مقایسه اثربخشی درمان شناختی– رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش افسردگی بیماران شهر تهران واجد تشخیص کمردرد مزمن

مهدیه یوسف‌زاده[۱]، حمید طاهر نشاط‌دوست[۲]، هوشنگ طالبی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: افسردگی از رایج‌ترین اختلالات همراه با دردهای مزمنی همچون کمردرد است که باعث محدودیت‌هایی در اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری در این افراد می‌شود. وجود مشکلات و محدودیت‌های مشابه در برنامه‌های شناختی- رفتاری به منظور درمان افسردگی، باعث گرایش جدید محققان به استفاده از طرحواره درمانی (Schema therapy یا ST) در درمان افسردگی شده است. تحقیق حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (Cognitive-behavioral therapy یا CBT) و ST درکاهش افسردگی در بیماران ایرانی واجد تشخیص کمردرد مزمن صورت گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی بود که به صورت طرح شبه تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه شاهد انجام شد. ۳۵ بیمار مبتلا به کمردرد مزمن که برای درمان کمردرد خود به کلینیک فوق تخصصی درد یا درمانگاه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان‌های اختر و امام حسین (ع) شهر تهران مراجعه کرده بودند، با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب شدند. کلیه بیماران پرسش‌نامه‌های درد مزمن، مؤلفه افسردگی از پرسش‌نامه ۲۱ سؤالی افسردگی، اضطراب، استرس (Depression anxiety stress scale یا DASS-۲۱) را در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه تکمیل کردند. همچنین، گروه تحت ST علاوه بر پرسش‌نامه‌های ذکر شده، نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرحواره Young-۹۰ سؤالی (Young schema questionnaire-Short form یا YSQ-SF) را نیز تکمیل نمودند. برای بررسی تأثیر دو شیوه درمانی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، از مدل رگرسیون با اثر تصادفی در نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها: روش‌های CBT ($P < ۰/۰۰۵$) و ST ($P < ۰/۰۳۳$) تأثیر معنی‌داری بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در مرحله پیگیری داشت، اما در این مرحله بین دو روش اختلاف معنی‌داری از نظر کاهش بر نمرات افسردگی مشاهده نشد ($P < ۰/۵۱۹$).

نتیجه‌گیری: هر دو روش CBT و ST در بهبود علایم افسردگی مبتلایان به کمردرد مزمن مؤثر است و می‌تواند به عنوان روش درمانی مناسبی در مبتلایان به درد مزمن افسرده مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: درد مزمن، کمردرد مزمن، افسردگی، درمان شناختی- رفتاری، طرحواره درمانی

ارجاع: یوسف‌زاده مهدیه، نشاط‌دوست حمید طاهر، طالبی هوشنگ. **مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی بر کاهش افسردگی بیماران شهر تهران واجد تشخیص کمردرد مزمن.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۶؛ ۱۵ (۱): ۷۷-۶۷

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۹/۲۴ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۱۲/۳

مقدمه

کمردرد مزمن از جمله رایج‌ترین دردهای مزمن است (۴-۱) و مانند دیگر دردهای مزمن تأثیرات مخرب فراگیری بر بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد مبتلا از جمله وضعیت عاطفی‌اش به جای می‌گذارد و باعث به وجود آمدن اختلالات هیجانی همچون اضطراب و افسردگی در مبتلایان به درد مزمن می‌شود (۵). جالب توجه این که از بین اختلالات هیجانی، افسردگی از شایع‌ترین اختلالات همراه با دردهای مزمنی چون کمردرد است. تحقیق Demyttenaera و همکاران بر روی ۱۷ کشور و نمونه ۸۵۰۸۸ نفری نشان داد که اختلالات خلقی یعنی اختلال افسردگی اساسی و افسرده‌خویی بالاترین شیوع را در مبتلایان به کمر درد مزمن داشته است (۶). تحقیق Currie و Wang نیز نشانگر شیوع بالای افسردگی اساسی در مبتلایان به کمردرد مزمن بود (۷).

با نگاه دقیق‌تری بر پژوهش‌های انجام شده می‌توان دریافت که از طرفی، در مبتلایان به درد مزمنی همچون کمردرد، افسردگی بیشتری وجود داشته است (۷، ۶). از طرف دیگر، یکی از شکایت‌های اصلی مبتلایان به افسردگی، درد مزمن می‌باشد (۸). عدم تشخیص افسردگی در مبتلایان به درد مزمن و یا درمان ناتمام آن، مشکلات زیادی در فرایند درمان بیماران مبتلا به درد مزمن

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
۳- دانشیار، گروه آمار، دانشکده علوم، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
نویسنده مسؤول: حمید طاهر نشاط‌دوست
Email: h.neshat@edu.ui.ac.ir

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]

ایجاد می‌کند (۹). بیماران مبتلا به درد مزمن افسرده، در مقایسه با بیماران مبتلا به درد مزمن غیر افسرده، احتمال بیشتری دارد که در اواسط درمان، از درمان کناره‌گیری کنند (۱۰). همچنین، افسردگی احتمال پاسخدهی به درمان درد را کاهش می‌دهد (۱۱). وجود درد نیز با درمان و بهبود افسردگی تداخل پیدا می‌کند و مانع بهبود افسردگی می‌شود (۱۳، ۱۲).

یکی از مداخلات روان‌شناختی به کار گرفته شده در مبتلایان به درد مزمن، روش درمانی شناختی- رفتاری (Cognitive behavior therapy یا CBT) است. تحقیقات نشانگر اثربخشی این برنامه درمانی در کاهش علایم افسردگی در مبتلایان به درد مزمن می‌باشد. Spinhoven و همکاران با تحقیق بر روی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، متوجه شدند که میزان افسردگی، درد و تحمل بیماران بعد از رویکرد CBT و نیز ۱۲ ماه بعد از درمان، بهبود می‌یابد (۱۴). محرابیان نیز با تحقیق بر روی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن متوجه شد که مداخله تلفیقی CBT و کنترل درد و خشم، باعث کاهش معنی‌دار شدت افسردگی در این افراد می‌شود (۱۵). همچنین، وکیلی و همکاران متوجه شدند که درمان گروهی CBT باعث کاهش معنی‌دار نمرات افسردگی در مبتلایان به کمردرد مزمن می‌شود (۱۶). تحقیقات دیگر نیز نشانگر اثربخشی این شیوه درمانی می‌باشد (۲۲-۱۳).

با وجود تحقیقات در تأیید اثربخشی برنامه‌های CBT در درمان افسردگی، این برنامه‌ها نقایصی هم دارد. طبق نظر Young و همکاران، برخی بیماران که تحت درمان افسردگی با استفاده از رفتار درمانی- شناختی کلاسیک بوده‌اند، نتوانسته‌اند تا روند درمان را پشت سر گذارند و یا به محض پایان درمان، مشکلاتشان عود کرده است (۲۳). همچنین، تنها ۵۰-۴۰ درصد از مبتلایان به افسردگی با اولین دوره درمان بهبود یافته و برخی با وجود اتمام جلسات درمان به نتایج ضعیفی از آن رسیده‌اند. علاوه بر این، مزمن بودن اختلال نیز اثربخشی این برنامه‌ها را محدود کرده است (۲۶-۲۴). همچنین، این افراد یک سری ویژگی‌های فردی داشتند که CBT بر آن متمرکز نیست. از جمله این که چنین افرادی مشکلات بین فردی زیادی دارند و نمی‌توانند رویکرد مشارکتی- تجربی درمان را بپذیرند و نقش فعالی در فرایند درمان داشته باشند (۲۷، ۲۴). برخی هم نمی‌توانند تکنیک‌های شناخت- درمانی را به کار بندند یا انگیزه چندانی برای ادامه درمان ندارند. برخی دیگر، دارای عقاید به شدت دیرپایی بودند که به راحتی نمی‌توانند از آن رهایی یابند (۲۸). عده‌ای نیز مشکلات بسیار مبهم و پیچیده‌ای دارند که در عمل تمرکز بر مشکلات اختصاصی در فرایند درمان را با مانع مواجه می‌کند (۲۷). وجود این مشکلات در فرایند درمان و دیگر محدودیت‌های اثربخشی CBT کلاسیک در افسردگی و نیز تأیید روزافزون این مسأله که افسردگی اختلال مزمن و عود کننده‌ای می‌باشد، باعث شده است تا متخصصان بالینی از طرحواره درمانی (Schema therapy یا ST) در درمان افسردگی بهره گیرند (۲۴)؛ چرا که Young با توجه به تجربه چنین مشکلاتی در فرایند CBT کلاسیک، ST را ابداع کرد. همچنین، Young روش ST را برای بیمارانی تدوین کرد که به رفتار درمانی- شناختی کلاسیک پاسخی نمی‌دادند (۲۹). رویکرد ST بر عکس شناخت درمانی، در سطوح شناخت، حرکت پایین به بالا (Bottom-up) را اتخاذ می‌کند. به عبارت دیگر، در فرایند درمان ابتدا کار را از سطح بنیادین یعنی طرحواره‌ها شروع می‌کند و به تدریج طرحواره‌ها (باورهای مرکزی) را به شناخت طرحواره‌های قابل دسترسی چون افکار خودایند منفی ربط می‌دهد (۲۳).

همسو با این جهت‌گیری جدید درمانگران در به کارگیری روش ST در درمان افسردگی، Beck نیز معتقد است که مکانیزم‌های فعال درمان شناختی مداخلاتی است که طرحواره‌ها را هدف قرار می‌دهد. همچنین، تغییر طرحواره‌ها باعث کاهش عود افسردگی می‌شود (۳۰). Young و همکاران نیز معتقد هستند که روش ST روش مؤثری در درمان افسردگی است (۲۳). با توجه به وجود شواهد، تحقیقاتی در تأیید ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار و افسردگی و با توجه به نظر Young (۲۹) و Beck (۳۰) در تأیید اثربخشی رویکرد ST در مبتلایان به افسردگی مزمن، به تازگی برخی محققان به بررسی اثربخشی رویکرد ST درمان افسردگی پرداخته‌اند (۳۴-۳۱). در تحقیقی نتیجه‌گیری شد که رویکرد ST ی از طریق هدف قرار دادن عوامل خطرآفرین زیربنایی در افسردگی مزمن، رویکرد جدید و امیدبخشی در درمان افسردگی است (۳۵). Malogiannis و همکاران با استفاده از روش مطالعه موردی، ۱۲ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن را تحت ۶۰ جلسه رویکرد ST قرار دادند. نتایج نشان داد که در ۶۰ درصد بیماران افسردگی کاهش یافته بود و اثرات درمان تا ۶ ماه پیگیری پا بر جا بود (۳۶). همچنین، Renner و همکاران با به کارگیری رویکرد ST (۶۵ جلسه) بر ۲۵ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن با روش مطالعه موردی، متوجه شدند که رویکرد ST تأثیر معنی‌داری بر علایم افسردگی این افراد داشته است (۳۷). علاوه بر این، زره‌پوش با به کارگیری رویکرد ST بر روی ۱۴ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن متوجه شد که این شیوه باعث کاهش معنی‌دار افسردگی مزمن در این افراد شده است (۳۸). با وجود شواهد تحقیقاتی، تشخیص طرحواره‌های ناسازگار نقش مهمی در شناخت افسردگی، تداوم افسردگی، عود افسردگی و نیز درمان آن دارد، اما این تحقیقات اندک بوده و حمایت چندانی از آن‌ها صورت نگرفته است (۳۲).

جالب توجه این که تحقیقات اخیر بر مبتلایان به درد مزمن، نشانگر وجود ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار و درد مزمن می‌باشد (۴۲-۳۹، ۶). همچنین، Young و همکاران این ارتباط را تأیید کرده و بیان داشته‌اند که در بیمارانی که طرحواره‌های ناسازگار در آن‌ها شکل گرفته است، درد مزمن، سردرد، مشکلات معده‌ای- روده‌ای، خستگی و علایم روان‌تنی شایع است (۲۳).

با توجه به این که افسردگی شیوع بالایی در مبتلایان به دردهای مزمنی همچون کمردرد مزمن داشته است و مشکلات فراوانی در فرایند CBT درد مزمن به وجود آورده است. همچنین، با توجه به این که تحقیقات اخیر نشانگر وجود ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار و درد مزمن بوده است و Young و همکاران این ارتباط را تأیید کرده‌اند (۲۳). علاوه بر این، با توجه به وجود نظر Young (۲۹) و Beck (۳۰) در تأیید اثربخشی روش ST در درمان افسردگی، شاید رویکرد ST روش مؤثری در درمان افسردگی مبتلایان به درد مزمن به ویژه آن دسته از بیماران افسرده‌ای باشد که از CBT درد مزمن پاسخی دریافت نکرده‌اند. از این‌رو، تحقیق حاضر به دنبال بررسی این امر بود که آیا روش ST نیز مانند روش CBT، میزان افسردگی مبتلایان به کمردرد مزمن را کاهش می‌دهد؟ همچنین، با توجه به نقایص و محدودیت‌های رویکرد CBT در درمان افسردگی و با توجه با این که عمده تمرکز این درمان بر افکار خودایند منفی و اصلاح آن می‌باشد و تمرکز اصلی روش ST بر تعدیل باورهای بنیادین ناسازگار افراد است، به دنبال بررسی این امر بودیم که آیا روش ST مؤثرتر از روش CBT در مبتلایان به کمردرد مزمن افسرده است؟ همچنین، این مسأله بررسی شد که آیا روش ST کمک بیشتری به حل و فصل مسایل و مشکلات مبتلایان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]

به درد مزمن می‌کند که هم‌زمان از علایم افسردگی رنج می‌برند؟ در نهایت، آیا می‌توان روش ST را برای مبتلایان به کمردرد مزمن افسرده‌ای که از شیوه CBT درد مزمن پاسخی دریافت نکرده‌اند، با موفقیت به کار برد؟

مواد و روش‌ها

تحقیق حاضر از نوع کارآزمایی بالینی بود که به صورت طرح شبه تجربی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه شاهد انجام شد. نمونه مورد بررسی از بین بیماران مبتلا به کمردرد مزمن مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی درد یا درمانگاه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان‌های اختر و امام حسین (ع) شهر تهران و بر اساس نمونه‌گیری مبتنی بره دف انتخاب شدند.

در مرحله اول با بررسی بیماران، تعداد ۳۶۵ نفر ملاک‌های اولیه ورود به تحقیق (وجود کمردرد در ۶ ماه گذشته، سن، سطح تحصیلات، محل سکونت) را داشتند. در مرحله دوم، در گفتگویی کوتاه از آن‌ها درخواست شد تا در تحقیق شرکت کنند. از بین آن‌ها ۲۷۸ نفر به دلیل شرایط شخصی، ترجیح دادند که فقط تحت درمان پزشکی باشند. در مرحله سوم، بر افرادی که آمادگی حضور در تحقیق را پیدا کردند، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) [Structured clinical interview for DSM یا SCID-I و SCID-II] به منظور بررسی ابتلا یا عدم ابتلای آن‌ها به اختلالات روانی محور I و II و نیز بررسی دیگر ملاک‌های پذیرش تحقیق اجرا شد. بر این اساس، ۳۷ نفر دیگر ملاک‌های شمول تحقیق را نداشتند. سپس، بر اساس جدول تصادفی از پیش طراحی شده، بقیه افراد به گروه‌های آزمایش و یا شاهد تقسیم شدند. از این بین، تعداد ۱۵ نفر بعد از جلسه مصاحبه یا جلسه اول و دوم درمان به دلایل مختلف شخصی نمی‌توانستند با جلسات همکاری کنند. در نهایت، ۳۵ نفر باقی ماندند (۱۵ نفر گروه CBT، ۱۰ نفر گروه شاهد و۱۰ نفر گروه ST) که این افراد نمونه نهایی تحقیق را تشکیل دادند. در مرحله چهارم، پیش‌آزمون روی آزمودنی‌ها انجام گرفت (اجرای پرسش‌نامه‌های درد مزمن، اجرای مؤلفه افسردگی از پرسش‌نامه ۲۱ سؤالی افسردگی، اضطراب، استرس (Depression anxiety stress scale یا DASS-۲۱) در همه گروه‌ها و نیز نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرحواره Young-۹۰ سؤالی (Young schema questionnaire-Short form یا YSQ-SF) برای گروه تحت روش ST و بعد متغیر مستقل به مدت ۶ هفته بر روی گروه‌های آزمایش اعمال شد. به این ترتیب که دو گروه آزمایش تحت مداخله‌های ST با بسته درمانی Young و همکاران (۲۳) یا CBT با بسته درمانی Nicholas و همکاران (۴۴) به شکل انفرادی و طی ۶ جلسه درمان قرار گرفتند و گروه شاهد در انتظار درمان باقی ماندند. در مرحله پنجم، هر سه گروه مورد سنجش و ارزیابی مجدد قرار گرفت (پس‌آزمون با اجرای پرسش‌نامه‌های مرحله پیش‌آزمون به استثنای گروه ST که علاوه بر پرسش‌نامه‌های این مرحله به پرسش‌نامه طرحواره Young-۹۰ سؤالی نیز پاسخ دادند).

در نهایت، پیگیری دو ماه بعد از درمان صورت گرفت. به این ترتیب که سه گروه با استفاده از پرسش‌نامه‌های مرحله پیش‌آزمون تحت ارزیابی و سنجش مجدد قرار گرفتند. همچنین، برای گروه شاهد بعد از دستیابی به مرحله پیگیری درمان صورت گرفت. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها در مطالعه عبارت از داشتن سن ۱۸ تا ۶۰ سال، داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر، اعلام رضایت آزمودنی‌ها جهت شرکت در تحقیق و تکمیل پرسش‌نامه‌های تحقیق، ابتلا به کمردرد مزمن (از شروع کمردرد ۶ ماه گذشته باشد و درد هر روز یا به طور تقریبی هر روز ادامه داشته باشد)، عدم ابتلا به اختلالات شدید روان‌شناختی مانند روان‌پریشی یا دمانس، عدم ابتلا به اختلالات محور I (مانند اختلال‌های خلقی به جز افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر)، عدم ابتلا به اختلالات محور II، عدم استفاده از هر نوع درمانی (غیر از دارو درمانی و درمان‌های پزشکی)، عدم ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر یا الکل، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و روان‌گردان، عدم مواجهه با بحران‌های شدید و ناگهانی زندگی مانند سوگ، از دست دادن شغل، طلاق و... بود.

ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها عبارت بود از افرادی که کاندید عمل جراحی بودند و نیز افرادی که در طول پژوهش مشخص شد که شرایط منطبق با اهداف پژوهش را ندارند (بیش از دو جلسه غیبت از جلسات درمان، ناقص تکمیل کردن پرسش‌نامه‌های تحقیق، تشدید دردها و عدم امکان حضور در جلسات درمان و عدم حضور به موقع در جلسه پیگیری تحقیق). برای اعضای گروه آزمایش جلسات درمان به صورت ۲-۱/۵ ساعت به صورت یک جلسه (به همراه ده دقیقه استراحت) در هفته برگزار شد. همچنین، به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش، گروه شاهد بعد از پیگیری تحت درمان قرار گرفت و بر حفظ محرمانه بودن اطلاعات شخصی بیماران تأکید شد. محتوای جلسات درمان در جداول ۱ و ۲ ارایه شده است.

جدول ۱. محتوای جلسات روش CBT (Cognitive-behavioral therapy)

جلسات	محتوای جلسات درمان CBT
جلسه اول	آشنایی با ساختار و محتوای جلسات درمان، آشنایی با دیدگاه زیستی- روانی- اجتماعی درد و آموزش روش آرمیدگی عضلانی برای ۱۶ گروه ماهیچه‌ای
جلسه دوم	مرور تمرینات هفته گذشته، آموزش روش آرمیدگی عضلانی برای ۸ گروه ماهیچه‌ای، آموزش ارتباط بین افکار، هیجان‌ها و احساسات بدنی ناشی از کمردرد، آشنایی با نظریه کنترل دروازه‌ای درد و انواع خطاهای شناختی
جلسه سوم	مرور تمرینات هفته گذشته، آموزش روش آرمیدگی عضلانی برای ۴ گروه ماهیچه‌ای، آشنایی با تکنیک ارزیابی شواهد تأیید کننده و رد کننده افکار ناسازگار به منظور بازسازی شناختی و آموزش نحوه تنظیم اهداف شخصی درمان
جلسه چهارم	مرور تمرینات هفته گذشته و نیز تمرین فکر، آموزش تکنیک تصویرسازی ذهنی، آموزش مهارت حل مسأله، آشنایی با تأثیرات ورزش بر تجربه درد
جلسه پنجم	مرور تمرینات هفته گذشته و نیز تمرین فکر، آشنایی با چرخه درد- فعالیت- استراحت و تکنیک فعالیت زمان‌مند
جلسه ششم	مرور تمرینات هفته گذشته و تمرین فکر، آشنایی با فرم بهداشت خواب، آشنایی با پیامدهای اجتماعی کمردرد به منظور بهبود کیفیت تعاملات اجتماعی، آشنایی با مفهوم عود و ارایه راهکردهایی جهت پیشگیری از عود کمردرد و اجرای پس‌آزمون (تکمیل پرسش‌نامه‌های مرحله پیش‌آزمون)

CBT: Cognitive-behavioral therapy

www.mui.ac.ir
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]

جدول ۲. محتوای جلسات ST (Schema therapy)

جلسات	محتوای جلسات ST
جلسه اول	آشنایی با ساختار جلسات درمان، آشنایی با مفهوم طرحواره ناسازگار، ویژگی‌های طرحواره‌های ناسازگار، ابعاد خلق و خوی، انواع سبک‌های مقابله‌ای، اجرای تکنیک تصویرسازی ذهنی مکان امن، پر کردن پرسش‌نامه طرحواره Young در جلسه درمان توسط مراجع، ارایه پرسش‌نامه فرزندپروری به عنوان تکلیف خانگی
جلسه دوم	رفع اشکالات جلسه قبل، آشنایی با انواع طرحواره‌های ناسازگار، بحث درباره نتایج پرسش‌نامه طرحواره Young به منظور درک شناختی طرحواره‌های ناسازگار توسط مراجع، اجرای تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور سنجش طرحواره‌های ناسازگار
جلسه سوم	رفع اشکالات جلسه قبل، بحث درباره نتایج پرسش‌نامه فرزندپروری Young به منظور تشخیص ریشه‌های تحولی طرحواره‌های ناسازگار، اجرای تکنیک تصویرسازی ذهنی به منظور درک هیجانی طرحواره‌ها و ریشه‌های تحولی آن‌ها توسط مراجع و نیز ارتباط دادن طرحواره‌ها به مشکلات فعلی خود، جمع‌بندی مشکل مراجع و مفهوم‌سازی آن طبق رویکرد طرحواره محور
جلسه چهارم	رفع اشکالات جلسه قبل، به کارگیری تکنیک‌های شناختی زیر: آزمون اعتبار طرحواره با بررسی شواهد تأیید کننده و رد کننده طرحواره، ارایه تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای، اجرای تکنیک صندلی خالی، تهیه و تدوین کارت آموزشی
جلسه پنجم	بررسی تمرینات تکنیک‌های شناختی، به کارگیری تکنیک‌های تجربی زیر: اجرای تکنیک گفتگوی خیالی، آشنایی با تکنیک نوشتن نامه به والدین، الگوشکنی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های تهیه فهرست رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، اولویت‌بندی رفتارها، افزایش انگیزه برای تغییر، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، ارایه تکلیف و بازخورد
جلسه ششم	بررسی تمرینات مربوط به تکنیک‌های تجربی و نیز الگوشکنی رفتاری، اجرای پس‌آزمون با استفاده از پرسش‌نامه‌های مرحله پیش‌آزمون و نیز پرسش‌نامه طرحواره Young فرم کوتاه ۹۰ سؤالی

ST: Schema therapy

در پژوهش حاضر، ابزار اصلی که در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به کار برده شد، پرسش‌نامه‌های معتبری بود که تحقیقات زیادی ویژگی‌های روان‌سنجی آن‌ها را تأیید کرده و در ادامه به تفصیل آمده است.

پرسش‌نامه طبقه‌بندی مدرج درد مزمن: این پرسش‌نامه حاصل پژوهش‌های Von Korff و همکاران است (۴۶، ۴۵). در واقع، آن‌ها به طراحی و ارزیابی طبقه‌بندی مدرج درد در یک نمونه ۱۰۱۶ نفری مراجعه کننده به یک مرکز بهداشتی پرداختند. نتایج تحقیق آنان در تأیید طبقه‌بندی مدرج درد مزمن در سه محور زمان (تداوم)، شدت و تأثیر (ناتوانی، اختلال در رفتار بیماری) بود (۴۵). Von Korff و همکاران، نیز به منظور ارزیابی توانمندی طبقه‌بندی شدت درد مبتلایان به درد مزمن، مقادیر شدت درد، ناتوانی درد، طول مدت درد و شروع درد بیماران مبتلا به کمردرد مزمن (۱۲۱۳ نفر)، سر درد (۷۷۹ نفر) و اختلال درد مفصل فک (Temporomondibular) (۳۹۷ نفر) را در یک تحقیق طولی بررسی کردند. بر اساس مقیاس Guttman، مقادیر شدت درد و شدت ناتوانی، مقیاس درجه‌بندی شده معتبری را فراهم می‌کرد. همچنین، نتایج نشان داد که مقیاس مدرج درد مزمن در خط پایه از سطح معنی‌داری آماری بالایی برخوردار می‌باشد و سطح معنی‌داری آن در مرحله خط پایه و نیز پیگیری یک ساله، از نظر طول مدت بیکاری، محدودیت در عملکرد، افسردگی، ارزیابی منفی از وضعیت سلامت خویش، مصرف زیاد داروهای ضد درد و مراجعات مکرر به دکتر افزایش داشته است و در نهایت، مقیاس درد مزمن پیش‌بینی کننده وجود درد در طی ۲ هفته گذشته در خط پایه و نمره درد مزمن، محدودیت عملکرد در نتیجه درد در پیگیری ۳ ساله می‌باشد (۴۶). به طور کلی، Von Korff و همکاران بر اساس تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که طبقه‌بندی مدرج درد مزمن ارزیابی‌های دقیق، معتبر و پایایی از شدت اختلال درد بیماران فراهم می‌کند (۴۶، ۴۵). پژوهش دانیالی نیز بر نمونه‌های ایرانی مبتلا به درد مزمن نیز نشانگر مناسب بودن پایایی پرسش‌نامه طبقه‌بندی مدرج درد مزمن با استفاده از ضریب Cronbach's alpha بود. همچنین، نتایج تحقیق وی در تأیید اعتبار همگرا و واگرای پرسش‌نامه طبقه‌بندی درد مزمن با محاسبه همبستگی گشتاوری Pearson بین نمرات این پرسش‌نامه با مقیاس‌های شدت درد در هفته گذشته، فاجعه‌آمیزی درد، ناتوانی جسمی، افسردگی، اضطراب، خودکارامدی درد و ترس از حرکت بود. در کل، نتایج بیانگر اعتبار و پایایی قابل قبول این پرسش‌نامه بود و نشان داد که پرسش‌نامه طبقه‌بندی درد مزمن نسبت به تفاوت‌های موجود در گروه‌های بالینی مبتلا به درد مزمن و گروه‌های غیر بالینی از حساسیت لازم برخوردار است (۴۷).

پرسش‌نامه DASS-۲۱: این پرسش‌نامه نسخه کوتاه از فرم ۴۲ عبارتی این پرسش‌نامه است که به منظور ارزیابی علایم افسردگی، اضطراب و استرس طراحی شده و ویژگی‌های روان‌سنجی آن در چند مطالعه تأیید شده است. از جمله تحقیق Henry و Crawford که با تحقیق بر یک جمعیت غیر بالینی متوجه شدند که ضرایب همسانی درونی (ضریب Cronbach's alpha) کل مقیاس و نیز سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس پرسش‌نامه به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۸۸، ۰/۸۲ و ۰/۹۰ است. همچنین، نتایج تحلیل عامل تأییدی نیز وجود سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را اثبات کرد (۴۸). همچنین، در تحقیق اصغری مقدم و همکاران بر روی بیماران درمانگاه‌های شهر تهران، تحلیل عاملی ساختار سه عاملی این مقیاس با داده‌ها برازش مطلوبی داشت و اعتبار ملاکی همزمان مقیاس‌های پرسش‌نامه DASS-۲۱ با محاسبه همبستگی نمرات آن با نمره‌های مقیاس‌های Beck Depression Inventory (BDI) و Multidimensional Pain Inventory (MPI) تأیید شد. همچنین، روایی همگرا و روایی ملاک این پرسش‌نامه قابل قبول بود. پایایی مقیاس‌های DASS-۲۱ از طریق محاسبه ضرایب همسانی درونی ضریب Cronbach's alpha تأیید گردید و در کل نتایج تحقیق آن‌ها نشان داد که این پرسش‌نامه از شرایط لازم برای به کارگیری در پژوهش‌های روان‌شناختی و موقعیت‌های بالینی برخوردار است (۴۹).

پرسش‌نامه YSQ-SF: این پرسش‌نامه دارای ۹۰ ماده است و ۱۸ طرحواره غیر انطباقی اولیه را ارزیابی می‌کند. هر ماده به کمک شش گزینه درجه‌بندی می‌شود و نمره بالا در یک خرده‌مقیاس معین، احتمال بیشتر وجود یک طرحواره غیر انطباقی را برای فرد نشان می‌دهد. Waller و همکاران با بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه طرحواره در یک گروه از مبتلایان به

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]

جوع در مقایسه با افراد عادی، نشان دادند که هر دو فرم بلند و کوتاه پرسش‌نامه از میزان ثبات درونی، پایایی موازی و اعتبار افتراقی مشابهی برخوردار است. همچنین، اعتبار مقیاس YSQ-SF به وسیله ضریب Cronbach's alpha برای کل آزمون ۰/۹۶ و برای تمام خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ محاسبه گردید (۵۰). تحقیق Saariaho و همکاران نیز بر روی یک گروه از مبتلایان به درد مزمن (۲۷۱ نفر) و گروه شاهد (۳۳۱ نفر) با استفاده از تحلیل عامل تأییدی نشان داد که پرسش‌نامه Young از ثبات درونی خوب و بالایی برخوردار است (۵۱).

همچنین، تحقیقی بر یک نمونه ۲۶۳ نفری با موضوع تحلیل عاملی پرسش‌نامه YSQ-SF در افراد سالم و با انجام تحلیل عامل نشان داد که ۱۴ عامل قابل تحلیل پرسش‌نامه Young از همسانی درونی متوسط تا خوبی برخوردار است. این نتایج نیز همسان با نتایج مطالعات قبلی و در تأیید اعتبار میان فرهنگی پرسش‌نامه YSQ-SF بوده است (۵۲). در پژوهش صدوقی و همکاران که بر روی دانشجویان پسر دوره کارشناسی به روش نمونه‌گیری طبقه‌ای تصادفی از میان دانشگاه‌های جامع در شهر تهران انجام شد، ۳۷۰ نفر بر پایه نسبت دانشجویان دانشگاه و دانشکده انتخاب شدند. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه پرسش‌نامه YSQ-SF از روایی بین فرهنگی خوبی برخوردار است (۵۳). همچنین، نتایج نشانگر روایی سازه مقیاس YSQ-SF و نیز نشانگر ثبات ساختاری آن در فرهنگ‌ها و وضعیت‌های غیر بالینی بود. اعتبار این مقیاس به وسیله ضریب Cronbach's alpha نیز برای همه خرده‌مقیاس‌ها در دامنه ۹۰-۶۲ به دست آمد (۵۳). همچنین، نتایج تحقیق آهی و همکاران (۳۸۷ نفر) نشان داد که پرسش‌نامه YSQ-SF از پایایی بازآزمایی بالا و نیز اعتبار سازه و روایی خوبی برخوردار است و می‌تواند در ارزیابی این که چگونه مداخلات درمانی نشانگان خاص را از طریق هدف قرار دادن طرحواره‌های شناختی زیربنایی تحت تأثیر قرار دهد، سودمند باشد (۵۴).

به منظور تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و برای بررسی تأثیر دو شیوه درمانی بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، از مدل رگرسیون با اثر تصادفی (Mixed effect regression model) در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ (version 22, IBM Corporation, Armonk, NY) استفاده گردید.

یافته‌ها

به منظور بررسی تأثیر دو شیوه CBT و ST بر درمان افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن، ۳۵ نفر مورد مطالعه قرار گرفتند. این افراد شامل ۲۶ زن و ۹ مرد بود که در رده سنی ۱۰/۲۸ ± ۴۴/۰۰ قرار داشتند.

میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی هر یک از سه گروه را در دو مرحله پیش از مطالعه، پس از پایان دوره درمان و یک مرحله پیگیری که دو ماه پس از پایان دوره درمان صورت گرفت، در جدول ۳ آمده است.

در مرحله پیش‌آزمون میانگین گروه‌ها با هم تفاوت داشت. دلیل ناهمگن بودن سه گروه پیش از شروع مطالعه این بود که یک یا دو جلسه پس از شروع درمان، برخی از آزمودنی‌ها به دلایل مختلف شخصی از ادامه همکاری انصراف دادند. به همین دلیل، محقق تصمیم گرفت که اولین افراد داوطلب جدید را وارد مطالعه کند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی افراد به تفکیک گروه و زمان اندازه‌گیری

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
درمان CBT	۱۵/۴۰ ± ۹/۴۰	۷/۶۷ ± ۷/۵۸	۳/۹۳ ± ۲/۸۴
طرحواره درمانی	۹/۷۰ ± ۸/۳۰	۹/۲۰ ± ۷/۸۰	۴/۸۰ ± ۳/۹۱
شاهد	۵/۸۰ ± ۳/۴۳	۵/۷۰ ± ۳/۷۷	۶/۹۰ ± ۴/۰۴

CBT: Cognitive-behavioral therapy

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افسردگی در گروه CBT پس از پایان دوره درمان کاهش یافت. این روند بهبودی در دوره پیگیری نیز مشاهده شد. در گروه ST با وجود این که تفاوت قابل توجهی بین میانگین نمرات افسردگی افراد در پایان دوره درمان و پیش از شروع درمان وجود نداشت، اما کاهش قابل توجهی در میزان افسردگی افراد در دوره پیگیری مشاهده شد.

از آن‌جا که نمرات افسردگی در گروه CBT بالاتر از بقیه گروه‌ها در مرحله پیش‌آزمون بود، در فرایند تحلیل داده‌ها نمرات افسردگی آن‌ها نسبت به نمرات پیش‌آزمون تعدیل گردید. تعدیل نمرات افراد با وارد کردن نمرات پیش‌آزمون به عنوان یکی از متغیرهای پیش‌بینی کننده افسردگی در مدل رگرسیون صورت گرفت.

برای بررسی اثر شیوه‌های درمانی بر هر یک از متغیرهای مورد بحث، از مدل‌های رگرسیون استفاده گردید. در فرایند تحلیل داده‌ها مشخص شد که برخی مفروضه‌های مدل خطی با اندازه مکرر (Repeated Measures General Linear Model یا Repeated measures GLM) برقرار نبود. بنابراین، مدل رگرسیون مناسب با استفاده از شاخص اطلاع آکائیک (Akaike information criterion یا AIC) از بین مدل‌های رگرسیون خطی چندگانه (رگرسیون با اثرات ثابت)، مدل رگرسیون خطی با مدل با عرض از مبدأ تصادفی (برای در نظر گرفتن وابستگی بین نمونه‌ها در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری) و مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس انتخاب گردید. در پژوهش حاضر می‌توان دو عامل گروه‌های درمانی و نمرات پیش‌آزمون را علت ناهمسانی واریانس در داده‌ها در نظر گرفت. ناهمسانی واریانس در گروه‌های مختلف می‌تواند به دلیل عملکرد متفاوت گروه‌های درمانی در ارایه درمان قطعی یا غیر قطعی باشد. از طرف دیگر، این امکان نیز وجود دارد که برای افراد با نمرات پیش‌آزمون بزرگ‌تر یا کوچک‌تر نتایج درمان متفاوت باشد. منظور از غیر قطعی بودن نتیجه درمان این است که نتایج به دست آمده در افراد متنوع و پراکنده باشد؛ به طوری که برای یک نفر اثر درمان بسیار زیاد و برای دیگری بسیار کم باشد.

جدول ۴ مقدار شاخص AIC را برای هر یک از مدل‌های رگرسیون با اثرات ثابت، مدل رگرسیون با عرض از مبدأ تصادفی، مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس در سه گروه درمانی و مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس حاصل از نمرات پیش‌آزمون نشان می‌دهد. با توجه به جدول، مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس (تحت تأثیر نمرات پیش‌آزمون) کمترین مقدار AIC را دارد. بنابراین، از این مدل رگرسیون برای بررسی تأثیر سه شیوه درمانی بر میزان افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن استفاده شد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]
www.mui.ac.ir

جدول ٤. مقدار AIC (Akaike information criterion) برای انتخاب مدل رگرسیون مناسب جهت بررسی تأثیر شیوه‌های درمانی بر نمرات افسردگی

	-۲Log (Likelihood)	AIC
مدل رگرسیون با اثرات ثابت	۳۹۰/۵۳۷	۴۰۸/۵۳۷
مدل رگرسیون با عرض از مبدا تصادفی	۳۸۷/۴۷۲	۴۰۷/۴۷۲
مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس در سه گروه	۳۸۰/۱۱۸	۴۱۰/۱۱۸
مدل رگرسیون با فرض ناهمسانی واریانس نسبت به مقدار پیش‌آزمون	۳۸۴/۴۹۱	۴۰۴/۴۹۱

AIC: Akaike information criterion

در جدول ۵ تأثیر هر یک از عوامل زمان، گروه و اثر متقابل زمان و گروه بر نمرات افسردگی آورده شده است. باتوجه به این جدول، اثر اصلی گروه درمانی معنی‌دار نبود، اما اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بود.

جدول ٥. آنالیز واریانس برای آزمون معنی‌داری تأثیر هر یک از عوامل بر متغیر افسردگی

منبع تغییرات	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	F	مقدار P
پیش‌آزمون	۱	۲۵/۷۳۸	۹/۶۰۷	۰/۰۰۵
زمان	۱	۴۷/۱۸۳	۴/۹۶۹	۰/۰۳۱
گروه	۲	۶۷/۲۹۸	۲/۷۵۸	۰/۰۷۱
گروه × زمان	۲	۴۷/۲۱۸	۳/۶۸۶	۰/۰۳۳

به منظور بررسی نحوه تأثیر گروه‌های درمانی بر میزان افسردگی افراد، جدول برآورد پارامترها استخراج گردید (جدول ۶). به دلیل این که اثر اصلی گروه معنی‌دار نبود و تفسیر ضرایب اثر متقابل گروه و زمان در غیاب اثر اصلی گروه ساده‌تر شود، اثر اصلی گروه از مدل رگرسیون حذف گردید.

با توجه به جدول ۶، میانگین تعدیل شده نمرات افسردگی در هر دو گروه CBT و طرحواره درمانی در مرحله پیگیری به طور معنی‌داری کاهش یافت. اکنون که هر دو روش درمانی تأثیر معنی‌داری در کاهش افسردگی بیماران داشت، این سؤال پیش می‌آید که آیا کارایی دو روش درمانی در کاهش میزان افسردگی یکسان است؟

جدول ۷ فرض یکسان بودن کارایی دو روش درمانی را در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نمایش می‌دهد. این آزمون‌ها به آسانی با تغییر دادن گروه مرجع در مدل رگرسیون قابل محاسبه بود. به این منظور، یکی از دو گروه CBT یا ST به عنوان گروه مرجع انتخاب شد و جدول برآورد پارامترها مجدد استخراج شد (در جدول ۶ گروه شاهد به عنوان گروه مرجع انتخاب شده بود).

با توجه به جدول ۷، تأثیر روش‌های طرحواره درمانی و CBT بر کاهش افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن در پایان دوره درمان یکسان نبود ($P < ۰/۰۵۵$)؛ در حالی که هر دو روش درمانی تأثیر یکسانی بر کاهش نمرات افسردگی تعدیل یافته تا مرحله پیگیری داشت ($P < ۰/۵۱۹$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی روش‌های CBT و طرحواره درمانی بر کاهش افسردگی بیماران ایرانی واجد تشخیص کمردرد مزمن بود. نتایج نشان داد که روش CBT باعث کاهش معنی‌دار افسردگی بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شد. این نتیجه با نتایج تحقیقات قبلی (۲۱-۱۵، ۱۳) همسو بود. با وجود این که تحقیقات انجام شده از جمله تحقیق حاضر اثربخشی برنامه‌های CBT درد مزمن را تأیید کرد، اما برنامه‌های درمانی مذکور نقایصی هم داشت. میزان عود در طول یک ماه تا پنج سال بعد از این درمان‌ها حدود ۷۰-۳۰ درصد بود (۵۵). همچنین، پاسخدهی بیماران به این درمان‌ها بسیار متفاوت می‌باشد (۵۶). علاوه بر این، وجود افسردگی در مبتلایان به درد مزمن این وضعیت را پیچیده‌تر می‌سازد. مبتلایان به درد مزمن افسرده، با احتمال بیشتری درمان را نیمه تمام رها کرده اند (۱۰). همچنین، افسردگی پاسخدهی به درمان را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌دهد (۱۱). طبق تحقیقات انجام شده، احتمال وجود افسردگی در مبتلایان به درد مزمن بیشتر از حد تشخیص پزشکان می‌باشد. این امر خطر نادیده گرفتن علایم افسردگی و تجویز مسکن ها را از سوی متخصصان افزایش می‌دهد (۵۷، ۹). وجود چنین مشکلاتی، محققانی مانند Lintone و همکاران (۵۸)، Wade و همکاران (۵۹) را به این نتیجه رسانده است که مداخلات روان‌شناختی درد مزمن باید به گونه‌ای تدوین شود که افسردگی را هدف قرار دهد.

وجود محدودیت‌های مشابه در درمان‌های CBT کلاسیک، به‌تازگی محققان را بر آن داشت تا به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی در آن دسته از مبتلایان به افسردگی بپردازند که از شیوه CBT پاسخی دریافت نکرده‌اند. در تأیید این جهت‌گیری جدید تحقیقاتی، Beck در اولین کارهای خود با ارایه نظریه طرحواره محور از اختلالات هیجانی، تأکید ویژه‌ای بر اهمیت طرحواره‌ها در افسردگی داشت. طبق نظر او، افسردگی به علت فعال شدن طرحواره‌های ناکارامد به وجود می‌آید (۶۰).

جدول ٦. برآورد پارامتر اثرات ثابت مدل رگرسیون متغیر افسردگی

منبع تغییرات		برآورد	خطای استاندارد	درجه آزادی	t	مقدار P
گروه × زمان	پیش‌آزمون	۰/۲۶۱	۰/۰۸۴	۲۵/۷۳۸	۳/۱۰۰	۰/۰۰۵
	زمان (پیگیری)	۱/۲۰۰	۱/۴۷۲	۴۶/۸۹۲	۰/۸۱۵	۰/۴۱۹
	CBT (پس‌آزمون)	-۱/۱۳۶	۱/۵۷۵	۶۷/۶۱۶	-۰/۷۲۱	۰/۴۷۳
	CBT (پیگیری)	-۴/۵۳۷	۱/۵۷۶	۶۷/۴۶۳	-۲/۸۷۸	۰/۰۰۵
	طرحواره درمانی (پس‌آزمون)	-۲/۱۳۹	۱/۵۸۵	۶۳/۳۰۹	-۱/۳۵۰	۰/۱۸۲
	طرحواره درمانی (پیگیری)	-۳/۴۶۰	۱/۵۸۵	۶۳/۳۰۹	-۲/۱۸۲	۰/۰۳۳

CBT: Cognitive-behavioral therapy

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]

جدول ۷. آزمون فرض یکسان بودن کارایی دو روش درمانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

	برآورد	خطای استاندارد	درجه آزادی	t	مقدار P
اختلاف نمرات تعدیل شده گروه CBT و طرحواره درمانی در مرحله پس‌آزمون	-۳/۲۸۹	۱/۶۸۱	۶۱/۶۳۹	-۱/۹۵۵	۰/۰۵۵
اختلاف نمرات تعدیل شده گروه CBT و طرحواره درمانی در مرحله پیگیری	-۱/۰۹۰	۱/۶۸۰	۶۱/۶۷۸	-۰/۶۴۹	۰/۵۱۹

CBT: Cognitive-behavioral therapy

در افسردگی طرحواره‌ها بر حول مثلث شناختی منفی متمرکز است و زمانی که این طرحواره‌ها فعال شود، سوگیری‌هایی در جستجو و تفسیر اطلاعات به وجود می‌آورد که در سطح روبنایی به شکل افکار خودایند منفی بروز می‌کند (۶۱). بنابراین، در فرایند درمان، درمانگر ابتدا باید بر افکار خودایند منفی متمرکز شود و از طریق آن به طرحواره‌های زیربنایی‌تر دست یابد تا بتواند آن‌ها را هدف درمانی خود قرار دهد (۶۲). Young و همکاران نیز با توجه به محدودیت‌های درمان CBT کلاسیک در برخی از بیماران، بیان داشتند که ST روش مؤثری در درمان افسردگی است (۲۳).

نتایج بررسی حاضر نشان داد که روش ST، باعث کاهش معنی‌دار نمرات افسردگی در بیماران مبتلا به کمردرد مزمن شد. این یافته با نتایج تحقیقات جدید در این رابطه (۳۸-۳۵) همسو می‌باشد. همچنین، با تحقیقات انجام شده درباره ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار و درد مزمن (۴۳-۳۹، ۶) هماهنگ است. کاهش نمرات افسردگی در گروه طرحواره درمانی در مرحله پیگیری اتفاق می‌افتد؛ چرا که طرحواره‌ها در عمیق‌ترین سطوح شناختی قرار دارد و متعادل شدن آن‌ها نسبت به افکار خودایند منفی به زمان طولانی‌تری احتیاج دارد. از آن‌جا که به دلیل محدودیت‌های به وجود آمده در تحقیق حاضر، تعداد جلسات طرحواره درمانی ۶ جلسه بود؛ بنابراین، بدیهی است که متعادل شدن طرحواره‌ها به زمان بیشتری احتیاج داشته باشد. باید دقت داشت، با وجود این که تحقیقاتی درباره اثربخشی روش ST بر درمان افسردگی صورت گرفته است، اما این تحقیقات اندک می‌باشد و حمایت چندانی از آن‌ها صورت نگرفته است. بدیهی است که با توجه به شیوع بالای افسردگی در مبتلایان به دردهای مزمنی همچون کمردرد مزمن، این خلأ در مبتلایان به دردهای مزمن افسرده بیشتر احساس می‌شود. بنابراین، تحقیقات بیشتری نیاز است تا میزان اثربخشی این شیوه را شفاف‌تر کند.

در نهایت، هر دو روش درمانی تأثیر یکسانی بر کاهش نمرات افسردگی در مرحله پیگیری داشت. این یافته با نتایج تحقیقات انجام شده در این حیطه (۶۳، ۲۴) همخوانی دارد. Carter و همکاران متوجه شدند که طرحواره درمانی از اثربخشی مانندی با درمان CBT در مبتلایان به افسردگی برخوردار است و می‌تواند جایگزین کارامدی به جای این درمان در مبتلایان به افسردگی باشد (۲۴). Porter و همکاران نیز با تحقیق بر روی ۶۹ بیمار مبتلا به افسردگی عمده و ۵۸ فرد سالم دریافتند که عملکرد عصبی روان‌شناختی مبتلایان به افسردگی عمده بعد از طی یک دوره یک ساله درمان CBT و نیز ST بهبود یافته است (۶۳). با توجه به نتایج تحقیق حاضر و تحقیقات مشابه، بین این دو روش از نظر تأثیر بر نمرات افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد، بر این اساس می‌توان استنباط کرد که هر دو روش CBT و طرحواره درمانی می‌توانند به عنوان روش‌های درمانی مؤثر جهت کاهش علایم افسردگی در مبتلایان به درد مزمن به کار گرفته شود. همان طور که بحث شد، با توجه به تحقیقات اندک در این حیطه، قبل از تعمیم این نتایج، انجام تحقیقات بیشتر و با حجم نمونه بالاتر در مبتلایان به درد مزمن افسرده ضروری به نظر می‌رسد. همچنین، انجام تحقیقات مقایسه‌ای می‌تواند یکی از راهکارهای مفید برای مشخص شدن مداخلات اثربخش‌تر در این رابطه باشد (۶۴).

از مهم‌ترین محدودیت‌های تحقیق حاضر، عدم سکونت تعداد زیادی از مراجعه کنندگان به کلینیک‌های درد و نیز درمانگاه جراحی مغز و اعصاب در شهر تهران، نداشتن مدرک تحصیلی دیپلم در بسیاری از مبتلایان به کمردرد مزمن، عدم موافقت ریاست کلینیک درد جهت دعوت از متخصص بالینی دیگر برای اجرای یکی از روش‌های درمانی توسط ایشان و نیز مخالفت ریاست کلینیک درد جهت دعوت از همکار پژوهشگر برای اجرای پرسش‌نامه‌های تحقیق توسط ایشان بود.

سپاسگزاری

مطالعه حاضر برگرفته از نتایج پایان‌نامه دانشجویی مقطع دکتری تخصصی روان‌شناسی عمومی مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان (اصفهان) بود. بدین وسیله از استادان راهنما دکتر حمید طاهر نشاط دوست، دکتر هوشنگ طالبی و استاد مشاور دکتر محمدعلی اصغری مقدم که با ارایه نظرات ارزشمند خود موجب انجام دقیق‌تر تحقیق حاضر شدند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از دکتر محمدرضا شعیری که با راهنمایی‌های ارزنده خود در انجام بهتر پژوهش حاضر همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود. از دکتر هاشمیان و دیگر همکاران کلینیک فوق تخصصی درد بیمارستان اختر و همچنین، ریاست بیمارستان و دکتر طاهری، دکتر مؤمن‌زاده و سایر همکاران کلینیک فوق تخصصی درد بیمارستان امام حسین (ع) و دکتر ازهری، دکتر صفدری و دکتر محمدی و سایر همکاران درمانگاه جراحی مغز و اعصاب بیمارستان امام حسین (ع) و مدیریت درمانگاه قدردانی می‌گردد. در پایان، از کلیه بیمارانی که با شرکت در جلسات درمان در انجام طرح همکاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود.

References

1. King S, Chambers CT, Huguet A, MacNevin RC, McGrath PJ, Parker L, et al. The epidemiology of chronic pain in children and adolescents revisited: a systematic review. Pain 2011; 152(12): 2729-38.
2. Macfarlane GJ, Beasley M, Jones EA, Prescott GJ, Docking R, Keeley P, et al. The prevalence and management of low back pain across adulthood: results from a population-based cross-sectional study (the MUSICIAN study). Pain 2012; 153(1): 27-32.
3. Asghari Moghaddam M. The prevalence rate of chronic pain and some of its associations among the employees of a big industrial company in Tehran. Clinical Psychology and Personality 2004; 1(4): 1-14. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]

4. Azizpoor Y, Hemmati F, Sayehmiri K. Prevalence of life-time back pain in Iran: a systematic review and meta-analysis. Sci J Kurdistan Univ Med Sci 2013; 18(4): 102-12. [In Persian].
5. Reme SE, Tveito TH, Chalder T, Bjorkkjaer T, Indahl A, Brox JI, et al. Protocol for the Cognitive Interventions and Nutritional Supplements (CINS) trial: a randomized controlled multicenter trial of a brief intervention (BI) versus a BI plus cognitive behavioral treatment (CBT) versus nutritional supplements for patients with long-lasting muscle and back pain. BMC Musculoskelet Disord 2011; 12: 152.
6. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Lee S, Posada-Villa J, Kovess V, Angermeyer MC, et al. Mental disorders among persons with chronic back or neck pain: results from the World Mental Health Surveys. Pain 2007; 129(3): 332-42.
7. Currie SR, Wang J. Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. Pain 2004; 107(1-2): 54-60.
8. Mohammadzadeh F, Faghihzadeh S, Baghestani A, Asadi Lari M, Vaez Mahdavi M, Arab Kheradmand J, et al . Epidemiology of chronic pain in Tehran small area estimation of its prevalence in Tehran neighborhoods by Bayesian approach (Urban HEART-2 study). Iran J Epidemiol 2013; 9 (1): 19-31. [In Persian].
9. Waldman SD. Pain management. 2nd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Health Sciences; 2011.
10. Kerns RD, Haythornthwaite JA. Depression among chronic pain patients: cognitive-behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. J Consult Clin Psychol 1988; 56(6): 870-6.
11. Worz R. Pain in depression - depression in pain. Pain: Clinical Updates 2003; 11(5): 1-4.
12. Kroenke K, Shen J, Oxman TE, Williams JW, Jr., Dietrich AJ. Impact of pain on the outcomes of depression treatment: results from the RESPECT trial. Pain 2008; 134(1-2): 209-15.
13. Abdulghaderi M, Kafi SM, Saberi A, Ariapouran S. The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and cognitive-behavioral therapy on the decline of pain, depression and anxiety in patients with chronic low back pain. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 21(6): 795-807. [In Persian].
14. Spinhoven P, Ter KM, Kole-Snijders AM, Hutten MM, Den Ouden DJ, Vlaeyen JW. Catastrophizing and internal pain control as mediators of outcome in the multidisciplinary treatment of chronic low back pain. Eur J Pain 2004; 8(3): 211-9.
15. Mehrabian N. The effectiveness of cognitive-behavior intervention of headache and anger control on the decline of depression, anxiety and impairment of daily function of patients with chronic low back pain [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Educational Sciences, Shahed University; 2010. [In Persian].
16. Vakili N, Neshat-Dust HT, Asgari K, Rezaei F, Najafi MR. The effect of cognitive-behavioral group pain management therapy on depression of the female with chronic low back pain. Journal of Clinical Psychology 2010; 1(4): 11-9. [In Persian].
17. Bagherizadeh Ledari R. Evaluate the effectiveness of cognitive-behavior therapy in patients with non-malignant chronic back pain [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Educational Sciences, Shahed University; 1998. [In Persian].
18. Poshtmashhadi M. Evaluate the effectiveness of cognitive-behavior therapy in pain disorder [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences; 2001. [In Persian].
19. Asgharipour N. Efficacy of cognitive-behavioral group intervention on self-esteem, depression and attribution styles of students [MSc Thesis]. Tehran, Iran: Institute of Psychiatry, Iran University of Medical Sciences; 2006. [In Persian].
20. Hamedi V. Evaluate the effectiveness of cognitive-behavior intervention of headache and anger control on reduce symptoms of migraine headaches, stress and depression in a sample of patients with migraine headache and compare the results with a control group [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Educational Sciences, Shahed University; 2009. [In Persian].
21. Mohseni V. Evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy of stress management on the intensity and frequency of headache, anxiety and depression in women with migraine and tension headaches in Isfahan [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan; 2009. [In Persian].
22. Shahidi Shakib M. Compare the effectiveness of both cognitive-behavioral therapy model focused on exposure and attention control on the emotional components and pain intensity in patients with chronic low back pain [MSc Thesis]. Tehran, Iran: School of Educational Sciences, Shahed University; 2011. [In Persian].
23. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York, NY: Guilford Press; 2003. p. 436.
24. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR. Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. J Affect Disord 2013; 151(2): 500-5.
25. Fournier JC, DeRubeis RJ, Shelton RC, Hollon SD, Amsterdam JD, Gallop R. Prediction of response to medication and cognitive therapy in the treatment of moderate to severe depression. J Consult Clin Psychol 2009; 77(4): 775-87.
26. Hollon SD, DeRubeis RJ, Shelton RC, Amsterdam JD, Salomon RM, O'Reardon JP, et al. Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(4): 417-22.
27. Riso LP, du Toit PL D, Stein DJ, Young JE. Cognitive schemas and fundamental beliefs in psychological problems: A practical guide for professionals and therapists. Trans. Moludi R, Ahmadi S. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2011. [In Persian].
28. Beck J. Cognitive therapy for problematic patients. Trans. Hamidpour H, Anduz Z, Hamidi SH, H Jomepour H. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2012. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]

29. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange; 1990.
30. Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford Press; 1979.
31. Atalay H, Atalay F, Bagdacicek S. Effect of short-term antidepressant treatment on early maladaptive schemas in patients with major depressive and panic disorder. Int J Psychiatry Clin Pract 2011; 15(2): 97-105.
32. Eberhart NK, Auerbach RP, Bigda-Peyton J, Abela JRZ. Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. J Soc Clin Psychol 2011; 30(1): 75-104.
33. Dozois DJ, Rnic K. Core beliefs and self-schematic structure in depression. Current Opinion in Psychology 2015; 4: 98-103.
34. Orue I, Calvete E, Padilla P. Brooding rumination as a mediator in the relation between early maladaptive schemas and symptoms of depression and social anxiety in adolescents. J Adolesc 2014; 37(8): 1281-91.
35. Renner F, Arntz A, Leeuw I, Huibers M. Treatment for chronic depression using schema therapy. Clin Psychol Sci Pract 2013; 20(2): 166-80.
36. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. J Behav Ther Exp Psychiatry 2014; 45(3): 319-29.
37. Renner F, Arntz A, Peeters FP, Lobbestael J, Huibers MJ. Schema therapy for chronic depression: Results of a multiple single case series. J Behav Ther Exp Psychiatry 2016; 51: 66-73.
38. Zereh Poush A. The effectiveness of schema therapy on chronic depression of Isfahan University students [MSc Thesis]. Isfahan, Iran: School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan; 2011. [In Persian].
39. Saariaho THJ, Saariaho ASI, Karila IA, Joukamaa MI. Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic male and female pain patients. Scand J Pain 2010; 1(4): 196-202.
40. Saariaho TH, Saariaho AS, Karila IA, Joukamaa MI. Early maladaptive schemas in Finnish adult chronic pain patients and a control sample. Scand J Psychol 2011; 52(2): 146-53.
41. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. Early maladaptive schema factors, pain intensity, depressiveness and pain disability: an analysis of biopsychosocial models of pain. Disabil Rehabil 2012; 34(14): 1192-201.
42. Momeni K, Bagiyan Kulemarez MJ, Mohammadi O, Bahrami P, Zarei F. Comparing the early maladaptive schemas and lifestyle among the patients with depression and multiple sclerosis and normal people. J Kermanshah UnivMed Sci 2015; 19(6): 343-52. [In Persian].
43. Heshmati R. Predicting of chronic pain based on early maladaptive schema. J Anesth Pain 2016; 7(1): 49-60. [In Persian].
44. Nicholas M, Molloy A, Tonkin L, Beeston L. Manage your pain: Practical and positive ways of adapting to chronic pain. London, UK: Souvenir Press; 2006.
45. Von Korff M, Dworkin SF, Le Resche L. Graded chronic pain status: an epidemiologic evaluation. Pain 1990; 40(3): 279-91.
46. Von Korff M, Ormel J, Keefe FJ, Dworkin SF. Grading the severity of chronic pain. Pain 1992; 50(2): 133-49.
47. Danialy H. A pilot study of psychometric properties of Graded Classification of Chronic Pain Scale in clinical and non-clinical Iranian patients with chronic pain [Thesis]. Tehran, Iran: School of Educational Sciences, Shahed University; 2016. [In Persian].
48. Henry JD, Crawford JR. The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. Br J Clin Psychol 2005; 44(Pt 2): 227-39.
49. Asghari Moghadam MA, Mehrabian N, Paknejad M, Saed F. Psychometric characteristics of depression, anxiety and stress scales among patients with chronic pain. Journal of Psychology and Education 2010; 40(1): 13-42. [In Persian].
50. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: core beliefs among bulimic and comparison women. Cognit Ther Res 2001; 25(2): 137-47.
51. Saariaho T, Saariaho A, Karila I, Joukamaa M. The psychometric properties of the Finnish Young Schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. J Behav Ther Exp Psychiatry 2009; 40(1): 158-68.
52. Lachenal-Chevallet K, Mauchand P, Cottraux J, Bouvard M, Martin R. Factor analysis of the Schema Questionnaire-Short Form in a nonclinical sample. J Cogn Psychother 2006; 20(3): 311-8.
53. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie M E, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfehanian N. Factor analysis of the Young Schema Questionnaire-Short Form in a nonclinical Iranian sample. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2008; 14(2): 214-9. [In Persian].
54. Ahi G, Mohammadifar MA, Besharat MA. Reliability and validity of Young's Schema Questionnaire-Short Form. Journal of Psychology and Education 2007; 37(3): 5-20. [In Persian].
55. Turk DC, Rudy TE. Persistent pain and the injured worker: Integrating biomedical, psychosocial, and behavioral factors in assessment. J Occup Rehabil 1991; 1(2): 159-79.
56. Turk DC. Customizing treatment for chronic pain patients: who, what, and why. Clin J Pain 1990; 6(4): 255-70.
57. Fishbain DA, Goldberg M, Meagher BR, Steele R, Rosomoff H. Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria. Pain 1986; 26(2): 181-97.
58. Linton SJ, Nicholas MK, MacDonald S, Boersma K, Bergbom S, Maher C, et al. The role of depression and catastrophizing in

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]

musculoskeletal pain. Eur J Pain 2011; 15(4): 416-22.
59. Wade JB, Riddle DL, Price DD, Dumenci L. Role of pain catastrophizing during pain processing in a cohort of patients with chronic and severe arthritic knee pain. Pain 2011; 152(2): 314-9.
60. Beck AT. Depression: Causes and treatment. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press; 1967. p. 364.
61. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons; 2000. p. 236.
62. Hamidpour H. Compare the effectiveness of cognitive therapy with schema therapy in the treatment of women with generalized anxiety disorder: Symptom decrease, function improvement, change mediator variables and the process of sign changing [Thesis]. Tehran, Iran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2009. [In Persian].
63. Porter RJ, Bourke C, Carter JD, Douglas KM, McIntosh VV, Jordan J, et al. No change in neuropsychological dysfunction or emotional processing during treatment of major depression with cognitive-behaviour therapy or schema therapy. Psychol Med 2016; 46(2): 393-404.
64. Thorn BE, Boothby JL, Sullivan MJL. Targeted treatment of catastrophizing for the management of chronic pain. Cogn Behav Pract 2002; 9(2): 127-38.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]

A Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy and Schema Therapy on the Reduction of Depression among Patients with Chronic Low Back Pain in Tehran, Iran

Mahdieh Yousefzadeh[1], Hamid Taher Neshatdust[2], Houshang Talebi[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Depression is one of the most common comorbidities of chronic pains such as chronic back pain and is the cause of limitations in the efficacy of cognitive-behavioral therapies (CBTs) in individuals with chronic pain. The existence of similar limitations and problems in cognitive-behavioral programs for the treatment of depression has caused a growing trend in the use of schema therapy by researchers in this regard. The aim of the present study was to compare the effectiveness of CBT and schema therapy on the reduction of depression in Iranian patients with chronic low back pain.

Methods and Materials: The present clinical trial was conducted with a quasi-experimental design, pretest-posttest, fallow-up, and control group. In this study, 35 patients with chronic low back pain who were referred to pain specific clinics or neurosurgery clinics of Akhtar Hospital and Imam Hussein Hospital (AS) in Tehran, Iran, were selected through purposive sampling method. All patients completed the Chronic Pain Questionnaire, and Depression Subscale of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21) in the pretest, posttest, and 2 months follow-up stages. Moreover, the schema therapy group completed the 90-Item Short Form of Young Schema Questionnaire (YSQ-SF) in addition to the mentioned questionnaires. Mixed effect regression model was used in SPSS software to investigate the efficacy of the two therapy methods on the reduction of depression in patients with chronic back pain.

Findings: Results showed that CBT ($P < 0.005$) and schema therapy ($P < 0.033$) had significant impacts on depression in patients with chronic low back pain in the 2 months follow-up stage. However, there was no significant difference between the two groups in terms of depression reduction in this stage ($P < 0.519$).

Conclusions: Both CBT and schema therapy are effective in improving symptoms of depression in patients with chronic low back pain and can be used as appropriate treatment methods in patients with chronic pain and depression.

Keywords: Chronic pain, Chronic back pain, Depression, Cognitive behavior therapy, Schema therapy

Citation: Yousefzadeh M, Neshatdust HT, Talebi H. **A Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavior Therapy and Schema Therapy on the Reduction of Depression among Patients with Chronic Low Back Pain in Tehran, Iran.** J Res Behav Sci 2017; 15(1): 67-77.

Received: 14.12.2016 Accepted: 21.02.2017

1- PhD Candidate, Department of Psychology, Khurasgan Branch (Isfahan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2- Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3- Associate Professor, Department of Statistics, School of Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Hamid Taher Neshatdust, Email: h.neshat@edu.ui.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-26]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1396.15.1.10.9]