه های دشواری در تنظیم هیجان حائز اهمیت است.

## References

1. Vakilian, Manouchehr and Karbasi, Manijeh. (2019). Preparations for advice and guidance. Tehran: Payam Noor University.
2. Khakpour, Reza and Sadiq, Mehdi. (2016). Early maladaptive schemas and job burnout symptoms in counselors. Proceedings of the 6th Congress of the Iranian Psychological Association.
3. Shamlou, Saeed. (1401). Clinical Psychology. Tehran: Rushd.
4. Jacob G.A., Arntz A. (2011). Schema therapy. Psychotherapeutic, PP: 247-258.
5. Anderson, K. N., Bautista, C. L., & Hope, D. A. (2019). Therapeutic alliance, cultural competence and minority status in premature termination of psychotherapy. American Journal of Orthopsychiatry, 89(1), 104-114.
6. Ten, M., Schutz, N., Abma, T., Bamelisa, L., Antz, A. (2016). How to train experienced therapists in a new method: A qualitative study into therapists views. Clinical psychology and psychotherapy. 10.1002. P: 78-93.
7. Norcross, J.C. & Goldfried, M.R. (2005). Handbook of Psychotherapy Integration (2nd Ed.). Oxford University Press.

بر اختلالات شخصیت و اختلالات عاطفی سازگار هستند. همچنین تلفیق عواملی مانند تمرکز بیشتر بر روی نقش تجربه های دوران کودکی در شکل گیری طرحواره های مرکزی بین فردی (ناهنشیار)، تأکید بیشتر بر رابطه درمانی، مسائل مربوط به انتقال و تلاش برای آشکارسازی محتوای ناهشیار طرحواره های مرکزی به عنوان علت آسیب زایی، به شکل گیری نسل سوم درمان های شناختی منجر شده است که در زمره درمان های نیرومندتر و مقاومتر قرار می گیرند. همچنین حسینی و همکاران (۲۳) پژوهشی تحت عنوان نقش پیش بینی کننده ذهنیت های طرحواره ای و دشواری در تنظیم هیجان در اضطراب بیماری کرونا انجام داده اند. نتایج این پژوهش حاکی از آن بود که اضطراب بیماری کرونا بر اساس ترکیب مؤلفه های دشواری در تنظیم هیجان و ذهنیت های طرحواره ای بیش بینی می شود؛ از زیر مقیاس های دشواری در تنظیم هیجان، مؤلفه های کنترل تکانه دارای ارتباط مثبت معنادار و عدم وضوح هیجانی دارای ارتباط منفی معنادار با اضطراب بیماری کرونا بودند.

در تبیین این یافته ها باید عنوان نمود که تجربه هیجان بدون تردید مهم ترین جنبه از زندگی روزانه ماست، هیجانها تمایلات موقعیت پاسخ، شامل حالت های احساسی، الگوی ادراک، پردازش اطلاعات و واکنش های فیزیولوژیکی و تعاملی هستند که در پاسخ به چالش های فیزیکی و اجتماعی ویژه رخ می دهند. توانایی تنظیم هیجانها به فرد این امکان را می دهد تا برانگیختگی ها و تجربه های هیجانی را در دو سطح شخصی و بین شخصی مدیریت و تعدیل کند. با وجود نقش مثبت و سازنده هیجانها در زندگی بشر، بعد دیگری نیز برای آنها متصور است که همان جنبه مخرب هیجانها در زندگی افراد است. اشکال در هشیاری، فهمیدن یا تنظیم هیجان ممکن است با سازگاری تداخل داشته و با دامنه گسترده ای از پیامدهای منفی همراه باشد. تنظیم هیجان اشاره دارد به توانایی فرد برای درک و قبول احساس خود و همچنین استفاده از راهبردهای مدیریت مناسب هیجانهای ناخوشایند هنگامی که لازم و مضطرب است.

الگوی دشواری در تنظیم هیجان در یک مفهوم گسترده از جمله دشواری در شناسایی و توصیف احساسات، تنظیم هیجان و رفتار استفاده می شود. دشواری در تنظیم هیجان می تواند آسیب پذیری نسبت به بسیاری از اختلالات روانی را شناسایی کند، در واقع در هر اختلال روانی مشکل در هیجان و تنظیم هیجان وجود دارد. به نظر می رسد افرادی که دشواری در تنظیم هیجان دارند، توانایی تنظیم هیجانها متفاوت خود را ندارند و با سطوح بالاتری از رفتارهای نامناسب به کاهش هیجانها می پردازند. که در این بین اثربخشی درمان ذهنیت های طرحواره ای فقط بر افسردگی معنادار بوده است.

در نهایت اینکه طرح پژوهشی مورد استفاده از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود، اجرای پیش آزمون می تواند بر روی نتایج پس آزمون اثر داشته باشد که منشأ، برای برخی عوامل تهدید کننده روایی درونی باشد. محدود بودن نمونه پژوهشی به منطقه ۳ شهر تهران تعمیم نتایج به افراد دیگر را محدود می سازد.

change in acceptance and commitment therapy for psychosis. *Behavior Therapy*.

17. Young, Geoffrey and Klosko, Janet. (2002). *Schema therapy. A practical guide for clinical professionals*. Translated by Hassan Hamidpour and Zahra Indoz, 2019. Tehran: Arjmand.

18. Mohammadi, Haniyeh; Sepehari Shamlou, Zohra and Soghari Ibrahim Abad, Mohammad Javad. (2018). The effectiveness of group emotional therapy schema on reducing psychological distress and difficulty regulating emotions in women. *Thought and behavior in clinical psychology*. 14(51), 36-27.

19. Basile, B, Tenore, K, Mancini, F. (2018). Investigating schema therapy constructs in individuals with depression. *J Psychol Clin Psychiatry*;9(2):214-221.

20. Abbasi, Forough; Moradi Manesh, Fardin; Naderi, Farah and Bakhtiarpour, Saeed. (2019). The effectiveness of schema therapy on the cognitive regulation of emotion. *medical School*. 63(2), 2454-2446.

21. Shaaban, Mandana; Continuous, Mehrangiz and Khosravi, Zahra. (2019). The effectiveness of the localized model of schema therapy on modifying therapists' schemas. *Psychological sciences*. 20(100), 520-511.

22. Hajikhaniyan, Zeinab., Ali Nazeri Astaneh, Gita Sadighi & Reza Koushkestan. (2020). The effect of schema therapy on emotion regulation, happiness, and procrastination in health center employees. *World Journal of Advanced Research and Reviews*, 05(01), 043-049.

23. Hosseini, Seyyed Ali; Kalantari, Alireza and Rafinia, Parveen. (1400). The predictive role of schema mentalities and difficulty in emotion regulation in anxiety of corona disease. 13(2), 180-169.

8. Edwards, Arthur David John. (2022). Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. *Front. Psychol*. 12:763670. doi: 10.3389/fpsyg.2021.763670

9. Simpson, S., and Smith, E. (2020). *Schema Therapy for Eating Disorders: Theory, Practice and Group-Treatment Manual*. Abingdon: Routledge.

10. Yakin, D., Grasman, R., and Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: results from a randomized controlled trial. *Behav. Res. Ther*. 126:103553. doi: 10.1016/j.brat. 2020.103553

11. Gheisari, Mehdi., The Effectiveness Of Schema Therapy Integrated With Neurological Rehabilitation On Reducing Early Maladaptive Schemas And Symptoms Of Depression In Patients With Chronic Depressive Disorder. *Health Sciences*. 10(4): 1-6.

12. Nizam Hashemi, Nizam; Baghbani, Syed Morteza; Khedevi, Gholamreza; Hashemiannejad, Farida and Ashuri, Jamal. (2015). The effectiveness of cognitive behavioral therapy and schema therapy on the happiness and mental health of nursing students. *Clinical Journal of Nursing and Midwifery*. 5(1), 12-22.

13. Dang, S., Sharma, P., & Shekhawat, L. S. (2019). Cognitive schemas among mental health professionals and other health professionals. *Indian journal of psychological medicine*, 41(3), 258.

14. Blenkiron P. (2010) *Stories and analogies in Cognitive Behavioral Therapy*, Wiley Blackwell.

15. Sohrabi, Farmarez; Darabi, legend; Truthful, Venus; Jalalund, Mohammad; Azami, Yusuf. (2015). The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between attachment styles and depression in college students. *Cultural Quarterly of Counseling and Psychotherapy*, 7(25), 110-91.

16. Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2012). Is it the symptom or the relation to it? Investigating potential mediators of