Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 20, Issue 4

Effectiveness of Analytic Schema Therapy in Reducing Depressive Symptoms and Modulating Early Emotional Needs

Davoud Ghaderi[1], **Mina Mojtabaei**[2], **Mohammad Hatami**[3]

1. PhD student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.
2. (Corresponding author)* Associate Professor, Department of Psychology, Rudehen Branch, Islamic Azad University, Rudehen, Iran.
3. Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Depression, as the most serious disease of the century, whose underlying factors play an important role in its formation and continuation, requires the design of treatments that have lasting effects. Based on this, the present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of Analytical Schema Therapy (AST) in reducing depression symptoms and modulating early emotional needs

Methods and Materials: The current research was conducted as a semi-experimental type with a pre-test-post-test design and a control group with a three-month follow-up. The statistical population of this research was selected students of Tehran in 2020. The sample size included 24 people who were selected by a targeted method from among those who volunteered for treatment and were randomly assigned to two experimental (12 people) and control (12 people) groups. AST therapeutic intervention was performed for the experimental group during thirty sessions, one session of 60 minutes per week. People in the control group did not receive treatment at this time. The questionnaires used in this research included the Beck depression questionnaire (Beck, 1961) and the early emotional needs questionnaire (Ghaderi et al, 2021). The data obtained from this research were analyzed by the method of variance analysis with repeated measurement and using SPSS 25.0 software.

Findings: The results showed that AST treatment has a significant effect on reducing depression symptoms and modulating emotional needs ($p<0.001$).

Conclusions: According to the obtained results, it can be concluded that AST treatment, with the development of techniques aimed at adjusting emotional needs, can be used as an effective intervention to reduce depression symptoms and adjust early emotional needs.

Keywords: Analytic schema therapy, depressive symptoms, early emotional needs.

Citation: Ghaderi D, Mojtabaei M, Hatami M. **Effectiveness of Analytic Schema Therapy in Reducing Depressive Symptoms and Modulating Early Emotional Needs**. Res Behav Sci 2023; 20(4): 648-659.

*** Mina Mojtabaei,**
Email: mojtabaie_in@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

اثربخشی طرح‌واره درمانی تحلیلی در کاهش علائم افسردگی و تعدیل نیازهای هیجانی اولیه

داود قادری[۱]، دکتر مینا مجتبایی[۲]، دکتر محمد حاتمی[۳]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی به‌عنوان جدی‌ترین بیماری قرن که عوامل زمینه‌ساز نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم آن دارد، نیازمند طرح درمان‌هایی است که اثرات ماندگار داشته باشند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی تحلیلی (AST) در کاهش علائم افسردگی و تعدیل نیازهای هیجانی اولیه انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه گواه با پیگیری سه‌ماهه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان منتخب تهران در سال ۱۳۹۹ بود. حجم نمونه شامل ۲۴ نفر شد که با روش هدفمند از میان افراد داوطلب درمان انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) قرار گرفتند. مداخله درمانی AST برای افراد گروه آزمایش در طی سی جلسه به‌صورت هفتگی یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد. افراد گروه گواه در این زمان از درمان بهره‌مند نشدند. پرسشنامه‌های مورداستفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک (بک، ۱۹۶۱) و پرسشنامه‌ی نیازهای هیجانی اولیه (قادری و همکاران، ۱۴۰۰) بود. داده‌های حاصل از این پژوهش به شیوه‌ی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 25.0 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان AST بر کاهش علائم افسردگی و تعدیل نیازهای هیجانی تأثیر معنادار دارد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: بنابر نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه گرفت؛ درمان AST با توسعه‌ی تکنیک‌هایی که تعدیل نیازهای هیجانی را هدف قرار می‌دهد می‌تواند به‌عنوان یک مداخله‌ی مؤثر جهت کاهش علائم افسردگی و تعدیل نیازهای هیجانی اولیه مورداستفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی تحلیلی، علائم افسردگی، نیازهای هیجانی اولیه.

ارجاع: داود قادری، مینا مجتبایی، محمد حاتمی. **اثربخشی طرح‌واره درمانی تحلیلی در کاهش علائم افسردگی و تعدیل نیازهای هیجانی اولیه** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۱؛ ۲۰(۴): ۶۴۸-۶۵۹.

* **مینا مجتبایی،**

رایانامه: mojtabaie_in@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]

[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

مقدمه

افسردگی حالت پیچیده‌ای است که در آن ارزشیابی‌های شناختی، پاسخ‌های فیزیولوژیکی و عاطفی درگیر و بسیار تضعیف‌کننده است؛ آن‌چنان‌که بر حوزه‌های چندگانه کارکرد روان–اجتماعی شامل روابط بین فردی و شغلی، کارکرد تحصیلی و بهزیستی روان‌شناختی اثر می‌گذارد (۱). این اختلال که از شایع‌ترین اختلالات با سرعت رشد بالا در غرب و شرق محسوب می‌شود (۲) را می‌توان با سرماخوردگی در مشکلات جسمانی قابل‌مقایسه دانست، چراکه در هرلحظه، ۱۵ تا ۲۰ درصد از افراد بزرگسال جامعه ممکن است نشانه‌های مختلف افسردگی را نشان دهند (۳). همچنین طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، این بیماری، مهم‌ترین عامل ناتوان‌کننده در سراسر دنیا (۴) و جدی‌ترین بیماری قرن تلقی شده است (۵). همچنین آن‌گونه که برخی متخصصان عقیده دارند، ممکن است اختلال دوقطبی حالت شدیدتر افسردگی عمده باشد (۶) که این موضوع شیوع بالا و اهمیت این اختلال در مشکلات روان را به‌وضوح نشان می‌دهد.

علاوه بر این پاسخ‌دهی به درمان در این اختلال موضوعی چالش‌برانگیز می‌باشد، به‌گونه‌ای که طبق آمارها حداقل ۱۲ درصد جمعیت کشورهای پیشرفته طی عمر خود برای معالجه علائم افسردگی شدید اقدام می‌کنند (۷)، اما ۳۲ درصد از افراد دریافت‌کننده درمان پیش از تکمیل دوره از آن انصراف می‌دهند و از میان افراد تکمیل‌کننده درمان نیز ۳۰ تا ۴۹ درصد به درمان پاسخ نمی‌دهند و بخش قابل‌توجهی از کسانی که به درمان پاسخ داده‌اند، پس از ۱۸ ماه مجدداً نشانه‌های افسردگی را تجربه می‌کنند (۸). این مقدار قابل‌توجه در عدم پاسخ‌گویی به درمان و عود مجدد و همچنین نارضایتی از درمان‌های مرسوم، یکی از دلایلی است که طرح درمان‌های نوین (۹) و انجام پژوهش‌هایی چون پژوهش حاضر را دارای ضرورت نشان می‌دهد. همچنین ازآنجاکه درمان‌های دارویی این اختلال نیز دچار محدودیت‌هایی چون بروز عوارض جانبی در برخی بیماران و گاهی محدودیت پاسخ‌دهی (۸) است، طرح درمان‌های روان‌شناختی نوین اهمیت بیشتری پیدا می‌کند.

از سویی دیگر نیازهای هیجانی اولیه به‌عنوان یکی از عوامل زمینه‌ساز مهم مطرح است که اختلال در ارضاء آن‌ها می‌تواند منجر به شکل‌گیری، اختلالات خلقی و شخصیتی شود (۱۰). این نیازها در رویکرد طرح‌واره درمانی، جهان‌شمول دانسته شده‌اند و شامل: ۱– دلبستگی ایمن به دیگران. ۲– خودگردانی، کفایت و هویت. ۳– آزادی در بیان نیازها و هیجان‌های سالم. ۴– خودانگیختگی و تفریح. ۵– محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویشتن – داری می‌باشند (۱۰). اهمیت این نیازها در پژوهش‌های مختلفی دنبال شده است، ازجمله مطالعه‌ی لیم و بارلس (۱۱) که با بررسی ۲۴۶۳ مقاله، نشان داده‌اند؛ تأثیرات بدرفتاری و ادراک فرزندپروری (که ناکامی در ارضاء نیازها را نشان می‌دهند) بر افسردگی به‌خوبی تأیید می‌شود. همچنین نیا و همکاران (۱۲) در مطالعه‌ای بر روی ۲۰۰ زن افسرده در ایران و هند، به نقش میانجی، طرح‌واره‌ی رهاشدگی/بی‌ثباتی بین سبک فرزندپروری مادری و افسردگی در ایران و طرح‌واره‌ی رهاشدگی/بی‌ثباتی و تنبیه بین سبک فرزندپروری پدری و افسردگی در هند، دست یافتند. این نتایج به‌خوبی ارتباط بین افسردگی و اختلال در تأمین نیازهای هیجانی و شکل‌گیری طرح‌واره‌ها را نشان می‌دهد؛ همچنین نیاز به درمان‌های عمیقی را نشان می‌دهد که با پرداختن به نیازها، زمینه‌ی بهبود ماندگار اختلال افسردگی را فراهم می‌کند.

وانگهی لازم به اشاره است که نیازهای روان‌شناسی، به دلایل مختلف، ازجمله: ثبات و استحکام در طول زمان؛ تأثیرات عمیق و اساسی بر رفتار و شخصیت؛ ایفای نقش تعیین‌کننده در مراحل رشد و تحول، از جانب رویکردهای مختلفی مورد اهمیت قرارگرفته‌اند (۱۳). بنابر همین نقش مهم و تأثیرگذار بوده است که در طی دهه‌ی اخیر نیازهای هیجانی توسط برخی از رویکردهای درمانی (چون طرح‌واره درمانی)، در مرکز توجه قرارگرفته است، چنان‌که این رویکردها سعی دارند به بیماران کمک کنند تا نیازهای خود را برآورده سازند (۱۴). از همین رو است که شناخت، سنجش و تعدیل نیازهای هیجانی اولیه برای رویکردهای درمانی که درصدد بهبود اختلالات خلقی و شخصیتی هستند، بسیار مهم خواهد بود؛ چراکه اهمیت به این موضوع می‌تواند محدودیت‌های موجود در اثربخشی درمان‌هایی که به عوامل زمینه‌ساز نمی‌پردازند (حداقل در مرکز توجه آن‌ها نیست) را رفع کند.

طرح‌واره درمانی یانگ رویکرد نوینی است که نیازهای هیجانی را در مرکز توجه خود قرار داده است و کوشیده تا با تعدیل نیازهای هیجانی، درمانی جامع ارائه کند، از همین رو در سال‌های اخیر موردتوجه درمانگران قرار گرفته است (۱۵)، این رویکرد نظریه‌ای با خصوصیات التقاط تئوریکی و تکنیکی است (۱۴) و کارآمدی خود را در حیطه‌های مختلف مثل اختلالات

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

شخصیت (۱۶) اختلالات بالینی (۱۷) بهبود کیفیت و رضایت از روابط زناشویی (۱۸) نشان داده است. این کارآمدی و همچنین توجه به نیازها، طرحواره درمانی یانگ را گزینه‌ای مناسب جهت توسعه رویکردهای درمانی می‌نمایاند؛ بخصوص برای طرح رویکردهایی که درصدد ایجاد عمق و اثربخشی بیشتر در درمان هستند.

اما آنچه طرحواره درمانی یانگ را علی‌رغم مزایایی که دارد، نیازمند بازنگری و تکامل نشان می‌دهد؛ شامل موارد زیر می‌شود. اول آنکه به دلیل عدم وجود ابزاری جهت سنجش نیازهای هیجانی (قبل و بعد از درمان)، نمی‌توان به‌صورت دقیق ارتباط تعدیل نیازها با نتایج درمان را مشخص نمود. دوم آنکه تکنیک‌های اختصاصی جهت تعدیل نیازها در این درمان مطرح نمی‌شود، بلکه به بازوالدینی حد و مرزدار به‌عنوان بخشی از ارتباط درمانی اکتفا می‌شود که این موضوع به‌تنهایی کافی به نظر نمی‌رسد؛ سوم آنکه قرار دادن دلبستگی ایمن در نیازها دچار اشکال است چراکه دلبستگی ایمن خود حاصل ارضاء نیازهای دیگری است که این موضوع خود بر تکنیک‌ها و راهکارهای تأمین نیازهای زیربنایی دلبستگی ایمن اثر دارد. به همین دلیل در رویکرد AST این نیازها به شش نیاز تغییر داده شد (نیاز به دلبستگی ایمن حذف و نیاز به نوازش–محبت– حمایت و نیاز به ثبات در ارتباط با والدین و محیط جایگزین شد) و در ضمن بازتعریف آن‌ها، تکنیک‌هایی در طرح درمان جهت تعدیل آن‌ها قرار داده شد. علاوه بر این، بنابر اصلاحات صورت گرفته قادری و همکاران پرسشنامه‌ی نیازهای هیجانی اولیه را ساخته و هنجاریابی نموده‌اند (۱۹).

همچنین باید اشاره کرد که رویکرد AST نوعی تجدیدنظر در مفاهیم و تکنیک‌های طرحواره درمانی یانگ است، لذا انتظار می‌رود نتایج مثبت‌تری در طرح درمان اختلالات (ازجمله افسردگی) داشته باشد؛ این انتظار ازآنجا نشأت می‌گیرد که رویکرد AST کوشیده است، با دقیق‌تر کردن مفاهیم، سنجش متناسب با آن مفاهیم و توسعه‌ی تکنیک‌های درمانی در اثرات درمان گسترش ایجاد کند و همچنین کوشیده است حیطه‌ی کامل‌تری از مشکلات را به‌گونه‌ای منعطف پوشش دهد. ازجمله اصلاحات انجام‌شده می‌توان به: سنجش دقیق نیازهای هیجانی آسیب‌دیده و تکنیک‌های متناسب با تأمین آن‌ها (۱۹)، سنجش باورهای هسته‌ای به‌عنوان بخشی از خودانگاره‌ی فرد و طرح تکنیک‌های درمانی متمرکز بر باورهای هسته‌ای، ارائه مدل تحلیلی از طرحواره‌ها (که به نظر می‌رسد منجر به بینش عمیق‌تر و دقیق‌تر خواهد شد)، ایجاد انعطاف بیشتر در به‌کارگیری مراحل درمان (جهت پیش برد قوی‌تر درمان و احتمالاً ماندگاری بیشتر افراد در درمان)، اشاره کرد. درواقع در مدل AST تصور شده است؛ با اصلاح رویکرد یانگ می‌توان به نتایج قوی‌تر و هماهنگی بیشتر در نتایج درمان دست‌یافت و همان‌گونه که اشاره شد با توجه دقیق به نیازهای هیجانی و طرحواره‌ها به درمان عمیق در اختلالات خلقی دست یافت.

درنهایت آنچه ضرورت انجام این پژوهش را نشان می‌دهد، نیاز به سنجش عینی تعدیل نیازهای هیجانی و مشخص نمودن ارتباط آن با اختلالات مختلف است، امری که در پژوهش‌های قبلی غافل مانده است و بیشتر به‌صورت نظری مطرح‌شده است؛ بنابراین پژوهش پیش رو به دنبال پاسخ به این سؤال خواهد بود که آیا با طرح دقیق تکنیک‌هایی برای تعدیل نیازهای هیجانی و ایجاد ابزاری برای سنجش آن‌ها، می‌توان به اثرات درمانی وسیع‌تر با داده‌های عینی دست‌یافت؟

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون– پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش دانشجویان منتخب تهران در سال ۱۳۹۹ بود. جهت انتخاب نمونه، ابتدا از بین ۱۴ دانشگاه آزاد تهران، بر اساس انتخاب در دسترس، ۵ دانشگاه از مناطق متفاوت و از میان دانشکده‌های آن‌ها به‌صورت تصادفی ۱۵ دانشکده مشخص شد. سپس افراد موردنیاز مطالعه از بین دانشجویانی که به دلیل وجود مشکلات خلقی، مایل به شرکت در طرح درمان AST بودند دعوت شد؛ در صورت تمایل، از طریق ایمیل یا شماره‌ای که در اختیارشان قرار داده شده بود، اعلام آمادگی کنند. افراد داوطلب پرسشنامه‌ی افسردگی بک را تکمیل نمودند؛ افرادی که در آزمون افسردگی بک نمره‌ی ۱۱ یا بیشتر (که نشان‌دهنده‌ی وجود اختلال افسردگی بود) را کسب کردند؛ مصاحبه شدند و از میان آن‌ها افرادی که بنابر شرایط ورود و عدم ورود به مطالعه متناسب دیده شدند؛ در لیست افراد منتخب قرار گرفتند؛ بنابراین نمونه‌ی این مطالعه با روش هدفمند و از میان افراد داوطلب انتخاب شد.

معیارهای در نظر گرفته شده در این پژوهش شامل موارد زیر بود. معیارهای ورود: سطح تحصیلات حداقل دیپلم، سن بین ۱۸ تا ۵۰ سال، فقدان علائم سایکوز یا دمانس، دریافت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

تشخیص ابتلا به اختلال افسردگی (توسط نمرات کسب‌شده در آزمون افسردگی بک)، عدم وجود اختلالات همراه با افسردگی، معیارهای عدم ورود: ابتلا به اختلال اختلالات نورولوژیکی یا روان‌پریشی، دریافت دارودرمانی مرتبط با مشکلات روان، عدم تمایل به شرکت در مصاحبه و سنجش، عدم تمایل به ادامه‌ی جلسات تا پایان مراحل درمان یا غیبت بیشتر از دو هفته.

بنابر آنچه شرح داده شد، حجم نمونه شامل ۲۴ نفر شد. این افراد به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. افراد گروه آزمایشی تحت درمان فردی سی جلسه‌ای طرح‌واره درمانی تحلیلی قرار گرفتند ولی افراد گروه کنترل در طی مراحل آزمایش از دریافت درمان بی‌بهره بودند و تنها پرسشنامه‌ها را در فاصله زمانی برابر با افراد تحت درمان تکمیل نمودند.

پرسشنامه افسردگی بک (Beck Depression Inventory): این پرسشنامه که شامل ۲۱ سؤال ۴ گزینه‌ای است و از صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود، برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک ساخته شد. بک و همکاران ضریب همسانی درونی بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و قابلیت اعتماد بازآزمایی در فاصله‌ی یک‌هفته‌ای را ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. قاسم‌زاده و همکاران (۲۰) آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای همسانی درونی، ضریب همبستگی ۰/۷۴ را برای قابلیت اعتماد بازآزمایی و ضریب همبستگی ۰/۷۷ با پرسشنامه افکار خودآیند منفی را برای درستی این مقیاس گزارش دادند.

پرسشنامه‌ی نیازهای هیجانی اولیه (Early emotional needs scale): این پرسشنامه یک ابزار خود-گزارش‌دهی، دارای ۳۰ گزاره و شامل شش نیاز می‌باشد که در طی یک مطالعه‌ی کمی-کیفی ساخته و مراحل هنجاریابی آن با سنجش ۴۷۰ دانشجو انجام شد. در این آزمون، فرد بر اساس توصیف هر جمله، خود را در یک مقیاس لیکرت شش‌درجه‌ای موردسنجش قرار می‌دهد. درجه‌بندی پاسخ‌ها که از اندکی مخالف تا بسیار موافق را شامل می‌شود، نمره ۰ تا ۶ دریافت می‌کنند (حداقل امتیاز کل ۰ و حداکثر امتیاز کل ۱۸۰). اعتباریابی این پرسشنامه توسط قادری و همکاران (۱۹) انجام شد که نتایج نشان داد شاخص‌های برازش حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش مدل با داده‌ها حمایت می‌کند (χ^2/df=۲/۹۹، CFI =۰/۹۳، GFI =۰/۹۱، AGFI =۰/۸۵ و RMSEA =۰/۰۷۳). همچنین ضریب آلفای کرونباخ همه نیازهای اولیه بزرگتر از ۰/۷ است؛ علاوه بر آن نیازهای هیجانی اولیه به‌صورت مثبت و در سطح معناداری ۰/۰۱ با حوزه‌های پنج‌گانه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ همبسته بودند.

روند اجرای پژوهش. جهت انجام این پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولین دانشگاهی انجام گرفت و پس از کسب مجوزهای لازم، ارتباط با دانشجویان برقرار گردید. ازآنجاکه این پژوهش در دوران کرونا و شرایط غیرحضوری دانشگاه‌ها انجام شد، ارتباط با دانشجویان از طریق کلاس‌ها و گروه‌های مجازی برقرار گشت. از میان دانشجویان دانشکده‌های مختلف، افراد داوطلب مشخص شدند و آن‌گونه که پیش‌تر شرح داده شد؛ با اجرای آزمون افسردگی بک و مصاحبه، افراد واجد شرایط شرکت در پژوهش انتخاب شدند. سپس، کسب رضایت کتبی جهت شرکت در مراحل درمان و سنجش و استفاده از داده‌های آن‌ها صورت پذیرفت. در ادامه شرکت‌کنندگان با گمارش تصادفی در دو گروه کنترل (۱۲ نفر) و آزمایش (۱۲ نفر) قرار گرفتند. تمامی شرکت‌کنندگان آزمون نیازهای هیجانی اولیه را نیز تکمیل نمودند. مداخله درمانی AST برای افراد گروه آزمایش در طی سی جلسه به‌صورت هفتگی یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد. افراد گروه گواه در این زمان از درمان بهره-مند نشدند. جهت رعایت موازین اخلاقی به افراد گروه گواه امکان بهره‌مندی از جلسات درمانی پس از پایان پژوهش داده شد. علاوه بر این پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.TMU.REC.1398.198 در دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد تهران ثبت‌شده است.

طرح‌واره درمانی تحلیلی (Analytical Schema Therapy): این رویکرد درمانی توسط محققین این مطالعه و بر اساس بازنگری و ایجاد تغییراتی در مدل نظری و تکنیک‌های درمانی طرح‌واره درمانی یانگ طرح‌ریزی شد و کوشیده شد با انجام این پژوهش و پژوهش‌های مکمل دیگر، میزان اثربخشی و مکانیسم‌های اثر آن مشخص شود. این درمان که تکنیک‌های شناختی هیجانی و رفتاری را با تناوب بیشتری اجرا می‌کند، با گسترش تکنیک‌ها و سنجش‌ها به نیازهای هیجانی و باورهای هسته‌ای نسبت به طرح‌واره درمانی یانگ گستره‌ی بیشتری را مدنظر قرار داده است. خلاصه جلسات درمان AST به شرح زیر بود: **جلسه اول:** برقراری ارتباط اولیه و آشنایی، تمرکز بر مصاحبه (شامل بررسی تاریخچه رشدی، علائم بالینی، سبک فرزندپروری، الگوهای تکرارشونده در روابط)؛ تکلیف: اجرای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

آزمون‌های: طرحواره‌های ناسازگار، باورهای هسته‌ای، نیازهای هیجانی اولیه. **جلسه دوم:** ادامه مصاحبه، بررسی نتایج آزمون‌ها و دقیق نمودن گزاره‌های مورد تأیید؛ تکلیف: تعریف اصطلاحات برگرفته از آزمون باور هسته‌ای. **جلسه سوم:** چالش شناختی با باور هسته‌ای (تکنیک‌ها: ترسیم مقیاس، بررسی انحرافات شناختی، بررسی هماهنگی شناختی با باور هسته‌ای)؛ تکلیف: ثبت شواهد تأییدکننده‌ی باور هسته‌ای ناسازگار. **جلسه چهارم:** بررسی شواهد تأییدکننده‌ی باور هسته‌ای ناسازگار (تکنیک‌ها: تغییر اسنادها، توجه به انحرافات شناختی)؛ تکلیف: ثبت شواهد رد کننده‌ی باور هسته‌ای ناسازگار. **جلسه پنجم:** بررسی شواهد رد کننده‌ی باور هسته‌ای. **جلسه ششم تا هشتم:** بررسی نتایج مقابله‌های شناختی و تصویر-سازی ذهنی متناسب با احساس‌های مرتبط با باورهای هسته‌ای. **جلسه نهم:** بررسی دفاع‌های مرتبط با باور هسته‌ای، فرمول‌بندی دفاع‌ها، تشکیل کارت آموزشی؛ تکلیف: تحلیل سود و زیان دفاع‌های باور هسته‌ای. **جلسه دهم تا پانزدهم:** بررسی تحلیل سود و زیان دفاع‌ها و تکمیل آن‌ها، بررسی جایگزین مناسب آن‌ها و تهیه کارت آموزشی، طرح دقیق تمرین‌های رفتاری جهت شکستن دفاع‌های باورهای هسته‌ای. **جلسه شانزدهم و هفدهم:** بررسی طرحوارهای غیر دفاعی، تلاش جهت درک و بینش به آن‌ها؛ توجه به نیازهای زیر بنایی آسیب‌دیده و بررسی شواهد تأییدکننده و رد کننده آن‌ها. **جلسه هجدهم:** جمع‌بندی مرحله‌ی شناختی و تهیه‌ی کارت آموزشی شامل: فرمول‌بندی باور هسته‌ای، دفاع‌ها، فرمول‌بندی طرحواره‌های غیردفاعی -دفاعی، باورهای جایگزین برای زیربناهای شناختی دفاع‌ها، بررسی و تحلیل چند موقعیت نزدیک و تمرین برای پاسخ‌های شناختی سالم. **جلسه نوزدهم تا بیست و دوم:** تصویرسازی ذهنی متناسب با احساس‌های مرتبط با طرحواره‌های غیردفاعی، ایجاد تغییر در تصاویر (تخلیه فشار هیجانی، ترمیم آسیب کودک، اصلاح والد یا جایگزین وی یا شخص آسیب‌زا). **جلسه بیست و سوم و بیست و چهارم:** تصویرسازی ذهنی متناسب با احساس‌های مرتبط با طرحواره‌های دفاعی، ایجاد تغییر در تصاویر ذهنی. **جلسه بیست و پنجم:** گفتگو با والد، انتقال ذهنیت‌ها، ایجاد درک از آسیب‌ها و تلاش‌های ناکارآمد والد (افراد مهم زندگی). **جلسه بیست و ششم تا بیست و هشتم:** بررسی نیازهای هیجانی آسیب‌دیده؛ بررسی الگوهای تداوم‌بخش آن‌ها؛ برنامه-ریزی رفتاری منظم برای بهبود ارضاء آن‌ها. **جلسه بیست و هشتم تا سی‌ام:** تمرین‌های رفتاری منظم جهت الگو شکنی مرتبط با دفاع‌های فرد، گسترش مهارت‌های ارتباطی و مهارت-های فردی.

با پایان یافتن مراحل درمان، پرسشنامه‌ها در هر دو گروه آزمایش و کنترل تکمیل گردید؛ همچنین پس از مدت سه ماه در مرحله پیگیری، اجرای پرسشنامه‌ها تکرار شدند. درنهایت داده‌های به‌دست‌آمده به شیوه‌ی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و با استفاده از نرم‌افزار SPSS 25.0 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۱۲ شرکت‌کننده (۸ زن و ۴ مرد) در گروه آزمایش و ۱۲ شرکت‌کننده (۹ زن و ۳ مرد) در گروه کنترل حضور داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب برابر با ۲۶/۲۵ و ۵/۰۵ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۲۶/۹۲ و ۴/۵۸ سال بود. میزان تحصیلات ۷ نفر از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش لیسانس، ۳ نفر فوق‌لیسانس و ۲ نفر دکتری بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۵ نفر از شرکت‌کنندگان لیسانس، ۵ نفر فوق‌لیسانس و ۲ نفر دکتری بود. جدول ۱ میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌ها و نمره کل نیازهای هیجانی و افسردگی را در شرکت-کنندگان گروه‌های پژوهش، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۱. میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌ها و نمره کل نیازهای هیجانی و افسردگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
نیازهای هیجانی –نوازش	گروه آزمایش	۲۱/۵۸ (۵/۲۳)	۱۲/۶۷ (۳/۲۶)	۱۳/۷۵ (۳/۳۹)
	گروه کنترل	۲۰/۲۵ (۴/۸۳)	۲۰/۹۱ (۴/۴۵)	۲۱/۱۷ (۴/۵۵)
نیازهای هیجانی– محدودیت‌های واقع‌بینانه	گروه آزمایش	۱۸/۵۸ (۵/۰۰)	۱۰/۵۸ (۲/۶۰)	۱۰/۰۸ (۲/۸۴)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

جدول ۱. میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه‌ها و نمره کل نیازهای هیجانی و افسردگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	گروه کنترل	۱۸/۰۸ (۴/۶۰)	۱۷/۶۷ (۴/۸۶)	۱۷/۶۱ (۳/۹۸)
نیازهای هیجانی – ابراز هیجانات سالم	گروه آزمایش	۲۱/۱۷ (۴/۷۶)	۱۳/۸۳ (۲/۹۸)	۱۲/۵۸ (۲/۹۱)
	گروه کنترل	۱۹/۸۳ (۳/۹۰)	۲۰/۶۷ (۳/۸۲)	۲۰/۲۵ (۴/۰۹)
نیازهای هیجانی – خودانگیختگی	گروه آزمایش	۱۸/۴۲ (۴/۴۸)	۱۱/۳۳ (۲/۶۷)	۱۱/۸۶ (۲/۳۲)
	گروه کنترل	۱۷/۷۵ (۳/۷۴)	۱۶/۸۳ (۳/۰۴)	۱۶/۷۵ (۲/۶۳)
نیازهای هیجانی – خودگردانی	گروه آزمایش	۲۰/۴۲ (۴/۷۸)	۱۴/۰۰ (۲/۹۵)	۱۳/۸۳ (۲/۶۵)
	گروه کنترل	۱۸/۸۵ (۴/۵۳)	۱۹/۶۶ (۳/۶۸)	۱۹/۰۸ (۳/۴۵)
نیازهای هیجانی – ثبات	گروه آزمایش	۱۶/۸۳ (۴/۰۸)	۱۰/۹۲ (۳/۰۰)	۱۱/۵۸ (۳/۳۷)
	گروه کنترل	۱۶/۵۰ (۳/۸۲)	۱۶/۹۲ (۳/۸۰)	۱۶/۰۰ (۴/۱۸)
نمره کل نیازهای هیجانی	گروه آزمایش	۱۱۷/۰۰ (۱۴/۶۲)	۷۳/۳۴ (۱۰/۶۰)	۷۳/۶۷ (۸/۸۱)
	گروه کنترل	۱۱۱/۲۵ (۱۳/۳۲)	۱۱۲/۶۷ (۱۱/۴۹)	۱۱۰/۹۲ (۱۱/۸۹)
افسردگی	گروه آزمایش	۲۵/۸۳ (۸/۰۰)	۸/۲۵ (۳/۴۷)	۸/۸۳ (۳/۷۴)
	گروه کنترل	۲۶/۰۸ (۵/۰۷)	۲۵/۱۷ (۵/۲۵)	۲۴/۹۰ (۵/۵۸)

جدول ۱ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، میانگین نمرات اغلب مؤلفه‌های نیازهای هیجانی به همراه افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش‌یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد.

در این پژوهش مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها با ارزیابی مقادیر شاپیرو – ویلک مؤلفه‌های نیازهای هیجانی و افسردگی بررسی شد. با توجه به این‌که مقادیر شاپیرو- ویلک هیچ‌یک از متغیرهای وابسته معنادار نبود، بنابراین چنین نتیجه‌گیری شد که مفروضه مزبور در بین داده‌ها برقرار است. همگنی واریانس‌های خطا دیگر مفروضه تحلیل واریانس آمیخته بود که با استفاده از آزمون لون بررسی و نتایج نشان داد تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ‌یک از مؤلفه‌های نیازهای هیجانی و افسردگی در گروه‌ها و در سه مرحله اجرا معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌ها برقرار است. مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام.باکس بررسی شد و نتایج نشان داد؛ ارزش شاخص آماره ام.باکس برای هیچ‌یک از مؤلفه‌های نیازهای هیجانی و افسردگی معنادار نیست؛ بنابراین می‌توان گفت مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای متغیرهای وابسته در بین داده‌ها برقرار بود. درنهایت مفروضه کرویت با استفاده از آزمون موچلی بررسی و نتایج نشان داد ارزش مجذور کای حاصل از آزمون موچلی برای مؤلفه نوازش (p=۰/۰۲۵) نیازهای هیجانی معنادار است. این یافته نشان می‌دهد مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن با استفاده از روش گیسر- گرینهوس اصلاح شد. جدول ۱ نتایج تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر اجرای طرح‌واره درمانی تحلیلی بر نیازهای هیجانی و افسردگی را نشان می‌دهد.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیر مستقل بر سطوح متغیرهای وابسته

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	P	η^2	توان آزمون
نیازهای هیجانی –نوازش	۰/۵۳۲	۹/۲۴	۲۱ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۸	۰/۹۷۶
نیازهای هیجانی– محدودیت‌های واقع‌بینانه	۰/۶۴۲	۸/۸۴	۲۱ و ۲	۰/۰۱۰	۰/۳۵۸	۰/۸۳۹
نیازهای هیجانی – ابراز هیجانات سالم	۰/۶۱۷	۶/۵۲	۲۱ و ۲	۰/۰۰۶	۰/۳۸۳	۰/۸۸۱
نیازهای هیجانی – خودانگیختگی	۰/۷۰۶	۴/۳۸	۲۱ و ۲	۰/۰۲۵	۰/۲۹۴	۰/۸۱۲
نیازهای هیجانی – خودگردانی	۰/۵۷۹	۷/۶۲	۲۱ و ۲	۰/۰۰۳	۰/۴۲۱	۰/۹۴۱
نیازهای هیجانی – ثبات	۰/۶۵۵	۵/۵۴	۲۱ و ۲	۰/۰۱۲	۰/۳۴۵	۰/۸۲۶
افسردگی	۰/۳۱۵	۲۲/۸۵	۲۱ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸۵	۱/۰۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

جدول ۲ نشان می‌دهد کـه اثـر اجـرای متغیـر مسـتقل بـر مؤلفه‌های نوازش، محـدودیت‌هـای واقع‌بینانـه، ابـراز هیجانـات سالم، خودانگیختگی، خودگردانی و ثبات نیازهـای هیجـانی بـه همراه افسردگی معنادار است. در ادامـه جـدول ۲ نتـایج تحلیـل واریانس آمیخته در تبیین اثر اجرای طرح‌واره درمانی تحلیلی بـر نیازهای هیجانی و افسردگی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس آمیخته در تبیین اثر متغیر مستقل بر نیازهای هیجانی و افسردگی

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	η^2
نیازهای هیجانی –نوازش	اثر گروه	۴۱۰/۸۹	۷۴۶/۲۲	۱۲/۱۱	۰/۰۰۲	۰/۳۵۵
	اثر زمان	۱۴۳/۵۲	۲۹۰/۲۹	۱۰/۸۸	۰/۰۰۳	۰/۳۳۳
	اثر تعاملی گروه× زمان	۳۳۸/۱۹	۴۹۸/۴۴	۱۴/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰۴
نیازهای هیجانی– محدودیت‌های واقع‌بینانه	اثر گروه	۴۰۱/۳۹	۲۵۲/۴۱	۳۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
	اثر زمان	۲۳۸/۵۲	۴۵۷/۹۶	۱۱/۴۶	۰/۰۰۳	۰/۳۴۲
	اثر تعاملی گروه× زمان	۲۴۶/۱۹	۸۵۲/۶۱	۶/۳۵	۰/۰۰۴	۰/۲۲۴
نیازهای هیجانی – ابراز هیجانات سالم	اثر گروه	۳۴۶/۷۲	۲۲۵/۰۶	۳۳/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۰۶
	اثر زمان	۲۰۰/۰۸	۴۱۳/۹۲	۱۰/۶۴	۰/۰۰۴	۰/۳۲۶
	اثر تعاملی گروه× زمان	۲۹۶/۷۸	۷۲۷/۷۵	۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹۰
نیازهای هیجانی – خودانگیختگی	اثر گروه	۱۹۰/۱۳	۱۵۹/۱۹	۲۶/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۵۴۴
	اثر زمان	۱۷۲/۵۲	۳۴۹/۴۶	۱۰/۸۶	۰/۰۰۳	۰/۳۳۱
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۳۹/۰۸	۵۳۲/۲۲	۵/۷۵	۰/۰۰۶	۰/۲۰۷
نیازهای هیجانی – خودگردانی	اثر گروه	۱۷۴/۲۲	۴۱۹/۰۶	۹/۱۵	۰/۰۰۶	۰/۲۹۴
	اثر زمان	۱۲۰/۳۳	۳۱۲/۵۸	۸/۴۷	۰/۰۰۸	۰/۲۷۸
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۹۸/۸۶	۵۰۶/۷۸	۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲
نیازهای هیجانی – ثبات	اثر گروه	۲۰۳/۳۵	۴۳۲/۵۳	۱۰/۳۴	۰/۰۰۴	۰/۳۲۰
	اثر زمان	۹۹/۱۹	۲۸۸/۶۳	۷/۵۶	۰/۰۱۲	۰/۲۵۶
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۳۰/۳۶	۴۸۶/۸۹	۵/۸۹	۰/۰۰۵	۰/۲۱۱
افسردگی	اثر گروه	۲۲۰۰/۰۵	۱۳۴۹/۹۴	۳۵/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۰
	اثر زمان	۹۹۹/۲۰	۳۶۱/۱۳	۶۰/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳۵
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۰۵۳/۳۶	۵۷۱/۸۹	۴۰/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۸

جدول ۳ نشان می‌دهد که علاوه بر اثر گروه و اثر زمان، اثر تعاملی گروه×زمان بـرای مؤلفـه‌های نـوازش، محـدودیت‌هـای واقع‌بینانه، ابراز هیجانـات سـالم، خـودانگیختگی، خـودگردانی و ثبات نیازهای هیجانی و افسردگی معنـادار اسـت. ایـن یافتـه‌ها بیانگر آن است که اجرای متغیـر مسـتقل، مؤلفـه‌های نیازهـای هیجانی و افسردگی را به‌صورت معنـادار تحـت تـأثیر قـرار داده است. جدول ۴ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به مؤلفـه‌ها و نیازهای هیجانی و افسردگی در دو گروه و در سه مرحله اجـرا را نشان می‌دهد.

جدول ٤. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر نیازهای هیجانی و افسردگی

متغیر	زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
نیازهای هیجانی –نوازش	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۹۲	۱/۳۲	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۷/۸۳	۱/۲۵	۰/۰۱۰
	پس‌آزمون	پیگیری	−۱/۰۸	۰/۷۴	۰/۵۱۹
نیازهای هیجانی– محدودیت‌های واقع‌بینانه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۰۰	۱/۷۴	۰/۰۰۲
	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۵۰	۱/۷۳	۰/۰۰۱

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

جدول ٤. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر نیازهای هیجانی و افسردگی

متغیر	زمان‌ها		تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۰	۱/۱۷	۱/۰۰
نیازهای هیجانی – هیجانات سالم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۳۳	۱/۷۳	۰/۰۰۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	۸/۵۸	۱/۸۵	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۱/۲۵	۱/۴۲	۱/۰۰
نیازهای هیجانی – خودانگیختگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۷/۰۸	۱/۳۹	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۵۸	۱/۵۳	۰/۰۰۴
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۵۰	۱/۱۴	۱/۰۰
نیازهای هیجانی – خودگردانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۶/۴۲	۱/۲۰	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۶/۵۸	۱/۶۰	۰/۰۰۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۷	۱/۲۵	۱/۰۰
نیازهای هیجانی – ثبات	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۹۲	۱/۳۸	۰/۰۰۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۲۵	۱/۴۷	۰/۰۱۳
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۶۷	۰/۱۱	۱/۰۰
افسردگی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۷/۵۸	۱/۶۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۱۷/۰۰	۱/۷۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	−۰/۵۸	۱/۶۵	۱/۰۰

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین نمرات مؤلفه‌های نیازهای هیجانی به همراه افسردگی در مراحل پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون – پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون – پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های نیازهای هیجانی به همراه افسردگی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل به لحاظ آماری معنادار است. به‌طوری‌که اجرای طرح‌واره درمانی تحلیلی باعث شده تا میانگین مؤلفه‌های نیازهای هیجانی و افسردگی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون کاهش یابد. همسو با نتایج مربوط به اثرات گروه در آزمون بن فرونی، روند تغییر میانگین نمرات مؤلفه‌ها و نمرات کل نیازهای هیجانی و افسردگی در جدول ۱ نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از اجرای طرح‌واره درمانی تحلیلی بر متغیرهای وابسته بعد از اتمام دوره آموزش پابرجا مانده است. بر این اساس می‌توان گفت طرح‌واره درمانی تحلیلی، نیازهای هیجانی و افسردگی را در شرکت‌کنندگان کاهش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش پیشرو با هدف بررسی میزان اثربخشی طرح‌واره درمانی تحلیلی در کاهش علائم افسردگی و تعدیل نیازهای هیجانی اولیه انجام شد و نتایج به‌دست‌آمده نشان داد این درمان به‌گونه‌ای معنادار در کاهش علائم افسردگی و تعدیل نیازهای هیجانی بیماران مؤثر بوده است.

در تبیین این نتایج می‌توان به وجود عناصر مهم درمانی رویکردهای مختلف و تأثیر آن‌ها در بهبود علائم افسردگی در رویکرد AST اشاره کرد. ازجمله این عناصر: تجربه‌ی هیجانی اصلاحی، برانگیختن صدای مهربان درونی، اصلاح باورهای ناسازگارانه و رفتارهای خود تخریبگرانه و توجه به دلبستگی‌های اولیه است. از همین روی، نتایج به‌دست‌آمده را می‌توان با نتایج به‌دست‌آمده از اثربخشی روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت (۲۱ و ۲۲)؛ درمان متمرکز بر شفقت (۲۳)؛ درمان شناختی-رفتاری (۲۴ و ۲۵) و طرح‌واره درمانی یانگ (۱۷ و ۲۶) بر درمان افسردگی همسو دانست.

از سویی دیگر این نتایج با یافته‌های لیم و بارلس (۱۱) و همچنین یافته‌های نیا و همکاران (۱۲) که تأثیر آسیب‌های ناشی از بدرفتاری در کودکی و سبک‌های فرزند پروری ناسالم را در ابتلا به افسردگی نشان داده‌اند، همخوان است، چراکه انتظار می‌رود درمان‌های متمرکز بر طرح‌واره‌ها و آسیب‌های زمینه‌ای بتواند در بهبود علائم افسردگی مؤثر باشد، از همین رو، تعدیل

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

نیازهای هیجانی بیماران تحت درمان این پژوهش را نیز می‌توان مؤید این موضوع دانست.

علاوه براین، یکی از عوامل شناخته‌شده در بهبود افسردگی، تنظیم پردازش هیجانات است. در درمان AST نیز فرض بر تعدیل و تنظیم هیجانات به دلیل پرداختن به تکنیک‌های تجربی و همچنین تحلیل دفاع‌ها و تلاش برای غلبه بر طرحواره‌ها (که در نقش دفاع‌های دیرینه و پایدار عمل می‌کنند) می‌باشد. همسو با این تبیین می‌توان به یافته‌های روان‌پریشی کوتاه‌مدت در این زمینه اشاره کرد، مانند یافته‌های گرینبرگ (۲۷) که شکستن دفاع‌ها را باعث افزایش سرعت پردازش شناختی و افزایش پتانسیل فعالیت لوب پیشانی در مغز می‌داند. همچنین یافته‌های آجیل چی و همکاران (۲۸) که کاهش فعالیت آمیگدال و افزایش فعالیت لوب پیشانی را ثبت کرده‌اند و در کاهش نشانگان افسردگی مؤثر یافته‌اند. همچنین تحقیقات مختلفی در این زمینه مهارت‌های تنظیم هیجان، استفاده از تکنیک‌های تخلیه هیجان و شکستن دفاع‌ها را عامل مهمی در بهبود افسردگی یافته‌اند مانند: موریس، مسترص، و پیرک و ده کوک (۲۹)؛ بایر و لوماس (۳۰)؛ عباس، تون و دریسن (۲۱).

همچنین عامل مؤثر دیگر در بهبود افسردگی فعال‌سازی انگیزش‌ها و قابلیت‌های شفقت ورزی است که زیربنای رفتارهای دلبستگی، نوع‌دوستی و مهرورزی محسوب می‌شود. در درمان AST به‌کارگیری روش‌های بازوالدینی حد و مرزدار در روش ارتباطی و استفاده از انواع تکنیک‌هایی که منجر به مقابله با سرزنش خود، خودتخریبی و دفاع از فرد در برابر فشارهای درونی و بیرونی است، به‌خوبی این مکانیسم را فعال می‌کند، به همین دلیل انتظار می‌رود این مکانیسم نیز، در بهبود افسردگی فرد مؤثر واقع شود. در این راستا می‌توان نتایج را همسو با یافته‌های کولس، راندله ـ فیلیپس و مدلی (۳۱)؛ نیستروم (۳۲)؛ برجعلی، رحمانی، کریمی و زینالی (۳۳) دانست. همچنین یافته‌های کیزن بلو و همکاران (۳۴) که درمان طرحواره درمانی را از درمان TEP در درمان بیماران مرزی موفق‌تر یافتند و دلیل اصلی آن را درونی کردن تسکین بخشی از سوی فرد دیگر در ST دانستند (درحالی‌که TEP و بیشتر رویکردهای دیگر بر خودتسکین بخشی از سوی خود بیمار تأکید دارند) را می‌توان همسو با این نتایج دانست.

درنهایت بایستی اشاره کرد که درمان AST به دلیل به‌کارگیری متنوع تکنیک‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و همچنین حفظ رابطه‌ی درمانی بلندمدت بر روی مشکلات منش شناختی نیز مؤثر واقع می‌شود؛ چراکه بسیاری از مشکلات منش شناختی را می‌توان حاصل شدت یافتن استفاده از دفاع‌ها و آسیب‌های بنیادی فرد دانست و همان‌گونه که مولدر، جویس و فرامپون (۲۴) دریافتند، روان‌درمانی‌هایی که بر بهبود افسردگی مؤثر بوده‌اند، توانسته‌اند اختلال شخصیت افراد را نیز بهبود دهند. همچنین ازآنجاکه در رویکرد AST ابزار سنجش نیازهای هیجانی و تکنیک‌های مرتبط به تعدیل آن‌ها به‌صورت دقیق مشخص‌شده است؛ نتایج می‌تواند ارتباط بین تعدیل نیازها و کاهش علائم افسردگی را به طرز روشنی نشان دهد.

تقدیر و تشکر

لازم است از تمامی دانشجویان عزیزی که در مراحل سنجش و درمان همکاری داشتند مراتب تشکر و قدردانی را داشته باشم. همچنین از اساتید گرامی که راهنمایی و همکاری گرانقدرشان در تدوین مطالب یاری‌رسان بود، سپاسگزارم.

References

1. McGinn LK, Cukor D, Sanderson WC. The Relationship Between Parenting Style, Cognitive Style, and Anxiety and Depression: Does Increased Early Adversity Influence Symptom Severity Through the Mediating Role of Cognitive Style? Cognitive Therapy and Research. 2005; 29: 219 - 242.
2. Litcxher G, Cheng G, Wang L, Cheng W, Su H, Niu Q, et al. Biomedical tele-acupuncture between China and Austria using heart rate variability-part 2: patients with depression. Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine. 2012; 5.
3. Kennedy JE, Lu LH, Reid MW, Leal FO, Cooper DB. Correlates of depression in US Military service members with a history of mild traumatic brain injury. Military medicine. 2019; 184(Supplement_1): 148-154.
4. Roshni F, Nejati V, Fathabadi J. Investigating the effectiveness of correcting the interpretation bias, improving and reducing the behavioral and cognitive symptoms of patients with depression. Scientific Research Quarterly of Psychological Sciences. 2019; 19(85): 1-10. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

5. Hatch DJ, Potter GG, Martus P, Rose U, Freude G. Lagged versus concurrent changes between burnout and depression symptoms and unique contributions from job demands and job resources. Journal of Occupational Health Psychology. 2019; 24(6): 617-628.
6. Sadok B, Sadok, Royer J. Kaplan and Sadok's summary of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry, translated by Farzin Rezaei, Tehran: Arjmand. 2014. [In Persian].
7. Belsher BE, Jaycox LH, Freed MC, Evatt DP, Liu X, Novak LA, Zatzick D, Bray RM, Engel CC. Mental health utilization patterns during a stepped, collaborative care effectiveness trial for PTSD and depression in the military health system. Medical Care. 2016 Jul 1;54(7):706-13.
8. Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM, Rodgers B. Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression. Medical Journal of Australia. 2002; 176(10): 84-84.
9. Unützer J, Klap R, Sturm R, Young AS, Marmon T, Shatkin J, Wells KB. Mental disorders and the use of alternative medicine: results from a national survey. American Journal of Psychiatry. 2000 Nov 1;157(11):1851-7.
10. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford. 2003: 436p.
11. Lim CR, Barlas J. The effects of Toxic Early Childhood Experiences on Depression according to Young Schema Model: A Scoping Review Journal of Affective Disorders. 2019; 246: 1–13.
12. Nia MK, Sovani A, Forooshani GRS. Exploring correlation between perceived parenting styles, early maladaptive schemas, and depression among women with depressive symptoms in Iran and india-role of early maladaptive schemas as media- tors and moderatos. Iran. Red Crescent Med. J. 2014; 16 (12).
13. Basharat MA, Ranjbarkelagari E. The basic psychological needs satisfaction scale: reliability, validity and factor analysis. Educational Measurement Quarterly, No. 2012; 14. [In Persian].
14. Van Vreeswijk M, Broersen J, Nadort M. The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice: John Wiley & Sons. 2012: 680p.
15. Rafaeli E, Bernstein DP, Young J. Schema therapy: Distinctive features. London, Routledge. 2011:184p
16. Tan YM, Lee CW, Averbeck LE, Brand-de Wilde O, Farrell J, Fassbinder E, et al. Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. PloS one. 2018; 13(11): e0206039.
17. Ghaderi D, Maroufi M, Ebrahimi A. The effectiveness of schema therapy on reducing symptoms and modulating primary maladaptive schemas of patients with bipolar disorder type I and II. Behavioral science research. 2014a; 13(3): 408-400. [in Persian]
18. Khatamsaz B, Forouzandeh E, Ghaderi, D. Effectiveness of schema therapy on marital satisfaction and marital relationship quality in married women. International Journal of Educational and Psychological Researches. 2016; 3(1): 11.
19. Ghaderi D, Mojtabai M, Hatami, M. Construction and validation of the early emotional needs scale based on Yang's schema therapy theory. Applied Psychology Quarterly. 1400; 1(16): 93-122. [In Persian].
20. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-IIPERSIAN. Depression and anxiety. 2005; 21(4): 185-192.
21. Abbass A, Town J, Driessen E. Intensive short-term dynamic psychotherapy: a systematic review and meta-analysis of outcome research. Harvard review of psychiatry. 2012; 20(2): 97-108.
22. Roth A, Fonagy P. What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New critical review of psychotherapy research. New York: Guilford press. 2006: 661 P.
23. Chou CY, Tsoh JY, Shumway M, Smith LC, Chan J, et al. Treating hoarding disorder with compassion-focused therapy: A pilot study examining treatment feasibility, acceptability, and exploring treatment effects. British Journal of Clinical Psychology. 2020; 59(1): 1-21.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]

24. Mulder RT, Joyce P, Frampton C. Personality disorders improve in patients treated for major depression. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2010; 122(3): 219-225.
25. Taylor CDJ, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice. 2017; 90: 456–479.
26. Ghaderi D, Maroufi M, Ebrahimi A. Comparing the effectiveness of schema therapy with cognitive-behavioural therapy on improving quality of life and modifying dysfunctional attitudes in patients with bipolar disorder type I and II in Isfahan. RECHT & PSYCHIATRIE. 2016; 724(2247): 410-420.
27. Greenberg LS. Emotion–focused therapy. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2004; 11(1): 3-16.
28. Ajilchi B, Ahadi H, Najati V, Delavar A. The effectiveness of intensive short term dynamic psychotherapy in decrease of depression level. European Journal of Experimental Biology. 2013; 3(2): 342-346.
29. Muris P, Meesters C, Pierik A, deKock B. Good for the self: Self-compassion and other self-related constructs in relation to symptoms of anxiety and depression in non-clinical youths. Journal of child and family studies. 2016; 25(2): 607-617.
30. Bayir A, Lomas T. Difficulties generating self-compassion: An interpretative phenomenological analysis. The Journal of Happiness & Well-Being. 2016; 4(1):15-33.
31. Cowles M, Randle-Phillips C, Medley A. Compassion-focused therapy for trauma in people with intellectual disabilities: A conceptual review. Journal ofIntellectual Disabilities. 2018;1744629518773843.
32. Nyström, M. Affect school, Virya yoga, and compassion-focused therapy: A pilot study of an integrative group treatment, depression and anxiety. Journal of Sport & Exercise Psychology (JSEP). 2018; 40: S110S111.
33. Borjali M, Rahmani S, Karimi A, Zeinali M. Comparing the effectiveness of self-compassion-focused therapy and metacognitive therapy on depressive symptoms and difficulty in emotion regulation in armed forces employees with depression. Scientific Journal of Military Psychology. 2019; 11: 44.
34. Giesen-Bloo J, Van Dyck R, Spinhoven P, Willem T, Garmen D, et al. Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference focused psychotherapy. Archives of General Psychiatry. 2006; 63: 649-658.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1401.20.4.7.7]
[DOI: 10.52547/rbs.20.4.7]