

Research Article

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

Shahram Rezaei¹, Mina Mojtabaei^{2*} & Arezoo Shomali Oskoei³

1. Ph.D. Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran. Email: st.sh_rezaei@riau.ac.ir

2. Associate Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran. Email: mojtabaie@riau.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roodehen Branch, Islamic Azad University, Roodehen, Iran. Email: ashoskoei@riau.ac.ir

Abstract

Aim: This study aimed to compare the effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) and Schema Therapy on depression and anxiety in mothers with autistic children.

Method: The research design was quasi-experimental with a pre-test-post-test design, including a control group and a follow-up period of three months. The statistical population comprised all mothers of autistic children in educational and rehabilitation centers in Tehran in 2020. Forty-five participants were purposively selected and randomly assigned to two experimental groups (ISTDP and Schema Therapy) and one control group (15 participants in each group). Both therapy approaches were conducted in 12 individual sessions lasting 60 minutes each, once a week. Participants completed the Beck Depression Inventory (1996) and Beck Anxiety Inventory (1998) during pre-test, post-test, and follow-up stages. Data analysis was performed using repeated measures analysis of variance.

Results: The results indicated that both ISTDP and Schema Therapy were effective in reducing depression and anxiety compared to the control group, and these effects remained stable during the follow-up period ($P < 0.01$). However, ISTDP was more effective in reducing depression compared to Schema Therapy. Conversely, the impact of the two treatments on anxiety did not show a significant difference ($P > 0.05$).

Conclusion: In conclusion, ISTDP was found to be a more effective method for reducing depression in mothers with autistic children compared to Schema Therapy.

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

Citation: Rezaei, Sh., Mojtabaei, M., & Shomali Oskoei, A. (2023). Comparison of the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Schema Therapy on Depression, Anxiety in Mothers with Autistic Children. *Appl. Psychol*, 17 (4):143-168.

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اتیسم

شهرام رضایی^۱، مینا مجتبابی^{۲*} و آرزو شمالی اسکویی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: st.sh_rezaei@riau.ac.ir

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: mojtabaie@riau.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران. ایمیل: ashoskoei@riau.ac.ir

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اتیسم انجام شد.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماه و جامعه آماری شامل تمامی مادران کودکان اتیستیک 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 پویشی 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 پویشی 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 پویشی کوتاه مدت 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 پویشی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با طرح‌واره درمانی روش مؤثری برای کاهش افسردگی مادران دارای فرزند مبتلابه اتیسم است.

کلید واژه‌ها: اضطراب، افسردگی، اتیسم، روان‌درمانی پویشی، طرح‌واره درمانی

استناد به این مقاله: رضایی، شهرام، مجتبابی، مینا، و شمالی اسکویی، آرزو. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اتیسم. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۷ (۴): ۱۶۸-۱۴۳.

مقدمه

اختلال طیف اتیسم^۱ 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 اتیسم در سال ۲۰۱۴ از هر ۵۹ کودک، ۱ کودک با اختلال اتیسم 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 اتیسم در میان کودکان پنج‌ساله ایرانی ۶/۲۶ در هر ۱۰۰۰۰ نفر است (صمدی و همکاران، ۲۰۱۵). درعین حال، اتیسم 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 اتیسم 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 اتیسم 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 (شویختنبرگ و همکاران، ۲۰۱۹). بر اساس تحقیقات انجام‌شده، والدین کودکان اتیستیک 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 اتیسم، دچار واکنش انکار، سردرگمی، خشم و افسردگی می‌شوند. در پژوهشی که به بررسی مشکلات مادران کودکان اتیسم پرداخته است، نشان داد مادران کودکان اتیسم به مشکلاتی مانند برجسب 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

1. atism spectrum disorder

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 اتیستیک، 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 مبتلا به اتیسم نسبت به مادران سایر کودکان استثنایی دارای سطوح بالاتری از اضطراب و کیفیت زندگی پایین‌تری هستند. از این رو، 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 (ساکوتا و همکاران، ۲۰۱۷). در پژوهشی، بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) به مقایسه ویژگی‌های روان‌نژندی والدین کودکان اتیسم، کم‌توان ذهنی و عادی شهر تبریز پرداختند، نتایج به‌دست‌آمده مؤید آن بود که والدین کودکان اتیسم 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 اتیسم کمک کند، ضرورت می‌یابد.

یکی از رویکردهایی که می‌تواند برای کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم 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 (جووانسون و همکاران، ۲۰۱۴). به‌طورکلی، این درمان بر پایه تکنیک بازگشایی ناهشیار^۱ در طی یک جلسه مصاحبه منفرد نشان داده شده بر طیف وسیعی از بیماران اختلال‌های نشان‌های، اختلال‌های منش و ساختار منش شکننده^۲ 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 اטיسم 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 بناشده است (بوتهوون 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 ناسازگار اولیه‌می‌نامند (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). درواقع، 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

1. unlocking the unconscious

2. fragile character structure

3. early maladaptive schemas

(نصیری و همکاران، ۱۴۰۰). و همچنین درمانگر و بیمار برای مشکلات فعلی رابطه دوسویه با هم برقرار می‌کنند که از طریق کاهش آسیب‌پذیری سعی می‌شود دامنه تأثیرگذاری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را بکاهند (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 اتیسم و همچنین با توجه به اینکه در ایران ۷۲/۴ درصد مادران کودکان اتیسم دچار اضطراب و حدود نیمی از آن‌ها مشکل افسردگی دارند و اینکه فشار روانی در بین جمعیت مادران کودکان مبتلابه اختلال اتیسم (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 اتیستیک از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. حال با عطف توجه به پیشینه پژوهشی، مشاهده گردیده که در جوامع آماری مختلف، درمان پویایی 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 پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر مؤلفه‌های افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اتیسم صورت نگرفته است. لذا با استناد به یافته‌ها و ادبیات پژوهش و اهمیت بررسی علمی بیشتر، این پژوهش باهدف تعیین و مقایسه اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اتیسم، برای آزمون فرضیه‌های زیر اجرا شد.

۱. روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اتیسم اثر دارد.
۲. طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اتیسم اثر دارد.
۳. بین اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اتیسم تفاوت وجود دارد.

روش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و کنترل و مرحله پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مادران کودکان اتیسم 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 اتیسم 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. نمره (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 (موتابی و همکاران، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۸۴ به دست آمد.

1. Beck Depression Inventory (BD-I)

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 نمره‌گذاری 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 است. بک و همکاران روایی محتوایی این آزمون را مطلوب و پایایی به روش ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) $0/92$ گزارش کردند. همچنین پایایی آن با روش باز آزمایی به فاصله یک هفته $0/75$ گزارش شد. آزمون مورد نظر در ایران دارای روایی ($r=0/72$)، پایایی ($r=0/83$) و ثبات درونی ($Alpha=0/92$) مناسبی است. پایایی به روش همبستگی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ $0/78$ به دست آمد (کاوایانی و موسوی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این ابزار $0/77$ 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 (یانگ 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

۱. Beck Anxiety Inventory (BAI)

اهداف جلسه	جلسه
اهداف جلسه	جلسه
ترغیب مادران در جهت رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای سازگارانه برای ارضا نیازهای هیجانی اساسی و وادار داشتن مادران به آماده ساختن چک‌لیستی از مهارت‌های آموخته‌شده در درمان و پیشگیری از عود.	دهم و دوازدهم

جدول ۲. شرح جلسات روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده

اهداف جلسه	جلسه
اولین جلسه گفتن قواعد اجرای جلسات درمانی و اجرای توالی پویایی که درمان‌گری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل مادران پرداخته شد.	اول
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 (بازده‌گانه) 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.	دوم
کار با دفاع‌های تاکتیکی کلمات سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، کلمات پوششی. مداخلات مؤثر؛ تردید در دفاع، چالش کردن، چالش با دفاع.	۱
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.	۲
بررسی دفاع دلیل تراشی و تعمق. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن‌سازی، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع و مسدود کردن دفاع.	۳
دفاع‌های کلی‌گویی و تعمیم دادن و عقلانی سازی. مداخله‌های مؤثر: روشن‌سازی، مسدود کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.	۴
تاکتیک‌های متنوع سازی و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: سد کردن دفاع و تردید در دفاع چالش با دفاع.	۵
انکار و تکذیب کردن. مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع، تردید در دفاع و چالش با دفاع.	۶
بیرونی سازی و ابهام، مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع و چالش با دفاع.	۷
طفره‌روی، تردید و سواسی: مداخلات مؤثر: روشن‌سازی دفاع، چالش با دفاع.	۸
جسمانی سازی و کنش ورزی به‌عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن‌سازی دفاع.	۹
سرکشی، نافرمانی. مقدمه‌چینی و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.	۱۰
صحبت کردن به‌جای لمس کردن احساسات. علائم غیرکلامی تبعیت - انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن. تردید در دفاع، چالش با دفاع. روشن کردن، چالش.	۱۱
در جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و بخصوص زمان انجام پس‌آزمون اعلام و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.	جلسه آخر (دوازدهم)

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 پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
افسردگی (انحراف استاندارد)	روان درمانی پویش	۲۰/۴۰ (۲/۴۲)	۱۲/۰۰ (۲/۲۱)	۱۲/۲۰ (۲/۵۹)
	طرح‌واره درمانی	۲۱/۱۳ (۵/۵۴)	۱۶/۲۰ (۳/۳۰)	۱۵/۴۰ (۲/۷۰)
	کنترل	۲۰/۴۷ (۴/۵۵)	۲۰/۸۷ (۳/۴۴)	۲۱/۰۷ (۴/۰۵)
	روان درمانی پویش	۲۰/۸۷ (۴/۲۶)	۱۱/۴۷ (۲/۳۲)	۱۱/۲۷ (۳/۰۶)
	طرح‌واره درمانی	۲۰/۰۷ (۴/۳۵)	۱۴/۴۰ (۴/۲۹)	۱۴/۱۳ (۳/۲۷)
	کنترل	۲۰/۹۳ (۳/۳۴)	۲۱/۰۰ (۳/۱۸)	۲۱/۳۳ (۳/۷۹)
شاپیرو- ویلک (سطح معناداری)	روان درمانی پویش	۰/۹۷۰ (۰/۸۵۷)	۰/۹۴۳ (۰/۴۲۱)	۰/۹۶۵ (۰/۷۷۷)
	طرح‌واره درمانی	۰/۹۷۸ (۰/۹۵۴)	۰/۸۹۵ (۰/۰۸۱)	۰/۹۲۲ (۰/۲۱۰)
	کنترل	۰/۹۱۹ (۰/۱۸۳)	۰/۹۳۱ (۰/۲۸۶)	۰/۹۱۱ (۰/۱۴۰)
	روان درمانی پویش	۰/۹۴۶ (۰/۴۶۴)	۰/۹۶۳ (۰/۷۴۴)	۰/۹۴۳ (۰/۴۵۹)
	اضطراب	۰/۹۳۴ (۰/۳۱۷)	۰/۹۵۱ (۰/۵۴۶)	۰/۹۳۷ (۰/۳۵۲)
	کنترل	۰/۹۱۳ (۰/۱۴۹)	۰/۹۳۸ (۰/۳۶۰)	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 به منظور 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^۱، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس

^۱.Leven

با استفاده از آماره آم‌باکس 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

مؤلفه	مقادیر F آزمون لون			برابری ماتریس کوواریانس‌ها		برابری ماتریس کوواریانس خطا	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	F	M.Box	شاخص موخلی	χ^2
افسردگی	۰/۶۰	۱/۷۳	۲/۳۱	۳/۶۴**	۴۸/۷۷	۰/۶۴۹	۱۷/۷۳**
اضطراب	۰/۹۰	۱/۸۳	۰/۳۳	۳/۵۲**	۴۷/۴۰	۰/۹۰۲	۴/۲۵

* $P < 0.05$ ** < 0.01

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 ($P=0.001$)، 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 کروییت 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 ($0.602 = \eta^2$) لامبدای ویلکز، $0.224 = \eta^2$ ، $P=0.001$ ، $F=5.91$ و اضطراب ($0.546 = \eta^2$) لامبدای ویلکز، $0.261 = \eta^2$ ، $P=0.001$ ، $F=7.25$) 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.

1. greenhouse-geisser

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	η^2
	اثر گروه	۸۰۰/۵۵	۱۰۱۶/۲۲	۱۶/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۴۴۱
افسردگی	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
	اثر گروه	۱۰۴۴/۸۲	۷۳۸/۷۱	۲۹/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸۶
اضطراب	اثر زمان	۵۷۲/۵۴	۵۴۸/۰۷	۴۳/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱۱
	اثر تعاملی گروه × زمان	۴۸۴/۳۹	۸۹۴/۲۲	۱۱/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵۱

جدول ۵ نشان می‌دهد اثر تعاملی گروه × زمان بر افسردگی ($F=9/74, P=0/001, \eta^2=0/317$) و اضطراب ($F=11/38, P=0/001, \eta^2=0/351$) 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.

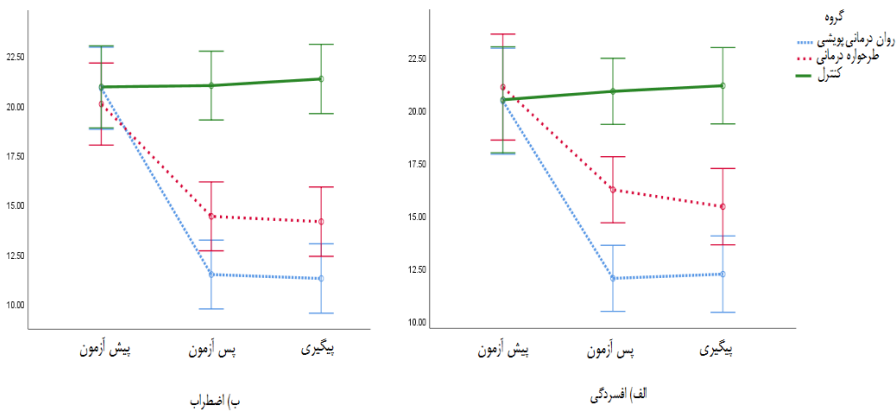
جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها بر افسردگی و

اضطراب

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
	پیش آزمون	۴/۳۹	۰/۸۱	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش آزمون	۴/۴۰	۰/۷۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۰/۱۱	۰/۴۵	۱/۰۰
	پیش آزمون	۵/۰۰	۰/۷۱	۰/۰۰۱
اضطراب	پیش آزمون	۵/۰۴	۰/۷۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	-۰/۰۴	۰/۵۸	۱/۰۰

متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
افسردگی	روان درمانی پویشی	طرح‌واره درمانی	۲/۶۹-	۱/۰۴	۰/۰۳۹
	روان درمانی پویشی	کنترل	۵/۹۶-	۱/۰۴	۰/۰۰۱
	طرح‌واره درمانی	کنترل	۳/۲۸-	۱/۰۴	۰/۰۰۱
	روان درمانی پویشی	طرح‌واره درمانی	۱/۶۷-	۰/۸۸	۰/۱۹۹
اضطراب	روان درمانی 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 پویایی 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 پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی تفاوت معنادار وجود دارد. به طوری که 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 $0/05$ معنادار نبود. بدین ترتیب چنین نتیجه‌گیری شد که بین اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم تفاوت معنادار وجود دارد و روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده در مقایسه با طرح‌واره درمانی روش مؤثرتری برای کاهش افسردگی مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم است. شکل ۱ نمودار مربوط به افسردگی و اضطراب در مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم 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 پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلا به اتیسم بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد

هر دو درمان روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده و طرح‌واره درمانی به‌طور معناداری بر کاهش افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند مبتلابه اטיسم مؤثر است. همچنین این تأثیر باثبات بوده و اثربخشی بعد از دوره پیگیری حفظ‌شده است. مقایسه درمان‌ها نیز نشان داد روان‌درمانی پویایی 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 پویایی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند منجر به کاهش افسردگی در مادران دارای فرزند مبتلابه اטיسم شود. این یافته با نتایج تحقیقات تون و همکاران (۲۰۲۲)، احمدی و همکاران (۱۴۰۰) و جواهری کامل و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت نظریه‌های روان‌پویایی در سبب‌شناسی و تداوم نشانه‌های افسردگی، خشم معطوف به خود و ابعاد متعارض آن را مورد توجه قرار داده است. از این رو یکی از ویژگی‌های افراد افسرده استفاده از دفاع‌های سازش نایافته است و در بسیاری از موارد به دلیل استفاده بیش‌از‌حد از این دفاع‌ها، بیمار از حضور آن‌ها و تأثیری که بر زندگی وی می‌گذارد آگاه نیست. در درمان پویایی 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 پیام‌وزد 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 خویش‌شناسی 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 پویایی کوتاه‌مدت فشرده می‌تواند منجر به کاهش اضطراب در مادران دارای فرزند مبتلابه اטיسم شود. این یافته با نتایج مطالعات امانی و همکاران (۱۳۹۹) و احمدی و همکاران (۱۴۰۰) همسو است. در تبیین یافته 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 پویایی 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 این رو، 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 پویایی 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 اتیسم شود. این یافته با نتایج مطالعات هرتس و ایوانز (۲۰۲۱) و نصرت‌آبادی و افضل‌گروه (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت از جنبه‌های مهم افسردگی محتوای منفی طرح‌واره است که منجر به سوگیری در تفسیر انسان از رویدادها می‌شود، به گونه‌ای 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 به طور 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 اتیسم شود. این یافته با نتایج مطالعات پیترز و همکاران (۲۰۲۱) و نصرت‌آبادی و افضل‌گروه (۱۳۹۹) همسو می‌باشد. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت طرح‌واره درمانی با تأکید بر تغییر طرح‌واره‌های ناسازگار شکل گرفته 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 الگوشکنی 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 (نصرت آبادی 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 مادرانی که طرح‌واره اطلاع‌داشتند 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. یادآور مورد مادرانی که طرح‌واره‌ایثار داشتند، 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 طرح‌واره درمانی بر ذهنیت‌های که در گذشته شکل گرفته و در الگوهای بعدی تکرار می‌شوند، تأکید دارد. در واقع، مبنای کار نظریه طرح‌واره، اصل "هماهنگی 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 را 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 که منشأ واکنش‌های عصبی‌شان است به خاطر آورند، بلکه مهم است که درمانگر بتواند هسته موقعیت تعارض‌زای بیمار را در رابطه انتقالی بازسازی کند؛ به گونه‌ای 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 پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر افسردگی مادران دارای فرزند مبتلابه اטיسم 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 طولانی‌مدت و همچنین به‌منظور تعمیم دهی بهتر از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا بتوان بر غنای اطلاعات به‌دست‌آمده 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.

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

بنا بر اعلام نویسندگان، مقاله حاضر حمایت مالی و تعارض منافع ندارد.

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.

References

- 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. [\[Link\]](#)
- Adibi Sede, S., Sepahvandi, M., & Gholamrezaei, S. (2018). The effectiveness of mind fullness-based cognitive group therapy on depression & anxiety in mothers of children with autism spectrum disorder. *Psychological Achievements*, 25(1), 129-146. [\[Link\]](#)
- Ahmadi, F., & Vatankhah Amjad, F. (2021). The Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP) (in symptoms depression, anxiety, posttraumatic stress and guilt felling in Bereaved people from the disease COVID-19. *Quarterly Journal of Nursing Management*, 10(3), 69-81. [\[Link\]](#)
- Amani, N., Zarei, E., & Dortaj, F. (2020). Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on anxiety in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 18(3), 349-358. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- Bayrami, M., Hassimi Nosratabad, T., Besharat, R., Movahedi, Y., & Kohpayma, S. (2014). The study of the components of neuroticism among parents of autistic children, mental retarded and normal in the city of Tabriz. *Excep Educ*, 9, 17-27. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- Boterhoven 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 Unconconscious: 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. [\[Link\]](#)
- Farhadi, M., Pasandideh, M. M., & Vaziri, S. (2022). Evaluation of the effectiveness of schema therapy on reducing stress, anxiety, depression and increasing self-efficacy in patients with multiple sclerosis. *Clinical Psychology and Personality*, 19(2), 57-69. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- Javaheri Kamel, A., Mahmoudi, M., Sohrabi, F., Asgari, M., & Eskandari, H. (2019). Develop of treatment program based on dynamic experiential model and its effectiveness on emotional expressiveness in depressed patients. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 14(54), 77-88. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*. [\[Link\]](#)
- 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).[\[Link\]](#)
- Motabi, F., Fata, L., Moloodi, R., Ziai, K., & Jafari, H. (2011). Development and Validation of Depression-Related Beliefs Scale. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 17(3). [\[Link\]](#)
- 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.[\[Link\]](#)
- Nasiri, A., Sharifi, T., Ghazanfari, A., & Chorami, M. (2021). Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Reality Therapy on Psychological Capital of Preschool Teachers. *Applied Psychology*, 15 (3): 511, 536, 2. [\[Link\]](#)
- Nosratabadi, M., & Afzali Grouh, A. (2020). Effect of Schematic Therapy on Anxiety and Depression Reduction and Improving the Sexual Function of Women with Vaginismus. *Clinical Psychology and Personality*, 18(2), 11-19. [\[Link\]](#)
- 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. [\[Link\]](#)
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2006). Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford press. [\[Link\]](#)
- Zamani, S., Yousefzadeh, P., & Manoochehri, M. (2021). The effectiveness of self compassion-focused training on well-being psychological and resiliency of mothers with autism children. *EBNESINA*, 23(4), 44-53. [\[Link\]](#)

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	تحملم را از دست داده‌ام.
	۰	به آینده امیدوارم.
	۱	به آینده امیدی ندارم.
۲	۲	احساس می‌کنم آینده امیدبخشی در انتظارم نیست.
	۳	کمترین روزنه امیدی ندارم.
	۰	ناکام نیستم.
	۱	ناکام‌تر از دیگرانم.
۳	۲	به زندگی گذشته‌ام که نگاه می‌کنم، هر چه می‌بینم شکست و ناکامی است.
	۳	آدم کاملاً شکست خورده‌ای هستم.
	۰	مثل گذشته از زندگی راضی هستم.
	۱	مثل سابق از زندگی لذت نمی‌برم.
۴	۲	از زندگی رضایت واقعی ندارم.
	۳	از هر کس و هر چیز که بگویی ناراضی‌ام.
	۰	احساس تقصیر نمی‌کنم.
	۱	گاهی اوقات احساس تقصیر می‌کنم.
	۲	اغلب احساس تقصیر می‌کنم.
	۳	همیشه احساس تقصیر می‌کنم.
	۰	انتظار مجازات ندارم.
	۱	احساس می‌کنم ممکن است مجازات شوم.
۶	۲	انتظار مجازات دارم.
	۳	احساس می‌کنم مجازات می‌شوم.
	۰	از خودراضی هستم.
	۱	از خود ناراضی هستم.
۷	۲	از خودم بدم می‌آید.
	۳	از خودم متنفرم.
	۰	بدتر از سایرین نیستم.
	۱	از خودم به خاطر خطاهایم انتقاد می‌کنم.
۸	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 نکرده‌ام.	۹
۲	به فکر خودکشی هستم.	
۳	اگر بتوانم خودکشی می‌کنم.	
۰	بیش‌از 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	کم‌حوصله‌تر از گذشته نیستم.	
۱	از گذشته کم‌حوصله‌ترم.	۱۱
۲	اغلب کم‌حوصله‌ام.	
۳	همیشه کم‌حوصله‌ام.	
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	هرروز 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 بکنم 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 هیچ‌چیز 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 نفس نفس 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
۱۱ احساس خفگی	۱	۲	۳	۴

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
