

# Comparison of the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Schema Therapy on Depression, Anxiety in Mothers with Autistic Children

Sh. Rezaei<sup>1</sup>, M. Mojtabaei<sup>2\*</sup> & A. Shomali Oskoei<sup>3</sup>

1. PhD student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran. Email: shahram\_rezayi90@ymail.com. ORCID: 0000-0003-4288-0758

2. Associate Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran. Email: mojtabaie\_in@yahoo.com. ORCID: 0000-0002-4131-0676

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran. Email: arezooskoei@yahoo.com

## Abstract

**Aim:** This study's aim was to compare the effectiveness of Intensive short-term dynamic psychotherapy and schema therapy on depression and anxiety in mothers with autistic children. **Methods:** The research method was quasi-experimental with pre-test-post-test design with control and follow-up group for three months and the statistical population included all mothers of autistic children in educational and rehabilitation centers in Tehran in 2020. 45 people were purposefully selected and randomly assigned to two experimental groups and one control group (15 people in each group). Intensive short-term dynamic psychotherapy sessions and schema therapy were held in 12 sessions of 60 minutes, individually, one session per week. Subjects completed Beck Depression Inventory (1996) and Beck Anxiety Inventory (1998) in the pre-test-post-test and follow-up stages. The data of the present study were analyzed using repeated measures analysis of variance. **Results:** The results showed that both intensive short-term dynamic psychotherapy and schema therapy had reduced depression and anxiety compared to the control group and this effect was stable in follow-up ( $P < 0.01$ ). But intensive short-term dynamic psychotherapy has further reduced depression compared to schema therapy. In contrast, the effect of the two treatments on anxiety at the level ( $P > 0.05$ ) was not significant. **Conclusion:** It was concluded that intensive short-term dynamic psychotherapy is a more effective method to reduce depression in mothers with children with autism compared to schema therapy.

**Key words:** *Anxiety, Autism, Depression, Dynamic Psychotherapy, Schema Therapy.*

## مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم شهرام رضایی<sup>۱</sup>، مینا مجتبابی<sup>۲\*</sup> و آرزو شمالی اسکویی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: shahram\_rezayi90@ymail.com کد ارکید: 0000-0003-4288-0758

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: mojtabaie\_in@yahoo.com کد ارکید: 0000-0002-4131-0676

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: arezooskoei@yahoo.com

### چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم انجام شد. **روش:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماه و جامعه‌ی آماری شامل تمامی مادران کودکان اوتیستیک مراکز آموزشی و توان‌بخشی شهر تهران در سال ۹۹ بود. ۴۵ نفر به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، به‌صورت فردی، هفته‌ای یک جلسه برگزار شد. آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (۱۹۹۶) پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۸) را تکمیل کردند. داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر دو روش روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش افسردگی و اضطراب شده است و این تأثیر در پیگیری نیز پایدار بود ( $P < 0/01$ ). ولی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با طرح‌واره درمانی افسردگی را بیشتر کاهش داده است. در مقابل تفاوت اثر دو شیوه درمان بر اضطراب در سطح ( $P > 0/05$ ) معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** نتیجه‌گیری شد روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با طرح‌واره درمانی روش مؤثری برای کاهش افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم است.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب، افسردگی، اوتیسم، روان‌درمانی پویایی، طرح‌واره درمانی.

## مقدمه

اختلال طیف اوتیسم نوعی اختلال عصبی رشدی است که با نقص در ارتباطات و تعامل اجتماعی و همچنین علایق محدود و رفتارهای کلیشه‌ای مشخص می‌شود (نرزیسی و همکاران، ۲۰۲۰). شیوع اختلال اوتیسم در سال ۲۰۱۴ از هر ۵۹ کودک، ۱ کودک با اختلال اوتیسم تشخیص داده شده است که نسبت به گزارش سال ۲۰۱۲، ۳۰ درصد افزایش داشته است (بایو و همکاران، ۲۰۱۸). در ایران نیز طی مطالعه‌ای نشان داده شد که شیوع اوتیسم در میان کودکان پنج‌ساله ایرانی ۶/۲۶ در هر ۱۰۰۰۰ نفر است (صمدی و همکاران، ۲۰۱۵). درعین حال، اوتیسم اختلالی مادام‌العمر و ناتوان‌کننده است که نه تنها خود کودک، بلکه خانواده را هم تحت تأثیر قرار می‌دهد و باعث ایجاد پیامدهای منفی زیادی برای آن‌ها می‌شود (جاسیم و همکاران، ۲۰۲۱).

اختلال اوتیسم موجب تخریب عملکرد فردی، اجتماعی، هیجانی و تحصیلی در کودکان می‌شود. فقدان برقراری ارتباط مناسب با دیگران، عدم ارتباط چشمی، ناتوانی در به‌کارگیری جملات و عبارات مناسب، مشکل در یادگیری، علایق و فعالیت‌های محدود، نقص توجه، پرخاشگری و خودزنی از مشکلات ناشی از این اختلال است. به همین دلیل کودکان مبتلا به اوتیسم در زندگی روزمره با چالش‌های زیادی روبرو هستند (زمانی و همکاران، ۱۴۰۰). از این رو، با توجه به ویژگی‌های این اختلال و همچنین تشخیص دشوار و دیر هنگام، عود علائم بعد از یک دوره طبیعی رشد کودک، عدم درمان قطعی و مؤثر و پیش‌آگهی نه‌چندان مطلوب می‌تواند فشار روانی مضاعفی را بر والدین و سایر اعضای خانواده تحمیل کند (شوختنبرگ و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس تحقیقات انجام‌شده، والدین کودکان اوتیستیک در مقایسه با والدین کودکان عادی، در بسیاری از جنبه‌های فرزند پروری، تنش‌های متعدد مادی و روانی زیادی متحمل می‌شوند. به‌گونه‌ای که وجود کودک اوتیستیک، والدین آن‌ها به‌ویژه مادران را در معرض خطر اختلالات روان‌پزشکی همچون افسردگی و اضطراب قرار می‌دهد (دشامز و همکاران، ۲۰۲۰).

اکثر مادران به هنگام تشخیص اختلال اوتیسم، دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی می‌شوند. در پژوهشی که به بررسی مشکلات مادران کودکان اوتیسم پرداخته است، نشان داد مادران کودکان اوتیسم به مشکلاتی مانند برچسب خوردن کودک و خانواده، مقصر دانستن مادر در شکل‌گیری اختلال، مقایسه کودک مبتلا با کودک عادی و تردید در تأثیر برنامه‌های آموزشی که منجر به کاهش روابط اجتماعی و مشکلات خانوادگی شده بود و در تمامی موارد علائم افسردگی را تجربه می‌کردند (ادیبی سده و همکاران، ۱۳۹۷)؛ و ارتباط مشکلات

رفتاری کودک بر زندگی خانوادگی و به دنبال آن بالا رفتن نشانه‌های افسردگی و اضطراب در این مادران تأیید شده است (کیم و همکاران، ۲۰۱۶).

درواقع، به علت ماهیت پیچیده این اختلال، والدین کودکان اوتیستیک، میزان بالایی از اضطراب، افسردگی، استرس و سایر مشکلات روان‌شناختی را تجربه می‌کنند (فاطیما و همکاران، ۲۰۲۱). شواهد حاکی از آن است که مادران کودکان مبتلابه اوتیسم نسبت به مادران سایر کودکان استثنایی دارای سطوح بالاتری از اضطراب و کیفیت زندگی پایین‌تری هستند. از این‌رو، ناکامی و محرومیت ناشی از نابهنجاری کودک می‌تواند باعث گوشه‌گیری مادر، مایل نبودن به تعامل اجتماعی و احساس خود ناکارآمدی والدگری، بی‌ارزشی که پیامد آن افزایش اضطراب، پایین بودن عزت‌نفس، افسردگی و خطرات سلامت روان برای مادر است (ساپکوتا و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهشی، بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) به مقایسه ویژگی‌های روان‌نژندی والدین کودکان اوتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی شهر تبریز پرداختند، نتایج به‌دست‌آمده مؤید آن بود که والدین کودکان اوتیسم در مؤلفه‌های افسردگی، خشم، اضطراب، آسیب‌پذیری به استرس، تکانشی بودن و خودآگاهی به‌مراتب وضعیت دشوارتری نسبت به دو گروه دیگر داشتند؛ بنابراین انجام مداخلات روان‌شناختی که به کاهش افسردگی و اضطراب در مادران کودکان اوتیسم کمک کند، ضرورت می‌یابد.

یکی از رویکردهایی که می‌تواند برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم مفید واقع شود، روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده است. دیدگاه روان‌پویشی کوتاه‌مدت فشرده از مدل روانکاوی فروید سرچشمه می‌گیرد که توسط دانشمند ایرانی به نام دوانلو در دانشگاه مک‌گیل طراحی و توسعه یافت. تأکید روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کمک فوری به بیمار برای تجربه احساسات ناهشیار است که منجر به اضطراب ناهشیار، علائم اختلال و دفاع‌های مختلف شده است. مقوله‌های مهم این رویکرد عبارتند از: تجربه احساسات واقعی، مقاومت، اضطراب و مثلث تعارض و شخص، الگوهای مشترک بین رویکرد دوانلو و دیدگاه فروید در درمان است (دلا روزا، ۲۰۱۶). دیدگاه روان‌پویشی مبتنی بر این ایده است که افکار و احساسات ناهشیار عوامل مهم رفتار هستند. رویکرد روان‌پویشی به رفتار به درجات مختلف بر این فرض استوار است که رفتار قابل‌مشاهده (پاسخ‌های آشکار) تابعی از فرآیندهای روان‌شناختی درونی (رویدادهای پنهان) است. نظریه‌پردازان روان‌پویشی بر این باورند که شخصیت ترکیبی از رویدادهای درونی و بیرونی است که در آن رویدادهای درونی نقش مؤثرتری را ایفا می‌کنند (سورنسن و همکاران، ۲۰۱۹). در این درمان، تمرکز بر مشکلات رفتاری و احساسات منطبق با آن‌ها و چالش با دفاع‌هایی است که از لمس احساسات واقعی جلوگیری می‌کند. درواقع، چالش

و خنثی‌سازی دفاع‌ها تنها مسیر رسیدن به احساسات واقعی است. تحقیقات نشان داده است تجربه، لمس و آگاه شدن نسبت به احساسات و هیجانات سرکوب‌شده باعث رشد عواطف می‌شود (جوهرانسون و همکاران، ۲۰۱۴). به‌طور کلی، این درمان بر پایه تکنیک بازگشایی ناهشیار<sup>۱</sup> در طی یک جلسه مصاحبه منفرد نشان داده‌شده بر طیف وسیعی از بیماران اختلال‌های نشان‌های، اختلال‌های منش و ساختار منش شکننده<sup>۲</sup> مؤثر است (نوروزی و همکاران، ۱۳۸۷). همچنین پژوهش‌های متعددی در زمینه تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت بر افسردگی (تون و همکاران، ۲۰۲۱؛ طورانی و همکاران، ۱۳۹۹) و نیز بر اضطراب (احمدی و همکاران، ۱۴۰۰؛ امانی و همکاران، ۱۳۹۹) نشان داده‌اند.

علاوه بر مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده، یکی دیگر از درمان‌هایی که بر مسائل روان‌شناختی از جمله افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم می‌تواند مؤثر باشد، طرح‌واره درمانی است. طرح‌واره درمانی، درمانی یکپارچه و نوینی است که توسط یانگ و همکارانش و عمدتاً بر اساس مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری برای درمان اختلالات منش بنا شده است (بوترووون دی هان و همکاران، ۲۰۱۹). طرح‌واره درمانی بر الگوهای خود تخریبی تفکر، احساس و رفتار متمرکز است که ریشه در دوران کودکی فرد دارد و در طول زندگی فرد تکرار می‌شود. در چارچوب اصطلاحات طرح‌واره درمانی، این الگوها را طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه<sup>۳</sup> می‌نامند (فرهادی و همکاران، ۱۴۰۱). به گفته یانگ یکی از اصلی‌ترین عوامل در شکل‌گیری مشکلات شخصیتی و اختلالات روانی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است. یانگ بر این باور است که برخی از این طرح‌واره‌ها - بالأخص آن‌هایی که در نتیجه تجربیات نامطلوب دوران کودکی شکل گرفته‌اند - ممکن است در هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات محور I قرار داشته باشند (یانگ و همکاران، ۱۳۹۸). بنابراین، در این درمان با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین فردی به بیماران کمک می‌شود که بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه خویش غلبه کنند و هدف اولیه آن، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌ها است و هدف نهایی آن نیز بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (رنز و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع، رویکرد طرح‌واره درمانی بر مواردی تأکید دارند که افراد ممکن است نقش مهمی در ایجاد مشکلات خود نداشته باشند، اما قطعاً آن‌ها در ادامه دادن مشکلات خود نقش دارند. به همین دلیل، در روند طرح‌واره درمانی تلاش بر این است با درد و رنجی که مردم در نتیجه زندگی گذشته خود متحمل شده‌اند همدلی شود (نصیری

1. Unlocking the unconscious

2. Fragile character structure

3. Early Maladaptive Schemas

و همکاران، ۱۴۰۰). و همچنین درمانگر و بیمار برای مشکلات فعلی رابطه‌ی دوسویه باهم برقرار می‌کنند که از طریق کاهش آسیب‌پذیری سعی می‌شود دامنه تأثیرگذاری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را بکهند (مالک و همکاران، ۲۰۲۱). تاکنون این درمان در کاهش علائم و نشانه‌های افسردگی (هرتس و ایوانز، ۲۰۲۱؛ فرهادی و همکاران، ۱۴۰۱؛ نصرت‌آبادی و افضل‌گروه، ۱۳۹۹) و نیز بر اضطراب (پیترز، ۲۰۲۱؛ ورمازیار، ۲۰۲۱) استفاده و اثربخشی آن مثبت و معنادار گزارش شده است.

براین اساس، با توجه به شیوع روزافزون اختلال طیف اوتیسم و همچنین با توجه به اینکه در ایران ۷۲/۴ درصد مادران کودکان اوتیسم دچار اضطراب و حدود نیمی از آن‌ها مشکل افسردگی دارند و اینکه فشار روانی در بین جمعیت مادران کودکان مبتلابه اختلال اوتیسم (کوشا و همکاران، ۲۰۱۶) و اثرات منفی آن بر عملکرد مادران در زندگی و نیز هزینه‌هایی که به دنبال آن بر جامعه و خانواده‌ها تحمیل می‌شود، انجام چنین پژوهشی، در راستای اقدام‌های مؤثر بر سلامت روان مادران کودکان اوتیستیک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. حال با عطف توجه به پیشینه پژوهشی، مشاهده گردیده که در جوامع آماری مختلف، درمان پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی تأثیر بسزایی بر مؤلفه‌های روان‌شناختی مختلف داشته است، اما نکته حائز اهمیت این است که هیچ پژوهشی جهت بررسی اثر روش درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر مؤلفه‌های افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم صورت نگرفته است. لذا با استناد به یافته‌ها و ادبیات پژوهش و اهمیت بررسی علمی بیشتر، این پژوهش باهدف تعیین و مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم، برای آزمون فرضیه‌های زیر اجرا شد.

۱. روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم اثر دارد.

۲. طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم اثر دارد.

۳. بین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم تفاوت وجود دارد.

**روش**

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و کنترل و مرحله پیگیری سه ماه بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان اوتیسم در مراکز توان‌بخشی و آموزشی شهر تهران در سال ۹۹ بودند. حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی (هر گروه ۱۵ نفر) در نظر گرفته شد (کوئین و همکاران، ۲۰۰۲)؛ از این رو با استفاده از نمونه‌گیری هدفمند از میان مادران دارای کودکان مبتلا اوتیسم ۴۵ نفر انتخاب شد و در سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر)، دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل به صورت تصادفی گمارش شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: مادران دارای فرزند اوتیستم، اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش، نداشتن مشکلات جدی روان‌شناختی در مادران بود. غیبت بیش از دو جلسه طی مجموع جلسات درمانی، سن مادران زیر ۲۰ بالای ۴۵ سال، جزء معیارهای خروج از مطالعه در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی رعایت شده در این مطالعه به این شرح بود: شرکت در مطالعه داوطلبانه بود و رضایت‌نامه کتبی از شرکت‌کنندگان اخذ شد؛ نام شرکت‌کنندگان در پرسشنامه‌های پژوهش درج نشد. آزمودنی‌ها در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری پرسشنامه افسردگی و اضطراب را تکمیل کردند.

## ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم! این پرسشنامه فرم تجدیدنظر شده اولین نسخه از پرسشنامه افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۹۶) است و شامل ۲۱ گویه است که علائم شناختی، جسمانی و رفتاری افسردگی را اندازه‌گیری می‌کند. مقادیر کمی برای هر ماده از ۰ تا ۳ است. محدوده نمرات بین (۰-۶۳) قرار دارد. نمره‌ی (۰-۱۳) نشان‌دهنده عدم افسردگی، افسردگی خفیف (۱۴-۱۹)، افسردگی متوسط (۲۰-۲۸) و (۲۹-۳۶)، نشان‌دهنده افسردگی شدید است. بک و همکاران در پژوهش‌های صورت گرفته دریافتند که این آزمون از قابلیت اعتماد مطلوب برخوردار است. نتایج پژوهش بک و همکاران (۱۹۹۶)، همبستگی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ و اعتبار باز آزمایی آن را ۰/۹۳ گزارش داد. این پرسشنامه در ایران با اجرا بر روی یک نمونه ۹۴ نفری، ضریب آلفا را ۰/۹۴، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹ و ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۴ گزارش شده است (موتایی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۴ به دست آمد.

---

<sup>1</sup>. Beck Depression Inventory (BDI-II)

۲. پرسشنامه اضطراب بک! این پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ سؤالی توسط بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ طراحی گردید است که شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهاربخشی از ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شود. نمرات در دامنه ۹ تا ۶۳ قرار می‌گیرند که نمره ۰ تا ۷ هیچ یا کمترین اضطراب، نمره ۸ تا ۱۵ اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد؛ و نمرات بالاتر نشان‌دهنده اضطراب بیشتر هست. بک و همکاران روایی محتوایی این آزمون را مطلوب و پایایی به روش ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲ گزارش کردند. همچنین پایایی آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ گزارش شد. آزمون موردنظر در ایران دارای روایی ( $r=0/72$ )، پایایی ( $r=0/83$ ) و ثبات درونی ( $\text{Alpha}=0/92$ ) مناسبی است. پایایی به روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد (کاوایی و موسوی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۷۷ به دست آمد.

همان‌طور که گفته شد، اعضای هر سه گروه طی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. ضمن اینکه گروه آزمایش (۱) طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اصول طرح‌واره درمانی (بانگ و همکاران، ۱۳۹۸) را مطابق جدول (۱) و گروه آزمایش (۲) طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده دوانلو (۱۹۹۵) را مطابق جدول (۲) دریافت کرد. در حالیکه گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را در زمان انجام پژوهش دریافت نکرد.

### جدول ۱. شرح جلسات طرح‌واره درمانی

اهداف جلسه	جلسه
ایجاد یک رابطه متقابل و برخوردار از تشریک‌مساعی، توضیح مدل طرح‌واره به زبان ساده، اخذ رضایت‌نامه آگاهانه، ارائه آزمون‌های پژوهش.	یکم
ارزیابی مشکلات بیمار، ارزیابی سبک‌های مقابله‌ای، مفهوم‌سازی مشکل مادران بر اساس رویکرد طرح‌واره و تکمیل فرم مفهوم‌پردازی.	دوم و چهارم
تردید و بی‌اعتبار سازی طرح‌واره‌های غالب در مادران با استفاده از فن‌های شناختی.	پنجم و ششم
آشنا کردن مادران باریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها با استفاده از فن‌های تجربی و درک راه‌کارهای ناسازگارانه ارضای نیازهای هیجانی.	هفتم و نهم

<sup>1</sup>. Beck Anxiety Inventory (BAI)



دهم و دوازدهم      ترغیب مادران در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانۀ برای ارضا نیازه‌های هیجانی اساسی و وادار داشتن مادران به آمادۀ ساختن چک‌لیستی از مهارت‌های آموخته‌شده در درمان و پیشگیری از عود.

## جدول ۲. شرح جلسات روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده

جلسه	اهداف جلسه
اول	اولین جلسه گفتن قواعد اجرای جلسات درمانی و اجرای توالی پویشی که درمان‌گری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل مادران پرداخته شد.
دوم	در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به نوع دفاع‌های (یازده‌گانه) مادران، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هرکدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هرکدام به‌طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
۱	کار با دفاع‌های تاکتیکی کلمات سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، کلمات پوششی. مداخلات مؤثر؛ تردید در دفاع، چالش کردن، چالش با دفاع.
۲	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده مادران، دفاع‌های تاکتیکی کلام فرضیه‌ای و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع‌های مادران و تردید در دفاع.
۳	بررسی دفاع دلیل تراشی و تعمق. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن‌سازی، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع و مسدود کردن دفاع.
۴	دفاع‌های کلی‌گویی و تعمیم دادن و عقلانی‌سازی. مداخله‌های مؤثر: روشن‌سازی، مسدود کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.
۵	تاکتیک‌های متنوع سازی و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: سد کردن دفاع و تردید در دفاع چالش با دفاع.
۶	انکار و تکذیب کردن، مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع، تردید در دفاع و چالش با دفاع.
۷	بیرونی‌سازی و ابهام، مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع و چالش با دفاع.
۸	طفره‌روی، تردید و سواسی: مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع، چالش با دفاع.
۹	جسمانی‌سازی و کنش ورزی به‌عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن‌سازی دفاع.
۱۰	سرکشی، نافرمانی. مقدمه‌چینی و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.
۱۱	صحبت کردن به‌جای لمس کردن احساسات. علائم غیرکلامی تبعیت - انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن. تردید در دفاع، چالش با دفاع. روشن کردن، چالش.
جلسه آخر (دوازدهم)	در جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و بخصوص زمان انجام پس‌آزمون اعلام و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

شیوه اجرا:

به دلایل اخلاقی، به کلیه شرکت‌کنندگان این اطمینان داده شد که کلیه اطلاعات به‌دست‌آمده از این مطالعه صرفاً به‌منظور ارائه نتایج در رساله بوده و تمامی اطلاعات تا پایان محرمانه باقی خواهد ماند. همچنین به آن‌ها یادآوری شد که می‌توانند هر زمان که تمایل داشتند مطالعه را ترک کنند. پس از تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان، در مرحله بعد ابزارها به‌عنوان پیش‌آزمون بر روی شرکت‌کنندگان گروه‌های مداخله و گواه انجام شد. سپس، افراد گروه آزمایش اول مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده به‌صورت فردی هفته‌ای یک جلسه و همچنین گروه آزمایش دوم مداخله طرح‌واره درمانی به‌صورت فردی هفته‌ای یک جلسه طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند و گروه گواه هیچ نوع مداخله دریافت نکردند. در پایان مداخله، تمامی شرکت‌کنندگان در هر ۳ گروه پرسشنامه‌ها را برای پس‌آزمون و پس از ۳ ماه برای پیگیری تکمیل کردند. برای رعایت موازین اخلاقی پس از پایان پژوهش، گروه گواه نیز به دو گروه تقسیم و هر گروه در ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی را دریافت کردند. در پژوهش حاضر جهت مقایسه متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌شرط برقراری پیش‌شرط‌های آزمون و نرم‌افزار SPSS-۲۶ استفاده شد.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت‌کنندگان در گروه روان‌درمانی پویایی به ترتیب برابر با ۳۴/۳۳ و ۶/۹۷ سال، در گروه طرح‌واره درمانی به ترتیب برابر با ۳۱/۹۳ و ۷/۳۰ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۳۲/۰۰ و ۷/۰۲ سال بود. در گروه روان‌درمانی پویایی میزان تحصیلات ۵ نفر دیپلم، ۲ نفر فوق‌دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق‌لیسانس بود. در گروه طرح‌واره درمانی میزان تحصیلات ۴ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق‌دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۳ نفر فوق‌لیسانس بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۶ نفر دیپلم، ۳ نفر فوق‌دیپلم، ۴ نفر لیسانس و ۲ نفر فوق‌لیسانس بود. در گروه روان‌درمانی پویایی ۵ نفر از شرکت‌کنندگان یک فرزند، ۶ نفر دو فرزند و ۴ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. در گروه طرح‌واره درمانی ۷ نفر از شرکت‌کنندگان یک فرزند، ۶ نفر دو فرزند و ۲ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. در گروه کنترل ۶ نفر از شرکت‌کنندگان یک فرزند، ۷ نفر دو فرزند و ۲ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. جدول ۳ میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) افسردگی و اضطراب در سه گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

جدول ۳: میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) افسردگی و

اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
میانگین (انحراف استاندارد)	افسردگی	روان‌درمانی پویش	۲۰/۴۰ (۲/۴۲)	۱۲/۲۰ (۲/۵۹)
		طرح‌واره درمانی	۲۱/۱۳ (۵/۵۴)	۱۶/۲۰ (۳/۳۰)
		کنترل	۲۰/۴۷ (۴/۵۵)	۲۱/۰۷ (۴/۰۵)
		روان‌درمانی پویش	۲۰/۸۷ (۴/۲۶)	۱۱/۲۷ (۳/۰۶)
	اضطراب	طرح‌واره درمانی	۲۰/۰۷ (۴/۳۵)	۱۴/۱۳ (۴/۲۹)
		کنترل	۲۰/۹۳ (۳/۳۴)	۲۱/۳۳ (۳/۷۹)
شاپیرو- ویلک (سطح معناداری)	افسردگی	روان‌درمانی پویش	۰/۹۷۰ (۰/۸۵۷)	۰/۹۶۵ (۰/۷۷۷)
		طرح‌واره درمانی	۰/۹۷۸ (۰/۹۵۴)	۰/۹۲۲ (۰/۲۱۰)
		کنترل	۰/۹۱۹ (۰/۱۸۳)	۰/۹۱۱ (۰/۱۴۰)
		روان‌درمانی پویش	۰/۹۴۶ (۰/۴۶۴)	۰/۹۴۳ (۰/۴۵۹)
	اضطراب	طرح‌واره درمانی	۰/۹۳۴ (۰/۳۱۷)	۰/۹۳۷ (۰/۳۵۲)
		کنترل	۰/۹۱۳ (۰/۱۴۹)	۰/۹۴۹ (۰/۵۰۲)

جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و اضطراب را برای هر یک از گروه‌ها در سه مرحله اجرا نشان می‌دهد و همچنان که ملاحظه می‌شود در دو گروه روان‌درمانی پویشی و طرح‌واره درمانی میانگین افسردگی و اضطراب در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. در این پژوهش به‌منظور آزمون مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها، مقادیر شاپیرو- ویلک افسردگی و اضطراب برای هر گروه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۳ مشاهده می‌شود. جدول ۳ نشان می‌دهد که ارزش شاپیرو- ویلک مربوط به هر دو متغیر وابسته در هر سه گروه و در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار است. این مطلب بیانگر آن است که توزیع داده‌های مربوط به هر دو متغیر وابسته نرمال است. در ادامه مفروضه‌های همگنی واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون<sup>۱</sup>، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس با استفاده از آماره ام‌باکس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های خطا، برابری ماتریس‌های واریانس

کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

<sup>1</sup>.Leven

مؤلفه	مقادیر F آزمون لون			برابری ماتریس واریانس		برابری ماتریس کوواریانس خطا
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	F	M.Box	
افسردگی	۰/۶۰	۱/۷۳	۲/۳۱	۳/۶۴**	۴۸/۷۷	شاخص موخلی $\chi^2$ ۱۷/۷۳***
اضطراب	۰/۹۰	۱/۸۳	۰/۳۳	۳/۵۲**	۴۷/۴۰	۰/۶۴۹

\* $P < 0.05$  \*\*  $P < 0.01$

نکته:

نتیجه آزمون لون در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات افسردگی و اضطراب در گروه‌ها و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح  $0.05$  معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌ها برقرار است. نتایج تحلیل در جدول ۴ نشان می‌دهد که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای افسردگی ( $P = 0.01$ )، تاب‌آچینگ و فیدل ( $2007$ ) برای باورند که در صورت برابری حجم نمونه در گروه‌ها، عدم برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته نتایج تحلیل را بی‌اعتبار نمی‌سازد. منطبق بر جدول ۴ نتایج آزمون موخلی نشان داد که برخلاف اضطراب ارزش مجذور کای مربوط به افسردگی در سطح  $0.01$  معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای آن متغیر برقرار نیست و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن با استفاده از روش گرینهوس - گیسر اصلاح شد. پس از ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آن‌ها، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آزمون شد. نتایج تحلیل چند متغیری نشان داد که اثر اجرای متغیرهای مستقل بر افسردگی ( $0.602 = \text{لامبدای}$ ) و پلکز، و پلکز، ( $\eta^2 = 0.224$ ،  $P = 0.001$ ،  $F = 5/91$ ) و اضطراب ( $0.546 = \text{لامبدای}$  و پلکز،  $\eta^2 = 0.261$ ،  $P = 0.001$ ،  $F = 7/25$ ) در سطح  $0.01$  معنادار است. در ادامه جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر افسردگی و اضطراب را نشان می‌دهد.

#### جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر افسردگی و اضطراب

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	$\eta^2$
افسردگی	اثر گروه	۸۰۰/۵۵	۱۰۱۶/۲۲	۱۶/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱
	اثر زمان	۴۳۵/۶۰	۵۰۸/۵۳	۳۵/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۱
	اثر تعاملی گروه × زمان	۴۸۰/۲۵	۸۷۹/۹۱	۹/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷

<sup>1</sup>. Greenhouse-Geisser

۰/۵۸۶	۰/۰۰۱	۲۹/۷۰	۷۳۸/۷۱	۱۰۴۴/۸۲	اثر گروه
۰/۵۱۱	۰/۰۰۱	۴۳/۸۸	۵۴۸/۰۷	۵۷۲/۵۴	اثر زمان
۰/۳۵۱	۰/۰۰۱	۱۱/۳۸	۸۹۴/۲۲	۴۸۴/۳۹	اثر تعاملی گروه × زمان

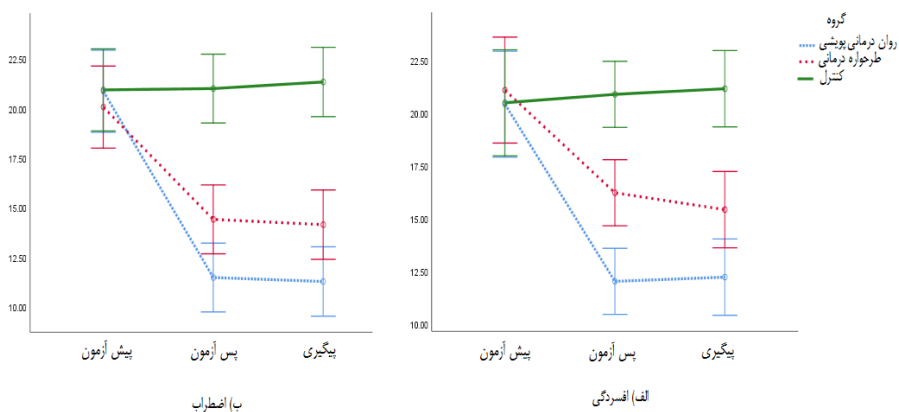
جدول ۵ نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه × زمان بر افسردگی ( $F=۹/۷۴$ ,  $P=۰/۰۰۱$ ,  $\eta^2=۰/۳۱۷$ ) و اضطراب ( $F=۱۱/۳۸$ ,  $P=۰/۰۰۱$ ,  $\eta^2=۰/۳۵۱$ ) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این یافته‌ها بیانگر آن است که دستکم تفاوت اثر اجرای یکی از متغیرهای مستقل در مقایسه با متغیر مستقل دیگر یا گروه کنترل بر افسردگی و اضطراب معنادار است. در ادامه جدول ۶ نتایج آزمون بن فرونی نمرات افسردگی و اضطراب در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

### جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر افسردگی و اضطراب

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
افسردگی	پیش آزمون	۴/۲۹	۰/۸۱	۰/۰۰۱	
	پیش آزمون	۴/۴۰	۰/۷۳	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	۰/۱۱	۰/۴۵	۱/۰۰	
اضطراب	پیش آزمون	۵/۰۰	۰/۷۱	۰/۰۰۱	
	پیش آزمون	۵/۰۴	۰/۷۶	۰/۰۰۱	
	پس آزمون	-۰/۰۴	۰/۵۸	۱/۰۰	
	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
افسردگی	روان‌درمانی پویشی	طرح‌واره درمانی	-۲/۶۹	۱/۰۴	۰/۰۳۹
	روان‌درمانی پویشی	کنترل	-۵/۹۶	۱/۰۴	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	کنترل	-۳/۲۸	۱/۰۴	۰/۰۰۱
اضطراب	روان‌درمانی پویشی	طرح‌واره درمانی	-۱/۶۷	۰/۸۸	۰/۱۹۹
	روان‌درمانی پویشی	کنترل	-۶/۵۶	۰/۸۸	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	کنترل	-۴/۴۹	۰/۸۸	۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی و اضطراب به دنبال اجرای متغیرهای مستقل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات افسردگی و اضطراب در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری معنادار و میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون - پیگیری غیر معنادار است. نمودارهای شکل ۱ در کنار نتایج آزمون بن فرونی مربوط به مقایسه‌های گروهی در جدول ۶ نشان می‌دهد که هر دو روش روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش پایدار افسردگی و اضطراب شده است. علاوه بر این نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد که بین اثر

روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد. به طوری که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با طرح‌واره درمانی افسردگی را بیشتر کاهش داده است. در مقابل تفاوت اثر دو شیوه درمان بر اضطراب در سطح  $0/05$  معنادار نبود. بدین ترتیب چنین نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم تفاوت معنادار وجود دارد و روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با طرح‌واره درمانی روش مؤثرتری برای کاهش افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم است. شکل ۱ نمودار مربوط به افسردگی و اضطراب در مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم در گروه‌های پژوهش را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.



شکل ۱: نمودار افسردگی و اضطراب در گروه‌های پژوهش در سه مرحله اجرا

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد هر دو درمان روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی به طور معناداری بر کاهش افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم مؤثر است. همچنین این تأثیر باثبات بوده و اثربخشی بعد از دوره پیگیری حفظ شده است. مقایسه درمان‌ها نیز نشان داد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده در کاهش افسردگی این مادران مؤثرتر از طرح‌واره درمانی عمل کرده است. در مقابل تفاوت اثر دو شیوه درمان بر اضطراب معنادار نبود.

پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند منجر به کاهش افسردگی در مادران دارای فرزند مبتلا به اوتیسم شود. این یافته با نتایج تحقیقات تون و همکاران (۲۰۲۲)، احمدی و همکاران (۱۴۰۰) و جواهری کامل و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. در

تبیین یافته‌ی حاصل می‌توان گفت نظریه‌های روان‌پویشی در سبب‌شناسی و تداوم نشانه‌های افسردگی، خشم معطوف به خود و ابعاد متعارض آن را مورد توجه قرار داده است. از این‌رو یکی از ویژگی‌های افراد افسرده استفاده از دفاع‌های سازش‌نا یافته است و در بسیاری از موارد به دلیل استفاده بیش‌از حد از این دفاع‌ها، بیمار از حضور آن‌ها و تأثیری که بر زندگی وی می‌گذارد آگاه نیست. در درمان پویشی کوتاه‌مدت، درمانگر از مثلث تعارض استفاده می‌کند تا بیمار را از دفاعی که برای اجتناب از تجربیات هیجانی به کار می‌برد آگاه کند. در این روش درمانی سعی بر آن است که موانع تجربه هیجانی که باعث شکل‌گیری علائم افسردگی است، برطرف کند تا به مادران بیاموزد که چگونه احساسات خود را بپذیرد، آن‌ها را مدیریت کند و با تنظیم آن‌ها از تکرار افسردگی پیشگیری کند. همچنین تجربه عاطفی عمیق می‌تواند با کاهش بازداری‌ها و دفاع‌های ناسازگار، نحوه ابراز احساسات را تنظیم کند و درکی واقعی از خویشتن و توانایی‌هایش در مادران ایجاد کند (عباس و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین هنگامی که مادران هشیارانه با آنچه قبلاً از آن اجتناب می‌کردند روبرو می‌شوند، دیگر به دفاع‌هایی که ماهیت واپس‌گرایانه و خود شکست‌جویانه دارند تکیه نمی‌کنند. در این شرایط «من» استقلال خود را پیدا می‌کند و مادران می‌توانند در بالاترین سطح توانایی‌های خود زندگی کنند و در نتیجه افسردگی کاهش می‌یابد.

همچنین، پژوهش حاضر نشان داد روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند منجر به کاهش اضطراب در مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم شود. این یافته با نتایج مطالعات امانی و همکاران (۱۳۹۹) و احمدی و همکاران (۱۴۰۰) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ی حاصل می‌توان گفت تمرکز ویژه این درمان بر اضطراب مادران و تنظیم مداوم آن در طول جلسه درمانی است. این نکته از اصول کلی درمان پویشی است که تجربه و ابراز تکانه‌ها و احساسات عمیق تعارض ایجاد کرده و باعث ایجاد اضطراب می‌شوند و بیمار برای اجتناب از تجربه اضطراب، احساسات را سرکوب می‌کند و از دیدن و لمس کردن آن‌ها اجتناب می‌کند. در واقع اضطراب زمانی در فرد شکل می‌گیرد که احساسات متعارض برانگیخته شده‌اند؛ و اضطراب هشدار می‌دهد که سیستم دفاعی در حال شکسته شدن است و بنابراین بیمار احساس آسیب‌پذیری می‌کند. هنگامی که بیمار اضطراب نشان می‌دهد، درمانگر باید نسبت به این موقعیت حساس باشد و سعی کند تا حد امکان به آنچه بیمار تجربه می‌کند نزدیک باشد تا کمتر احساس تنهایی کند. از این‌رو، درمان با شناسایی و تأکید بر علائم جسمانی متمایز هیجان‌ات و تأکید بر مؤلفه‌های تجربه واقعی احساسات و نیز شناسایی مسیرهای جسمانی اضطراب به شناخت بیمار نسبت به نیروهای پویشی آسیب‌شناختی و علل اختلال کمک می‌کند تا اضطراب همراه با احساسات متعارض که باعث

تعارضات هیجانی می‌شود شناسایی کند و این روند منجر به کاهش اضطراب مادران و امکان ابراز هیجان‌های سرکوب‌شده فراهم می‌گردد (جواهری کامل و همکاران، ۱۳۹۸).

پژوهش حاضر نشان داد طرح‌واره درمانی می‌تواند منجر به کاهش افسردگی در مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم شود. این یافته با نتایج مطالعات هرتس و ایوانز (۲۰۲۱) و نصرت‌آبادی و افضل‌ی گروه (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ی حاصل می‌توان گفت از جنبه‌های مهم افسردگی محتوای منفی طرح‌واره است که منجر به سوگیری در تفسیر انسان از رویدادها می‌شود، به‌گونه‌ای که افراد به داده‌هایی توجه دارند که با طرح‌واره مطابقت دارد و داده‌هایی را که با طرح‌واره مغایرت دارد نادیده می‌گیرند. طرح‌واره درمانی بر روی تغییر این شناخت تحریف‌شده کار می‌کند تا شناخت فرد را متناسب با واقعیت سازد. از این رو، مادران از طریق طرح‌واره درمانی می‌توانند شناخت خود را تغییر داده و در کاهش افسردگی که به‌طور کاملاً آشکار با شناخت‌های آن‌ها در ارتباط است، پیشرفت حاصل کنند. به عبارت دیگر، در رویکرد طرح‌واره درمانی به نظر می‌رسد با معکوس سازی و اصلاح فرآیندهای نادرست شناختی و عاطفی مادران، تغییر هم‌زمان احساسات، افکار و هیجان‌ها، تغییر خاطرات آسیب‌زا، قطع چرخه تجربیات منفی درونی، تمرکز بر شناخت افراد، جلوگیری از خلق منفی و تمرکز بر اصلاح الگوهای تفکر منفی منجر به کاهش افسردگی شده است. در واقع، تأثیر طرح‌واره درمانی بر افسردگی به دلیل تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، عدم ارزیابی منفی و اجتنابی و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است (هرتس و ایوانز، ۲۰۲۱).

همچنین، پژوهش حاضر نشان داد طرح‌واره درمانی می‌تواند منجر به کاهش اضطراب در مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم شود. این یافته با نتایج مطالعات پیترز و همکاران (۲۰۲۱) و نصرت‌آبادی و افضل‌ی گروه (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌ی حاصل می‌توان گفت طرح‌واره درمانی با تأکید بر تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار شکل‌گرفته در دوران کودکی، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تبیین نحوه اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی، در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، فرصتی را برای بهبود طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه مرتبط با افسردگی و اضطراب فراهم می‌آورد. توانایی طرح‌واره درمانی برای الگو شکنی رفتاری است. این راهبرد به مادران کمک می‌کند تا به جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار، تکالیف رفتاری را طرح‌ریزی و اجرا کند (نصرت‌آبادی و افضل‌ی گروه، ۱۳۹۹). همچنین در رابطه درمانی، درمانگر تلاش می‌کند تا نیازهای ارضا نشده مادران را در قالب چهارچوب درمانی و بدون انحراف



از اصول اخلاقی ارضا کند. به‌عنوان مثال، درمانگر در برخورد با این مادرانی که طرح‌واره اطلاعات داشتند بیشتر حالتی غیرمستقیم اتخاذ می‌کند تا حالتی کنترل‌گرانه. علاوه بر این، مادران را تشویق می‌کند که راجع به اهداف درمان، تکنیک‌ها و تکالیف خانگی نظر بدهد و در این باره انتخاب‌گرانه عمل کند. یا مادرانی که طرح‌واره ایثار داشت درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا مرزهای مناسبی برای خودش تعیین کرده و نیازهایش را بیان کند. در نهایت این مزایای زیاد و کاربردی طرح‌واره درمانی باعث کاهش افسردگی و اضطراب می‌شود.

در نهایت، نتایج این پژوهش نشان داد که تفاوت میان اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی معنادار و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده اثربخش‌تر بود؛ در تبیین این یافته می‌توان گفت روان‌درمانی پویایی به برانگیختن هیجانات سرکوب‌شده در انتقال و تجربه احساسات عمیق بیشتر متمرکز است ولی در طرح‌واره درمانی تمرکز اصلی آن بر ذهنیت‌های که در گذشته شکل گرفته و در الگوهای بعدی تکرار می‌شوند، تأکید دارد. در واقع، مبنای کار نظریه طرح‌واره، اصل "همانگی شناختی" است. لذا، رویکرد طرح‌واره، بیشتر یک مدل شناختی به شمار می‌آید (یانگ و همکاران، ۱۳۹۸). از این رو، دلیل برتری روان‌پویایی نسبت به طرح‌واره درمانی بر افسردگی مادران می‌توان چنین فرض کرد که هیجانات متعارضی که در موقعیت‌های مختلف به وجود می‌آید برای مادران افسرده احتمالاً مرکزی‌تر هستند تا آگاهی و غلبه بر ذهنیت‌های که در گذشته شکل گرفته و در موقعیت‌ها فعال می‌شود. همان‌طور که الکساندر اظهار داشت ضرورتی ندارد که بیماران تمامی رویدادهای گذشته را منشأ واکنش‌های عصبی‌شان است به خاطر آورند، بلکه مهم است که درمانگر بتواند هسته موقعیت تعارض‌زای بیمار را در رابطه انتقالی بازسازی کند به‌گونه‌ای که ایگوی بالغ بیمار فرصت تلاش جدیدی را برای غلبه بر مشکلات بیابد. هدف آن است که بیمار بتواند اثر کامل واکنش‌ها و احساسات شدید سرکوب‌شده از گذشته را در رابطه کنونی با درمانگر بدون توسل به دفاع‌های واپس‌گرا تحمل نماید. چنین تجربه‌ای موجب افزایش سازش یافتگی ایگوی بیمار می‌شود. به عبارتی، تجربه جدید بیمار در رابطه انتقالی سیستم دفاعی او را بازسازی می‌کند (دلاسلوا، ۲۰۱۸). لذا منطقی است که گفته شود روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر افسردگی مادران دارای فرزند مبتلابه اوتیسم اثربخش‌تر است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نمونه‌گیری غیر تصادفی و انجام پژوهش صرفاً روی زنان، عدم تعمیم‌پذیری یافته‌های پژوهش حاضر به جامعه دیگر به دلیل انتخاب هدفمند اشاره کرد. همچنین برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه استفاده شد؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن جامعه آماری از هر دو گروه (مردان و زنان) و پیگیری

طولانی مدت و همچنین به منظور تعمیم دهی بهتر از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا بتوان بر غنای اطلاعات به دست آمده افزود؛ و در آخر با توجه به اثربخشی این دو روش درمانی، شایسته است اقداماتی در جهت آموزش این دو نوع درمان برای مشاوران، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و مددکاران اجتماعی صورت گیرد.

### موازین اخلاقی

در این پژوهش معیارهای اخلاقی شامل کسب رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، رعایت اصل اختیار شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش، رعایت حریم خصوصی مراجعان و انتشار صادقانه نتایج انجام شد. پژوهش حاضر برگرفته از رساله دکتری و با کد IR.IAU.TNB.REC.1400.010 در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی-واحد تهران شمال به تصویب رسیده است.

### سپاسگزاری

از مسئولان مراکز توان‌بخشی و آموزشی شهر تهران و از تمامی مادران شرکت‌کننده در این پژوهش ما را همراهی کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول پژوهش است و نویسندگان دیگر به ترتیب استاد راهنما و اساتید مشاور، همگی نقش یکسانی در انجام مراحل پژوهش داشتند.

### تعارض منافع

بنابر اعلام نویسندگان، مقاله حاضر هیچ‌گونه تعارض منافی نداشت.

### منابع

احمدی، فرشاد، وطن‌خواه امجد، فرزانه، کاظمی رضایی، علی، و محمدی، سماء. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت در علائم اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه و احساس گناه در افراد داغ‌دیده ناشی از بیماری کووید ۱۹. *فصلنامه مدیریت پرستاری*. پاییز، ۱۰ (۳): ۶۹-

ادیبی سده، شهناز، سپهوندی، محمدعلی، و غلامرضایی، سیمین. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و اضطراب مادران کودکان اختلال طیف اوتیسم. *مجله دست آوردهای روان‌شناختی*. بهار و تابستان، ۲۵ (۱ پیاپی ۱۹): ۱۲۹-۱۴۶. [\[پیوند\]](#)

امانی، نجمه، حاج علیزاده، کبری، زارعی، اقبال، و درتاج، فریبرز. (۱۳۹۹). تأثیر روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه‌مدت بر اضطراب در بیماران روماتوئیدی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. پاییز، ۳ (پیاپی ۶۱): ۳۴۹-۳۵۸. [\[پیوند\]](#)

بیرامی، منصور، هاشمی، نصرت‌آباد تورج، بشارت، رباب، موحدی، یزدان، و کوه‌پیما، سجاد. (۱۳۹۲). بررسی مؤلفه‌های روان‌نژندی در والدین کودکان اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی شهر تبریز. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۹ (پیاپی ۱۲۲): ۲۷-۱۷. [\[پیوند\]](#)

جواهری کامل، عابدین، برجعی، احمد، سهرابی، فرامرز، عسگری، محمد، و اسکندری، حسین. (۱۳۹۸). تدوین برنامه درمانی مبتنی بر الگوی پویایی تجربه‌ای و اثربخشی آن برافزایش ابراز گری هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*. دی، ۱۴ (۵۴): ۷۷-۸۸. [\[پیوند\]](#)

زمانی، سیما، یوسف زاده، پیمان، و منوچهری، مهدی. (۱۴۰۰). اثربخشی خودشفقتی بر بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال اوتیسم. *فصلنامه ابن‌سینا*. زمستان، ۲۳ (۴): ۴۴-۵۳. [\[پیوند\]](#)

طورانی، لیلا، شریفی درامدی، پرویز، و فرخی، نورعلی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان روان‌پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر افسردگی و اضطراب نوجوانان بی‌سرپرست. *مجله مطالعات ناتوانی*. آبان، ۱۰ (۱): ۱۷۳-۱۷۳. [\[پیوند\]](#)

فرهادی، مریم، پسندیده، محمد، مهدی، و وزیری، شهرام. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. *نشریه روانشناسی بالینی و شخصیت*. اسفند، ۱۹ (۲): ۵۷-۶۹. [\[پیوند\]](#)

کاوایانی، حسین، و موسوی، اشرف. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی اردیبهشت*، ۲ (پیاپی ۸۶): ۱۴۰-۱۳۶. [\[پیوند\]](#)

موتابی، فرشته، فتی، لادن، مولودی، رضا، ضیایی، کاوه، و جعفری، هلیا. (۱۳۹۰). تدوین و بررسی روایی و پایایی مقیاس باورهای مربوط به افسردگی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*. پاییز، ۳ (پیاپی ۶۶): ۲۰۸-۲۱۷. [\[پیوند\]](#)

نصرت‌آبادی، مطهره، و افضل‌ی گروه، علی. (۱۳۹۹). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی و بهبود عملکرد جنسی زنان مبتلا به واژینیس‌موس. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. پاییز و زمستان، ۱۸ (۲ پیاپی ۳۵): ۱۹-۱۱. [\[پیوند\]](#)

نصیری، علی، شریفی، طیبه، غضنفری، احمد، و چرامی، مریم. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و واقعیت درمانی بر سرمایه روان‌شناختی مریمان پیش‌دبستانی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی*، ۱۵ (۳ پیاپی ۵۹): ۵۳۶-۵۱۱. [\[پیوند\]](#)

نوروزی، نصرت‌الله، عابدین، علیرضا، عاطف وحید، محمدکاظم، و نیما قربانی. (۱۳۸۷). رابطه بین سبک‌های دفاعی، ظهور مقاومت و انتقال در روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه‌مدت. *فصلنامه علمی-پژوهشی روانشناسی کاربردی*، بهار و تابستان، ۲ (پیاپی ۷): ۳-۲. [\[پیوند\]](#)

یانگ، جفری، کلسکو، ژانت، و ویشار، مارجوری. (۱۳۹۸). *طرح‌واره درمانی (جلد اول)*. ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز. انتشارات ارجمند. تهران. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی: ۱۹۵۰). [\[پیوند\]](#)

Abbass, A., Lumley, M. A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., ... & Kisely, S. (2021). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: a systematic review and meta-analysis of within-treatment effects. *Journal of Psychosomatic Research*, 145, 110473. [\[Link\]](#)

Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., ... & Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 67(6), 1. [\[Link\]](#)

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: The Beck Anxiety Inventory. *J Consult Clin Psychol*, 56(6): 893-897. [\[Link\]](#)

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck depression inventory (BDI-II) (Vol. 10, p. s15327752jpa6703\_13). Pearson. [\[Link\]](#)

Blöte, A. W., & Westenberg, P. M. (2019). The temporal association between emotional clarity and depression symptoms in adolescents. *Journal of adolescence*, 71, 110-118. [\[Link\]](#)

Botelho de Haan, K. L., Fassbinder, E., Hayes, C., & Lee, C. W. (2019). A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 54. [\[Link\]](#)

Davanloo, H. (1995). *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo, MD*. Wiley. [\[Link\]](#)

- Della Selva, P. C. (2018). *Intensive short-term dynamic psychotherapy: Theory and technique*. Routledge. [\[Link\]](#)
- Della-Rosa, E. (2016). *An exploration of transference interventions in short-term psychoanalytic psychotherapy with adolescents suffering from depression*. Doctoral dissertation, University of East London. [\[Link\]](#)
- DesChamps, T. D., Ibañez, L. V., Edmunds, S. R., Dick, C. C., & Stone, W. L. (2020). Parenting stress in caregivers of young children with asd concerns prior to a formal diagnosis. *Autism Research*, 13(1): 82-92. [\[Link\]](#)
- Fatima, N., Chinnakali, P., Rajaa, S., Menon, V., Mondal, N., & Chandrasekaran, V. (2021). Prevalence of depression and anxiety among mothers of children with neuro-developmental disorders at a tertiary care centre, Puducherry. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 100792. [\[Link\]](#)
- Herts, K. L., & Evans, S. (2021). Schema Therapy for Chronic Depression Associated with Childhood Trauma: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 20(1): 22-38. [\[Link\]](#)
- Jassim, N., Baron-Cohen, S., & Suckling, J. (2021). Meta-analytic evidence of differential prefrontal and early sensory cortex activity during non-social sensory perception in autism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 127, 146-157. [\[Link\]](#)
- Johansson, R., Town, J. M., & Abbass, A. (2014). Davanloo's Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy in a tertiary psychotherapy service: overall effectiveness and association between unlocking the unconscious and outcome. *PeerJ*, 2, e548. [\[Link\]](#)
- Kim, I., Ekas, N. V., & Hock, R. (2016). Associations between child behavior problems, family management, and depressive symptoms for mothers of children with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 26, 80-90. [\[Link\]](#)
- Kousha, M., Attar, H. A., & Shoar, Z. (2016). Anxiety, depression, and quality of life in Iranian mothers of children with autism spectrum disorder. *Journal of Child Health Care*, 20(3): 405-414. [\[Link\]](#)
- Malik, R. T., Bhutto, Z. H., & Zadeh, Z. F. (2021). effectiveness of schema therapy on maladaptive schema modes of young adults with borderline personality features. *Pakistan Journal of Psychology*, 52(2). [\[Link\]](#)
- Narzisi, A., Posada, M., Barbieri, F., Chericoni, N., Ciuffolini, D., Pinzino, M., ... & Muratori, F. (2020). Prevalence of Autism Spectrum Disorder in

a large Italian catchment area: A school-based population study within the ASDEU project. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29. [[Link](#)]

Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2021). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. [[Link](#)]

Queen, J. P., Quinn, G. P., & Keough, M. J. (2002). *Experimental design and data analysis for biologists*. Cambridge university press. [[Link](#)]

Renner, F., DeRubeis, R., Arntz, A., Peeters, F., Lobbestael, J., & Huibers, M. J. (2018). Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 58, 97-105. [[Link](#)]

Samadi, S. A., & McConkey, R. (2015). Screening for autism in Iranian preschoolers: Contrasting M-CHAT and a scale developed in Iran. *Journal of autism and developmental disorders*, 45(9): 2908-2916. [[Link](#)]

Sapkota, N., Pandey, A. K., Deo, B. K., & Shrivastava, M. K. (2017). Anxiety, depression and quality of life in mothers of intellectually disabled children. *Journal of Psychiatrists' Association of Nepal*, 6(2): 28-35. [[Link](#)]

Schwichtenberg, A. J., Kellerman, A. M., Young, G. S., Miller, M., & Ozonoff, S. (2019). Mothers of children with autism spectrum disorders: Play behaviors with infant siblings and social responsiveness. *Autism*, 23(4): 821-833. [[Link](#)]

Sorensen, B., Abbass, A., & Boag, S. (2019). ISTDP and its Contribution to the Understanding and Treatment of Psychotic Disorders. *Psychodynamic psychiatry*, 47(3): 291-316. [[Link](#)]

Town, J. M., Falkenström, F., Abbass, A., & Stride, C. (2021). The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working alliance and insight. *Journal of counseling psychology*. [[Link](#)]

Town, J. M., Falkenström, F., Abbass, A., & Stride, C. (2022). The anger-depression mechanism in dynamic therapy: Experiencing previously avoided anger positively predicts reduction in depression via working alliance and insight. *Journal of counseling psychology*, 69(3), 326. [[Link](#)]

Varmazyar, A., Makvandi, B., & Seraj Khorrami, N. (2021). Effectiveness of Schema Therapy in Social Anxiety, Rumination, and Psychological Well-Being among Depressed Patients Referred to Health Centers in Abadan, Iran. *Razavi International Journal of Medicine*, 9(1): 32-39. [[Link](#)]



### پرسشنامه افسردگی بک

هر عبارت را با دقت بخوانید سپس عبارتی را انتخاب کنید که بهتر از همه، طرز احساس کنونی شما را بیان می کند.

ردیف	امتیاز	سؤال
	۰	غمگین نیستم.
۱	۱	غمگین هستم.
	۲	غم دست بردار نیست.
	۳	تحلمم را از دست داده ام.
	۰	به آینده امیدوارم.
	۱	به آینده امیدی ندارم.
۲	۲	احساس می کنم آینده امیدبخشی در انتظارم نیست.
	۳	کمترین روزنه امیدی ندارم.
	۰	ناکام نیستم.
	۱	ناکام تر از دیگرانم.
۳	۲	به زندگی گذشته ام که نگاه می کنم، هر چه می بینم شکست و ناکامی است.
	۳	آدم کاملاً شکست خورده ای هستم.
	۰	مثل گذشته از زندگی راضی هستم.
	۱	مثل سابق از زندگی لذت نمی برم.
۴	۲	از زندگی رضایت واقعی ندارم.
	۳	از هر کس و هر چیز که بگویی ناراضی ام.
	۰	احساس تقصیر نمی کنم.
	۱	گاهی اوقات احساس تقصیر می کنم.
۵	۲	اغلب احساس تقصیر می کنم.
	۳	همیشه احساس تقصیر می کنم.
	۰	انتظار مجازات ندارم.
	۱	احساس می کنم ممکن است مجازات شوم.
۶	۲	انتظار مجازات دارم.
	۳	احساس می کنم مجازات می شوم.
	۰	از خودراضی هستم.
	۱	از خود ناراضی هستم.
۷	۲	از خودم بدم می آید.
	۳	از خودم متنفرم.
	۰	بدتر از سایرین نیستم.
۸	۱	از خودم به خاطر خطاهایم انتقاد می کنم.

۲	همیشه خودم را به خاطر خطاهایم سرزنش می‌کنم.	
۳	برای هر اتفاق بدی خودم را سرزنش می‌کنم.	
۰	هرگز به فکر خودکشی نمی‌افتم.	
۱	فکر خودکشی به سرم زده، اما اقدامی نکردم.	۹
۲	به فکر خودکشی هستم.	
۳	اگر بتوانم خودکشی می‌کنم.	
۰	بیش از حد معمول گریه نمی‌کنم.	
۱	بیش از گذشته گریه می‌کنم.	۱۰
۲	همیشه گریانم.	
۳	قبلاً گریه می‌کردم، اما حالا باینکه دلم می‌خواهد گریه کنم، نمی‌توانم.	
۰	کم حوصله‌تر از گذشته نیستم.	
۱	از گذشته کم حوصله‌ترم.	۱۱
۲	اغلب کم حوصله‌ام.	
۳	همیشه کم حوصله‌ام.	
۰	مثل همیشه مردم را دوست دارم.	
۱	نسبت به گذشته کمتر از مردم خوشم می‌آید.	۱۲
۲	تا حدود زیادی علاقه‌ام را به مردم از دست داده‌ام.	
۳	از مردم قطع امید کرده‌ام، به آن‌ها علاقه‌ای ندارم.	
۰	مانند گذشته تصمیم می‌گیرم.	
۱	کمتر از گذشته تصمیم می‌گیرم.	۱۳
۲	نسبت به گذشته تصمیم‌گیری برایم دشوارتر شده است.	
۳	قدرت تصمیم‌گیری‌ام را از دست داده‌ام.	
۰	جذابیت گذشته‌ها را دارم.	
۱	نگران هستم که جذابیتم را از دست بدهم.	۱۴
۲	هر روز که می‌گذرد احساس می‌کنم جذابیتم را بیشتر از دست می‌دهم.	
۳	زشت هستم.	
۰	به خوبی گذشته کار می‌کنم.	
۱	به خوبی گذشته کار نمی‌کنم.	۱۵
۲	برای اینکه کاری نکنم به خودم فشار زیادی می‌آورم.	
۳	دستم به هیچ کاری نمی‌رود.	
۰	مثل همیشه خوب می‌خوابم.	
۱	مثل گذشته خوابم نمی‌برد.	۱۶
۲	یکی دوساعتی زودتر از معمول از خواب بیدار می‌شوم و خوابیدن دوباره برایم مشکل است.	
۳	چندساعتی زودتر از معمول از خواب بیدار می‌شوم و دیگر خوابم نمی‌برد.	
۰	بیشتر از گذشته خسته نمی‌شوم.	۱۷



۱	بیش از گذشته خسته می‌شوم.	
۲	انجام هر کاری خسته‌ام می‌کند.	
۳	از شدت خستگی هیچ کاری از عهده‌ام ساخته نیست.	
۰	اشتهایم تغییری نکرده است.	
۱	اشتهایم به‌خوبی گذشته نیست.	۱۸
۲	اشتهایم خیلی کم شده است.	
۳	به هیچ چیز اشتها ندارم.	
۰	اخیراً وزن کم نکرده‌ام.	
۱	بیش از دو کیلو نیم وزن کم نکرده‌ام.	۱۹
۲	بیش از پنج کیلو از وزن بدنم کم شده است.	
۳	بیش از هفت کیلو وزن کم کرده‌ام.	
۰	بیش از گذشته بیمار نمی‌شوم.	
۱	از سردرد، دل‌درد و یبوست کمی ناراحتم.	۲۰
۲	به‌شدت نگران سلامتی خود هستم.	
۳	آن‌قدر نگران سلامتی خود هستم که دستم به هیچ کاری نمی‌رود.	
۰	میل جنسی‌ام تغییری نکرده است.	
۱	میل جنسی‌ام کمتر شده است.	۲۱
۲	میل جنسی‌ام خیلی کم شده است.	
۳	کمترین میل جنسی در من نیست.	

\*\*\*

### پرسشنامه اضطراب بک

لطفاً مشخص کنید در خلال هفته گذشته تا امروز چقدر از علائم زیر رنج برده‌اید: ۱: اصلاً ۲: خفیف (زیاد ناراحتم نکرده است) ۳: متوسط (خیلی ناخوشایند بود اما تحمل کردم) ۴: شدید (نمی‌توانستم آن را تحمل کنم).

گزینه‌ها	اصلاً	خفیف	متوسط	شدید
۱ کرخی و گزگز شدن (مورمور شدن)	۱	۲	۳	۴
۲ احساس داغی (گرما)	۱	۲	۳	۴
۳ لرزش درپاها	۱	۲	۳	۴
۴ ناتوانی در آرامش	۱	۲	۳	۴
۵ ترس از وقوع حادثه بد	۱	۲	۳	۴
۶ سرگیجه و منگی	۱	۲	۳	۴
۷ تپش قلب و نفس‌نفس زدن	۱	۲	۳	۴
۸ حالت متغیر (بی‌ثبات)	۱	۲	۳	۴
۹ وحشت‌زده	۱	۲	۳	۴
۱۰ عصبی	۱	۲	۳	۴

۴	۳	۲	۱	احساس خفگی	۱۱
۴	۳	۲	۱	لرزش دست	۱۲
۴	۳	۲	۱	لرزش بدن	۱۳
۴	۳	۲	۱	ترس از دست دادن کنترل	۱۴
۴	۳	۲	۱	به سختی نفس کشیدن	۱۵
۴	۳	۲	۱	ترس از مردن	۱۶
۴	۳	۲	۱	ترسیده (حالت ترس)	۱۷
۴	۳	۲	۱	سوءهاضمه و ناراحتی شکم	۱۸
۴	۳	۲	۱	غش کردن (از حال رفتن)	۱۹
۴	۳	۲	۱	سرخ شدن صورت	۲۰
۴	۳	۲	۱	عرق کردن (نه در اثر گرما)	۲۱

\*\*\*