MEJDS. 2021; 11:67.

Published online 2021 Aug. **Original Article**

Comparing the Effects of Individual and Group Schema Therapy on Depression and Anxiety in Adolescents

Eesaee S[1], *Seirafi MR[2], Keraskian Moojembari A[2], Borjali A[3], Ranjbaripoor T[2]

Author Address
1. Student Ph.D. in General Psychology, Psychology Department, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
3. Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** msf_3@yahoo.com

Received: 2020 September 8; **Accepted:** 2020 October 31

Abstract

Background & Objectives: Depression and anxiety are among the major problems that occur to adolescents during the teenage years and require special attention. The structural and psychological changes that occur during adolescence are major developmental crises. Professionals have also stated that mental health problems, as well as personality and behavioral patterns of individuals, are difficult to change in adulthood; thus, timely measures to diagnose mental health conditions in children and adolescents are among the main concerns of the mental health system. Schema therapy assumes that experiences based on neglect and abuse in childhood can form early maladaptive schemas. Schema therapy is performed in two modes; individually and in the group. Moreover, evaluating the effectiveness of each model seems to be helpful to more promptly reach the therapeutic applications of this approach. Therefore, this study aimed to compare the effects of individual and group schema therapy on depression and anxiety in female adolescents.

Methods: This was a quasi–experimental research with pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study was all female 9th–grade high school students in Ghods City, Iran, in the 2019–2020 academic year. Of them, 45 students were selected by the convenience sampling method and randomly assigned into 3 groups, as follows: individual schema therapy, group schema therapy, and control. The inclusion criteria of the present study were living together with both parents and the absence of a conditional semester in the student's resume. The exclusion criteria of the study included disabilities and chronic physical illnesses, severe mental illnesses, receiving psychotherapy or medication over the past year, and refusing to continue cooperation. The study subjects completed Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961) and Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988) at pretest and posttest phases. Young et al.'s schema therapy package (2006) was conducted in 12 individual sessions and 12 group sessions, each lasting 90 minutes per experimental group. In the present study, descriptive statistics (frequency, frequency percentage, mean, & standard deviation) and inferential statistics, including Analysis of Covariance (ANCOVA) and Bonferroni post hoc test were applied in SPSS to analyze the obtained data. The significance level of the tests was considered 0.05.

Results: The present study results suggested that after eliminating the pretest effects for depression and anxiety, there was a significant difference in posttest scores between the study group of group–based schema therapy, individual schema therapy, and control (p<0.001). Individual and group schema therapy reduced the explored adolescents' depression (p<0.001) and anxiety (p<0.001), compared to the controls; however, there was no significant difference between the groups of individual and group schema therapy concerning depression (p=0.810) and anxiety (p=0.293).

Conclusion: The obtained data indicated that schema therapy, both individually and in groups, is effective in reducing depression and anxiety among adolescents.

Keywords: Anxiety, Depression, Individual schema therapy, Group schema therapy, Adolescents.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۶۷.

انتشار برخط مرداد ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی طرحواره‌درمانی فردی و گروهی بر درمان افسردگی و اضطراب نوجوانان

سهیلا عیسایی[۱]، *محمدرضا صیرفی[۲]، آدیس کراسکیان موجمباری[۲]، احمد برجعلی[۳]، طاهره رنجبری‌پور[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۳. استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** msf_3@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۸ شهریور ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۰ آبان ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: طرحواره‌های ناسازگار، عمیق‌ترین مؤلفه‌های شناختی_هیجانی هستند که موجب بروز افسردگی و اضطراب می‌شوند؛ ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی طرحواره‌درمانی فردی و گروهی در درمان افسردگی و اضطراب نوجوانان دختر بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمام دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطهٔ پایهٔ نهم شهرستان قدس در سال تحصیلی ۹۹_۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۴۵ دانش‌آموز به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. سپس با گمارش تصادفی در سه گروه طرحواره‌درمانی فردی، طرحواره‌درمانی گروهی و گواه قرار گرفتند. آزمودنی‌ها برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون به پرسشنامهٔ افسردگی بک (بک و همکاران، ۱۹۶۱) و پرسشنامهٔ اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸) پاسخ دادند. طرحواره‌درمانی یانگ و همکاران (۲۰۰۶) طی دوازده جلسهٔ فردی و دوازده جلسهٔ گروهی هر کدام با مدت‌زمان جلسه‌ای نود دقیقه صرفاً برای دو گروه آزمایش برگزار شد. در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها روش آماری تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزارSPSS به‌کار رفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون برای هر دو متغیر افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری در پس‌آزمون بین گروه‌های طرحواره‌درمانی گروهی، طرحواره‌درمانی فردی و گواه وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین طرحواره‌درمانی فردی و طرحواره‌درمانی گروهی برای گروه‌های آزمایش موجب کاهش افسردگی و اضطراب نوجوانان درمقایسه با گروه گواه شدند ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما بین دو گروه طرحواره‌درمانی فردی و گروهی در هر دو متغیر افسردگی ($p=۰/۸۱۰$) و اضطراب ($p=۰/۲۹۳$) تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی به‌شیوهٔ فردی و نیز گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب نوجوانان مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، افسردگی، طرحواره‌درمانی فردی، طرحواره‌درمانی گروهی، نوجوانان.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

۱ مقدمه

نوجوانی[1] دوره‌ای از رشد انسان است که تحولات عمیقی در ساختار جسمانی و روان‌شناختی فرد رخ می‌دهد (۱). افسردگی[2] و اضطراب[3] ازجمله مشکلات اساسی است که در طی سال‌های نوجوانی برای نوجوانان پیش می‌آید و توجه خاصی را می‌طلبد (۲). تغییرات ساختاری و روان‌شناختی که در دوران بلوغ برای نوجوانان رخ می‌دهد، بحرانی اساسی رشدی محسوب می‌شود (۳). در سال‌های اخیر مشکلات سلامت روان به‌طور فزاینده‌ای در کودکان و نوجوانان افزایش یافته است؛ ازاین‌رو توجه به تأثیرات منفی این مشکلات بر رشد روانی ـ هیجانی و اجتماعی کودکان، نگرانی‌هایی در سطح جامعه پدیدار شده است؛ به این ترتیب متخصصان سلامت کودک بر اهمیت و ضرورت تشخیص مشکلات کودکان و همین‌طور ارائهٔ رویکردهای درمانی مناسب برای درمان اختلال‌های روان‌شناختی آن‌ها بیش از پیش تأکید دارند. همچنین متخصصان عنوان کرده‌اند، ازآنجاکه در سنین بزرگسالی مشکلات سلامت روان و همین‌طور الگوهای شخصیتی و رفتاری افراد به‌سختی تغییر می‌کند، اقدامات به‌موقع برای تشخیص مشکلات سلامت روان کودکان و نوجوانان یکی از دغدغه‌های اصلی سیستم سلامت روان است (۴).

تجارب اولیهٔ فرد با والدین یا نوع رابطهٔ هیجانی او با والدین در دوران کودکی در ابتلا به افسردگی و اضطراب از اهمیت زیادی برخوردار است (۵). براساس رویکرد شناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه[4]، مؤلفه‌های اول و عمیق‌تر شناختی ـ هیجانی هستند که شکل‌گیری آن‌ها حتی به قبل از زبان‌آموزی برمی‌گردد و به‌صورت ناهشیار و زیرآستانه‌ای بر نظام پردازش اطلاعات اثر می‌گذارند. چنین تصور شده است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌صورت مستقیم یا به‌واسطهٔ متغیرهای میانجی دیگر موجب بروز مشکلات سلامت روان نظیر افسردگی و اضطراب می‌شوند (۶). طرحواره‌های ناسازگار اولیه که در دوران کودکی شکل می‌گیرند، بر گسترهٔ زندگی فرد سایه می‌اندازند و بدین‌طریق اثرگذار هستند. همهٔ افراد نیاز به هماهنگی شناختی دارند؛ بدین‌معنا که در پی حفظ و نگهداری دیدگاهی متداوم دربارهٔ خود، محیط و افراد هستند. هرچند این دیدگاه غلط باشد، طرحواره‌ها در گسترهٔ زندگی فرد تکرار می‌شوند و فرد را محکوم به تکرار می‌کنند (۷). در این راستا، در پژوهش کارلوسی و همکاران طرحواره‌های بریدگی و طرد، گوش‌به‌زنگی و بازداری و خودگردانی مختل میانجیگر رابطهٔ بین نشخوارگری و صفت اضطراب و اضطراب شناختی و نیز اضطراب جسمانی بودند (۸). در پژوهش ساریتاس آتالار و گنکوز مشخص شد، سبک‌های والدگری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه پیش‌بینی‌کنندهٔ اختلال‌های روان‌شناختی‌اند. پژوهشگران مذکور در پژوهش خود دریافتند، طرحوارهٔ حوزهٔ بریدگی و طرد، رابطهٔ بین طردشدگی در دوران کودکی توسط مراقب مادر و ابتلا به نشانه‌های افسردگی و اضطراب در بزرگسالی را واسطه‌گری می‌کند (۹). پژوهش کامارا و کالویت نشان داد، راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی رابطهٔ بین حوزه‌های طرحواره‌ای محدودیت‌های مختل، بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل و دیگرجهت‌مندی را با اضطراب میانجیگری می‌کند؛ همچنین در پژوهش آن‌ها راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی رابطهٔ بین حوزه‌های طرحواره‌ای محدودیت‌های مختل و دیگرجهت‌مندی را با افسردگی میانجیگری کرد (۱۰). همچنین پژوهش‌هایی که به آزمون اثربخشی طرحواره‌درمانی بر افسردگی و اضطراب پرداختند، نتایج امیدبخشی را گزارش کردند. در پژوهش ملکی و همکاران بر دانشجویان پرستاری و مامایی، گروه آزمایش شامل دانشجویان پرستاری و مامایی دارای نشانه‌های اضطراب و افسردگی بود که تحت طرحواره‌درمانی قرار گرفتند. نتایج نشان داد، نشانه‌های اختلال اضطراب و افسردگی گروه آزمایش برخلاف گروه گواه که درمانی دریافت نکرد، در مراحل پس‌آزمون و پیگیری دوماهه به‌طور معناداری کاهش یافت (۱۱). کیندینیس و همکاران اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی را بر افسردگی و اضطراب در جمعیت سالمندان بیان کردند (۱۲). مالاگیانیس و همکاران نیز به اثربخشی طرحواره‌درمانی فردی بر افسردگی و تداوم اثر آن برای مدت‌زمان شش ماه اشاره کردند (۱۳).

در طرحواره‌درمانی که شکل تعدیل‌شده و تلفیقی شناخت‌درمانی است، فرض بر این است که تجربیات مبتنی‌بر غفلت و/یا سوءرفتار در دوران کودکی می‌تواند شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در پی داشته باشد. طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه از سازه‌های عمیق‌تر شناختی به‌شمار می‌روند؛ همچنین آنچنان که تعریف شده است، الگوهای شناختی و هیجانی خودشکنانه دربارهٔ خود و روابط شخصی هستند که در آغاز رشد شکل می‌گیرند. این طرحواره‌های غیرانطباقی در بروز آسیب‌های روانی نقش سببی دارند (۱۴). این طرحواره‌ها به‌عنوان راهنمای فرایندهای شناختی در موقعیت‌هایی مانند توجه، تفسیر رویدادها و بازیابی اطلاعات از حافظه عمل می‌کنند. ساختارهای شناختی بنیان تفکر و رفتار انسان را سازمان می‌دهند (۷). با برانگیخته‌شدن ساختارهای شناختی ژرف‌تر طرحواره‌ها، افراد معمولاً سطوح زیادی از هیجان‌ها را تجربه می‌کنند. ازآنجاکه طرحواره‌ها تنظیم هیجانی را موجب می‌شوند، در سازگاری نوجوان با رویدادهای تنش‌زا نیز مؤثر هستند (۱۵). طرحواره‌های ناسازگار اولیه باورهای هسته‌ای، پیش‌فرض‌ها و بازنمایی‌های غیرشرطی دربارهٔ خود و دیگران‌اند که پردازش اطلاعات به‌ویژه اطلاعات هیجانی را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند و از مسیر کارآمد خارج می‌کنند؛ بنابراین چنین به‌نظر می‌رسد که طرحواره‌ها سازمان درون‌روانی و ادراکات و روابط افراد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهند. در مقایسه با سایرآسیب‌پذیری‌های شناختی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، غیرشرطی‌تر و خودآیندتر هستند و توان تولید سطوح بیشتر عاطفهٔ منفی را دارند (۱۶). طرحواره‌درمانی که مکمل درمان رفتاردرمانی شناختی است، بر کشف ریشه‌های مشکلات روانی دوران کودکی و ارتباط آن‌ها با مشکلات جاری تأکید دارد (۱۷). اگرچه دیگر نوجوانی را دورهٔ طوفان و فشار در نظر نمی‌گیرند، نوجوانان چالش‌های منحصربه‌فردی را برای خانواده پدید می‌آورند (۱۸). یکی از اعضای مهم جامعه به‌عنوان نهادی سرنوشت‌ساز، نوجوانان هستند که مسئولیت هدایت و پرورش یک نسل را بر عهده دارند. باتوجه به

---

1. Adolescence
2. Depression
3. Anxiety
4. Early maladaptive chema

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

اینکه نوجوانان امروز مادران و پدران فردای این مرز و بوم هستند و نسل آیندهٔ کشور را تشکیل می‌دهند و نیز در سلامت اجتماع و جامعه و خانواده نقش اساسی دارند، چگونگی کیفیت زندگی آن‌ها درخور توجه است. مسائل و مشکلاتی که نوجوانان در دورهٔ نوجوانی با آن‌ها روبه‌رو هستند، آنان را مستعد افسردگی و اضطراب می‌کند؛ همچنین برخورداری از پیش‌آمادگی‌هایی نظیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نه‌تنها بر توانایی مقابلهٔ آن‌ها با این موقعیت اثرگذار است، بلکه میزان آسیب‌پذیری آنان را بسیار بیشتر افزایش می‌دهد؛ ازاین‌رو انجام مداخلات مؤثر در این زمینه از ضروریات پژوهش حاضر به‌شمار می‌آید. طرحواره‌درمانی در دو مدل فردی و گروهی انجام می‌گیرد (۱۹) و به‌نظر می‌رسد آزمون اثربخشی هر دو مدل برای رسیدن سریع‌تر به کاربردهای درمانی رویکرد طرحواره‌درمانی به‌صورت فردی و نیز به‌صورت گروهی کمک‌کننده خواهد بود. براساس آنچه پیش‌تر گفته شد، بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مشکلات نوجوانی اغلب نادیده گرفته شده است. این مطلب بر اهمیت پژوهش حاضر می‌افزاید؛ به‌علاوه اجرای طرحواره‌درمانی به‌صورت فردی و نیز به‌صورت گروهی نوآوری پژوهش حاضر محسوب می‌شود؛ ازاین‌رو، هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی طرحواره‌درمانی فردی و گروهی بر درمان افسردگی و اضطراب نوجوانان بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمام دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطهٔ پایهٔ نهم شهرستان قدس استان تهران در سال تحصیلی ۹۹ـ۱۳۹۸ تشکیل دادند. از بین آن‌ها ۴۵ دانش‌آموز به‌صورت دردسترس از مدرسهٔ شهید خشکباری شهرستان قدس انتخاب شدند. سپس با گمارش تصادفی در سه گروه طرحواره‌درمانی فردی، طرحواره‌درمانی گروهی و گواه قرار گرفتند (هر گروه پانزده نفر). ملاک‌های ورود دانش‌آموزان به پژوهش حاضر، زندگی مشترک با هر دو والد و وجودنداشتن نیم‌سال مشروطی در کارنامهٔ دانش‌آموز بود. معیارهای خروج دانش‌آموزان از پژوهش شامل معلولیت‌ها و بیماری‌های جسمانی مزمن، بیماری‌های شدید روانی، دریافت روان‌درمانی یا دارو در طول سال گذشته و انصراف افراد از ادامهٔ همکاری بود. در پژوهش حاضر اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانه، محرمانه‌ماندن و رازداری رعایت شد. دانش‌آموزان به‌طور شفاهی رضایت خود را اعلام کردند و برای اعلام رضایت کتبی فرم رضایت آگاهانه پیش از ورود دانش‌آموزان به پژوهش به آن‌ها ارائه شد تا در منزل والدینشان به آن پاسخ دهند.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

ـ پرسشنامهٔ افسردگی بک[1]: پرسشنامهٔ افسردگی بک توسط بک و همکاران در سال ۱۹۶۱ ساخته شد (۲۰). این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را براساس گروه جملات روی مقیاسی از صفرتا۳ درجه‌بندی کنند. نمرهٔ بیشتر در این ابزار حاکی‌از افسردگی بیشتر است (۲۰). بک و همکاران برای ابزار ضریب اِسپیرمن‌ـبراون را ۰/۹۳ و همبستگی آن را با درجه‌بندی‌های بالینی برابر با ۰/۶۶ به‌دست آوردند (۲۰). حمیدی و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۳ و همبستگی آن را با پرسشنامهٔ سلامت عمومی[2] به‌عنوان شاخصی از روایی همگرا گزارش کردند (r=۰/۸) (۲۱).

ـ پرسشنامهٔ اضطراب بک[3]: پرسشنامهٔ اضطراب بک توسط بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ ساخته شد (۲۲). این پرسشنامه شامل ۲۱ سؤال است که در طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای از اصلاً=صفر، خفیف=۱، متوسط=۲ تا شدید=۳ نمره‌گذاری می‌شود (۲۲). بک و همکاران برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و همبستگی آن را با مقیاس تجدیدنظرشدهٔ درجه‌بندی اضطراب همیلتون[4] (r=۰/۵۱) و مقیاس درجه‌بندی افسردگی همیلتون[5] (r=۰/۲۵) به‌عنوان شاخصی از روایی مناسب گزارش کردند (۲۲). رفیعی و سیفی برای ابزار ضریب پایایی ۰/۹۰ را به‌دست آوردند. آن‌ها نشان دادند، پنج عامل (مؤلفهٔ اصلی) برای تبیین پراکندگی موجود در این پرسشنامه وجود دارد که ۵۸/۵۴درصد از کل پراکندگی موجود در مقادیر اضطراب را تبیین می‌کند (۲۳).

ـ طرحواره‌درمانی فردی و گروهی: طرحواره‌درمانی براساس کتاب طرحواره‌درمانی یانگ و همکاران تدوین شد (۶) که طی دوازده جلسه طرحواره‌درمانی فردی و دوازده جلسه طرحواره‌درمانی گروهی هرکدام به‌مدت هر جلسه نود دقیقه برگزار شد. برای بررسی روایی محتوایی جلسات از ضریب نسبی روایی محتوا[6] و نظر پنج نفر استاد روان‌شناس هیئت‌علمی دانشگاه با مدرک دکتری استفاده شد که مقدار آن ۹ به‌دست آمد و حاکی‌از روایی محتوایی مطلوب جلسات بود.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات طرحواره‌درمانی

جلسه	هدف	خلاصهٔ محتوای مداخله
اول	بیان اهمیت و هدف طرحواره‌درمانی	در جلسهٔ اول پس از آشنایی و ایجاد اتحاد و تفاهم درمانی، مشکلات مُراجعان در قالب رویکرد طرحواره‌درمانی صورت‌بندی شد.
دوم	فرمول‌بندی مشکل مُراجع براساس رویکرد طرحواره‌محور، سنجش تاریخچه‌ای، سنجش طرحواره‌ای	در این جلسه درمانگر تلاش کرد که بفهمد مشکل فعلی بیمار موقعیتی و مربوط به زمان حال است یا اینکه به سبک زندگی بیمار برمی‌گردد و ریشه در گذشتهٔ او دارد؛ همچنین از پرسشنامه‌های طرحواره به‌منظور دستیابی به این مهم استفاده

1. Beck Depression Inventory
2. General Health Questionnaire
3. Beck Anxiety Inventory
4. Revised Hamilton Rating Scale for Anxiety
5. Hamilton Rating Scale for Depression
6. Content Validity Ratio (CVR)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

		کرد.
سوم	فرضیه‌سازی دربارهٔ طرحواره‌های مقابله‌ای و غلبه بر اجتناب طرحواره‌ای	فرد برای اجتناب از فعال‌کردن طرحواره به روشی رفتار می‌کند که ظاهراً نقطهٔ مقابل روشی است که طرحواره ایجاب می‌کند. ظاهراً این‌طور به‌نظر می‌رسد که فرد دارای سبک مقابله‌ای جبران افراطی با حمایت‌کردن از خودش به‌شیوهٔ سالمی رفتار می‌کند؛ اما او با افراط‌کردن در این سبک درواقع الگوهای مشکل‌آفرین بیشتری را به‌وجود می‌آورد و به این ترتیب طرحواره به بقای خود ادامه می‌دهد. تکمیل مفهوم‌بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرحواره‌مدار صورت گرفت.
چهارم	بررسی راهبردهای مقابله‌ای طرحواره‌ای	تکمیل مفهوم‌بندی مشکل بیمار در قالب رویکرد طرحواره‌مدار و غلبه بر اجتناب انجام شد.
پنجم	آزمون اعتبار طرحواره‌ها در دوره‌های متفاوت زندگی	در این جلسه شواهد عینی تأییدکننده یا ردکنندهٔ طرحواره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته بررسی شد؛ به این ترتیب که آزمودنی‌ها به‌صورت عینی و در واقعیت در حضور بقیهٔ اعضای گروه طرحواره‌های مثبت و منفی دوران کودکی و حال حاضر خود را بازگو کردند و به دسته‌بندی و طبقه‌بندی آن‌ها پرداختند. این امر تأثیر بسزایی بر آگاهی و شناخت فرد از این طرحواره‌ها داشت و فرد را در برنامه‌ریزی زندگی یاری کرد. تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرحواره‌ها، ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای بیان شد.
ششم	آزمون اعتبار طرحواره‌ها، تبدیل طرحواره‌ها به افکار بنیادی سه‌گانه و آزمودن آن‌ها	در این جلسه تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکنندهٔ طرحوارهٔ موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای آموزش داده شد.
هفتم	آزمون اعتبار طرحواره‌ها، ارائهٔ منطق تکنیک‌های تجربی	آزمون اعتبار طرحواره‌ها، ارائهٔ منطق تکنیک‌های تجربی و آموزش آن صورت گرفت.
هشتم	برقراری گفت‌وگو بین جنبهٔ طرحواره و جنبهٔ سالم	آموزش تکنیک به این صورت که ابتدا درمانگر نقش جنبهٔ سالم را بر عهده گرفت. سپس کم‌کم بیمار نقش جنبهٔ سالم را بر عهده گرفت. تصویرسازی به‌منظور مداخله و گفت‌وگوی خیالی انجام شد.
نهم	کار با تصاویر ذهنی به‌منظور باز والدینی حد و مرزدار برای کمک برای بیرون‌ریختن عواطف بلوکه‌شده و فراهم‌آوردن آرامش برای بیمار با واردکردن بزرگسال سالم	تصویرسازی ذهنی اغلب شیوهٔ مفیدتر برای شناخت طرحواره‌ها است. در این روش با تصویرسازی ذهنی از کودک آسیب‌دیده حمایت می‌شود و خشم بیمار تخلیه می‌شود؛ یکی از موانع شایع این کار اجتناب طرحواره‌ای است.
دهم	الگوشکنی رفتاری	در این جلسه بیمار آموزش دید، به‌جای الگوهای رفتاری که حاصل طرحواره‌ها است، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین کند. اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی به این ترتیب انجام شد: درمانگر و بیمار بعد از تهیهٔ فهرست الگوهای زندگی و رفتاری مشکل‌ساز راجع به رفتار یا رفتارهای مشکل‌سازتر و اینکه کدام رفتارها باید آماج درمان قرار بگیرد، تصمیم گرفتند؛ همچنین دربرابر رفتارهای مهم‌تر مشکل‌ساز، رفتارهای سالم احتمالی را به‌عنوان راه‌حل جایگزین بررسی کردند. افزایش انگیزه برای تغییر رفتار و بازنگری مزایا و معایب ادامهٔ رفتار صورت گرفت.
یازدهم	تمرین رفتارهای سالم	الگوشکنی رفتاری، تمرین رفتارهای سالم ازطریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و شناسایی موانع تغییر رفتار انجام شد.
دوازدهم	غلبه بر موانع تغییر رفتار	الگوشکنی رفتاری و گفت‌وگو بین جنبهٔ سالم و جنبهٔ مانع صورت گرفت.

برای تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس و پیش‌فرض‌های آن (آزمون‌های آماری شاپیرو–ویلک، لون و ام‌باکس) و آزمون تعقیبی بونفرونی در نرم‌افزار SPSS استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

در جدول ۲ یافته‌های جمعیت‌شناختی کودکان شامل تحصیلات مادر و پدر گزارش شده است. چنانکه مشاهده می‌شود، بین سه گروه

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

طرحواره‌درمانی فردی، طرحواره‌درمانی گروهی و گواه به‌لحاظ تحصیلات مادر (p=۰/۶۷۷) و پدر (p=۰/۷۳۸) تفاوت معناداری وجود ندارد.

جدول ۲. مقایسهٔ توزیع متغیرهای جمعیت‌شناختی پژوهش

تحصیلات مادر	طرحواره‌درمانی فردی		طرحواره‌درمانی گروهی		گواه		آمارهٔ χ^2	مقدار p
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد		
کمتر از دیپلم، دیپلم و فوق‌دیپلم	۷	۴۶/۶۷	۸	۵۳/۳۳	۷	۴۶/۶۷	۲/۳۱	۰/۶۷۷
لیسانس	۳	۲۰	۵	۳۳/۳۳	۳	۲۰		
بیشتر از لیسانس	۵	۳۳/۳۳	۲	۱۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳		
تحصیلات پدر								
کمتر از دیپلم، دیپلم و فوق‌دیپلم	۸	۵۳/۳۳	۷	۴۶/۶۷	۸	۵۳/۳۳	۱/۹۸	۰/۷۳۸
لیسانس	۵	۳۳/۳۳	۳	۲۰	۴	۲۶/۶۷		
بیشتر از لیسانس	۲	۱۳/۳۳	۵	۳۳/۳۳	۳	۲۰		

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای افسردگی و اضطراب در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اِتا
افسردگی	طرحواره‌درمانی فردی	۲۳/۲۰	۴/۷۵	۱۰/۶۰	۷/۳۸	۱۶/۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۵۴۱
	طرحواره‌درمانی گروهی	۲۵/۷۵	۱۰/۲۰	۱۴/۰۸	۶/۸۱			
	گواه	۲۱/۴۰	۴/۲۷	۲۴/۵۰	۲/۴۱			
اضطراب	طرحواره‌درمانی فردی	۳۰/۵۰	۶/۹۳	۸/۸۰	۳/۷۶	۵۶/۱۳	<۰/۰۰۱	۰/۸۰۰
	طرحواره‌درمانی گروهی	۲۶/۷۵	۱۰/۵۳	۱۱/۳۳	۴/۹۶			
	گواه	۲۸/۵۰	۴/۱۹	۲۷/۱۰	۴/۲۰			

جدول ۳ مشخص می‌کند، میانگین نمرات متغیرهای افسردگی و اضطراب در گروه‌های آزمایش طرحواره‌درمانی فردی و طرحواره‌درمانی گروهی در پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون افزایش یافته است. نتایج روش تحلیل کوواریانس نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون برای هر دو متغیر افسردگی و اضطراب تفاوت معناداری در پس‌آزمون بین سه گروه وجود دارد (p<۰/۰۰۱). در راستای تعیین اثربخشی هریک از روش‌های درمانی بر متغیرهای وابسته از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسهٔ زوجی گروه‌ها در اثربخشی مداخلات بر متغیرهای افسردگی و اضطراب

مرحله	گروه یک	گروه دو	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
پس‌آزمون افسردگی	طرحواره‌درمانی فردی	طرحواره‌درمانی گروهی	۲/۸۵-	۲/۵۳	۰/۸۱۰
		گواه	۱۴/۳۴-	۲/۶۳	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی گروهی	گواه	۱۱/۴۸-	۲/۵۹	<۰/۰۰۱
پس‌آزمون اضطراب	طرحواره‌درمانی فردی	طرحواره‌درمانی گروهی	۳/۱۷-	۱/۸۵	۰/۲۹۳
		گواه	۱۸/۶۴-	۱/۹۰	<۰/۰۰۱
	طرحواره‌درمانی گروهی	گواه	۱۵/۴۶-	۱/۸۲	<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، طرحواره‌درمانی فردی (p<۰/۰۰۱) و طرحواره‌درمانی گروهی (p<۰/۰۰۱) برای گروه‌های آزمایش موجب کاهش افسردگی نوجوانان درمقایسه با گروه گواه شده است. همچنین طرحواره‌درمانی فردی (p<۰/۰۰۱) و طرحواره‌درمانی گروهی (p<۰/۰۰۱) برای گروه‌های آزمایش، اضطراب نوجوانان را درمقایسه با گروه گواه کاهش داده است؛ اما بین دو گروه طرحواره‌درمانی فردی و گروهی در هر دو متغیر افسردگی (p=۰/۸۱۰) و اضطراب (p=۰/۲۹۳) تفاوت معناداری وجود نداشت.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی طرحواره‌درمانی فردی و گروهی در درمان افسردگی و اضطراب نوجوانان بود. نتایج این پژوهش نشان داد، طرحواره‌درمانی فردی و طرحواره‌درمانی گروهی هر دو در درمان افسردگی نوجوانان اثربخش بودند و طرحواره‌درمانی فردی و گروهی موجب کاهش افسردگی در گروه‌های آزمایشی درمقایسه با گروه گواه شدند. همچنین طرحواره‌درمانی فردی و طرحواره‌درمانی گروهی هر دو در درمان اضطراب نوجوانان اثربخش بودند و طرحواره‌درمانی فردی و

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

گروهی سبب کاهش اضطراب در گروه‌های آزمایشی درمقایسه با گروه گواه شدند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های کارلوسی و همکاران (۸)، ساریتاس آتالار و گنکوز (۹) و کامارا و کالویت (۱۰) مبنی‌بر رابطهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه با افسردگی و اضطراب و نتایج پژوهش‌های ملکی و همکاران (۱۱)، کیندینیس و همکاران (۱۲) و مالاگیانیس و همکاران (۱۳) مبنی‌بر اثربخشی طرحواره‌درمانی فردی و گروهی بر افسردگی و اضطراب، همسوست. چون پژوهشی تاکنون در زمینهٔ مقایسهٔ طرحواره‌درمانی فردی و گروهی انجام نشده است، نمی‌توان یافته‌های مقایسهٔ دو طرحواره‌درمانی فردی و گروهی را با دیگر پژوهش‌ها مقایسه کرد.

در زمینهٔ اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی باید عنوان کرد که گروه‌درمانی ضمن فراهم‌آوردن حالتی حمایتی و پرداختن به مشکل افراد، زمینهٔ مناسب را برای افشاکردن راحت‌تر مسائل آن‌ها مهیا می‌کند. ذکر این نکته ضروری به‌نظر می‌رسد که یکی از راهکارهای مناسب و کاربردی برای افزایش مهارت‌های اجتماعی، گروه‌درمانی است. ناگفته نماند که در مقولهٔ گروه‌درمانی بسیاری از روان‌درمانگران و متخصصان اعتقاد دارند، درمقایسه با درمان انفرادی، گروه‌درمانی با تأثیرگذاری و اثربخشی بیشتری همراه است؛ بااین‌حال نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین اثربخشی طرحواره‌درمانی فردی و طرحواره‌درمانی گروهی در کاهش متغیرهای مطالعه‌شده تفاوتی وجود ندارد.

در تبیین یافته‌های حاضر به‌طور کلی می‌توان گفت، در طرحواره‌درمانی تکنیک‌ها و مداخلات درمانی در سه سطح شناختی، هیجانی (تجربی) و رفتاری (سبک‌های مقابله‌ای) صورت می‌گیرد (۷). مدل طرحواره‌درمانی با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه‌ای و تجربی در نوجوانان افسرده و مضطرب، علاوه‌بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیهٔ عواطف و هیجان‌های منفی مدفون می‌شود (۱۴). درمانگر به‌وسیلهٔ الگوشکنی رفتاری تلاش می‌کند به‌جای الگوهای رفتاری که مطابق با طرحواره‌های ناسازگار است، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین کند؛ به‌علاوه موجب جایگزین‌شدن الگوهای رفتاری سازگار به‌جای پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار می‌شود. بدین‌ترتیب مداخله و بازسازی در سه سطح شناختی، هیجانی ـ عاطفی و رفتاری درنهایت می‌تواند به کاهش باورها و طرحواره‌های ناسازگار و تعدیل الگوهای رفتارهایی که ایجادکننده و تداوم‌بخش افسردگی و اضطراب است، منجر شود (۶).

طرحواره‌درمانی با کارکردن بر صدای درونی‌شدهٔ والدین و سطح عمیق‌تر شناخت یعنی طرحواره‌ها کمک می‌کند تا بیماران به ریشهٔ افکار خود آگاهی یابند (۱۵)؛ همچنین با استفاده از آزمون‌کردن اعتبار درستی طرحواره و پیداکردن تعریفی جدید از شواهد تأییدکننده یا ردکنندهٔ آن، طرحواره و افکار ناخودآیند منتج از آن را زیر سؤال ببرند و دیدگاه جدید به خود، دنیا و آینده پیدا کنند. افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب طی سال‌های متمادی اطلاعات همخوان با طرحواره را برجسته می‌کنند و اطلاعات ناهمخوان با آن را نادیده می‌گیرند و این روند را در تمامی سطوح زندگی تداوم می‌بخشند (۶). طرحواره‌درمانی که خلاصه‌هایی از پاسخ‌های سالم فرد شناسایی ریشهٔ طرحواره و افکار ناکارآمد است، بهترین ابزار کمک‌کننده به فرد به‌منظور تشخیص رفتارهای منفی و چگونه جایگزین‌کردن رفتارهای سالم در زندگی است (۱۶) که موجب آگاهی فرد دربارهٔ طرحواره‌ها می‌شود؛ به‌علاوه زمینهٔ تغییر را در فرد و به‌تبع آن در روابط بین‌فردی و درون‌فردی فراهم می‌آورد (۱۵). همچنین تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خودیادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفهٔ بین‌فردی و خودآرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا کند (۷).

از سوی دیگر بیماران می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه‌آزمایی طرحواره‌ها بپردازند؛ با برانگیخته‌شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن‌ها با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌شود. استفاده از تصویرسازی ذهنی باعث می‌شود فرد طرحواره‌های اصلی را بشناسد، ریشه‌های تحولی آن را درک کند و این ریشه‌ها را به زندگی فعلی خود ربط دهد (۶). تصویرسازی ذهنی به‌منظور الگوشکنی سبب فاصله‌گرفتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی می‌شود؛ از سویی نیز باعث فاصله‌گرفتن از سبک‌های مقابله‌های اجتناب و جبران افراطی می‌شود و ازطرفی با استفاده از تکنیک نوشتن نامه بیماران فرصتی برای بیان حقوقشان و شناخت احساساتشان می‌یابند (۱۴)؛ علاوه‌براین موجب ارتقای درک بیمار و کمک به او درجهت حرکت از شناخت عقلانی به‌سمت تجربه‌کردن هیجانی می‌شود (۷). در تکنیک گفت‌وگوی خیالی، بروز هیجانات اصلی مثل خشم، زمینه را برای تخلیهٔ هیجانی مهیا می‌کند و باعث فاصله‌گرفتن از طرحواره‌ها می‌شود. به عبارت دیگر، در بُعد عاطفی، طرحواره‌درمانی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور شناختی را که به باور هیجانی گره خورده است به چالش می‌اندازد تا بیمار در جلسهٔ درمان با طرحواره‌هایش علاوه‌بر سطح شناختی در سطح عاطفی نیز بجنگد. این تکنیک به تخلیهٔ هیجانی فرد کمک می‌کند تا وی نیازهای هیجانی ارضانشده‌اش را که منجربه شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار می‌شود، بشناسد (۶).

هر پژوهشی محدودیت‌هایی دارد. نمونهٔ مطالعه‌شده در پژوهش حاضر را افراد غیربالینی تشکیل دادند که باوجود اینکه براساس پیشینهٔ پژوهشی موجود لزوم مطالعه در این افراد به‌نظر می‌رسد، ممکن است آنان به‌دلایل مختلف ازجمله ترس از برچسب‌خوردن، نداشتن تمکن مالی و نداشتن ارادهٔ کافی برای درمان به مراکز درمانی و متخصصان روان‌شناس و روان‌پزشک مراجعه نکرده باشند. این امر موجب نپذیرفتن هرچه بیشتر مشکلات و انکار در این افراد می‌شود و بدین‌صورت می‌تواند بر نتایج پژوهش تأثیر بگذارد. ممکن است ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کننده‌ها مانند طبقهٔ اجتماعی ـ اقتصادی و متغیرهای مرتبط با والدین مانند سبک والدگری که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت و در صورت کنترل مستلزم صرف زمان و هزینهٔ بیشتر بود، بر نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشند. در پژوهش حاضر به‌دلیل محدودیت زمانی امکان انجام مرحلهٔ پیگیری به‌منظور بررسی ماندگار بودن یا نبودن اثر درمان وجود نداشت.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر راه بهتر برای کمک به پیشگیری اولیه از ابتلای نوجوانان به مشکلات سلامت روان، دادن آگاهی و ارتقای درک افراد از شرایط و متغیرهای زمینه‌ای مرتبط است؛ بنابراین در این خصوص می‌توان ازطریق آموزش‌های رسمی و غیررسمی مناسب و افزایش سطح آگاهی افراد و خانواده‌ها فرایند پیشگیری را در نوجوانان مستعد تسریع کرد و پیامدهای متعاقب آن را کاهش داد. با هدف پیشگیری ثانویه در نوجوانان پیشنهاد می‌شود، در مرحلهٔ اول با سنجش و غربالگری، از گسترش هرچه بیشتر مشکلات سلامت روان در نوجوانان مبتلا به مشکلات سلامت روان جلوگیری شود؛ در مرحلهٔ بعد، با تدوین و طراحی مداخلات درمانی متناسب نظیر طرحواره‌درمانی سعی شود نوجوان به وضعیت مناسب‌تر و متقاعدتری دست یابد تا بتواند با محیط خود سازگار شود.

۵ نتیجه‌گیری

از نتایج حاصل از پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی به‌شیوهٔ فردی و نیز گروهی بر کاهش افسردگی و اضطراب نوجوانان مؤثر است؛ به‌طور کلی می‌توان گفت، طرحواره‌درمانی جنبه‌های گسترده‌ای از زندگی فرد را در بر می‌گیرد و اساساً برای مشکلات رفتاری و هیجانی دارای دوام زیاد، به‌کار می‌رود. ازآنجاکه افراد مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان، مشکلات هیجانی پایداری دارند، انتظار می‌رود به بهبودی آن‌ها کمک کند. باتوجه به اهمیت آسیب‌های دوران کودکی در بیماران مبتلا به افسردگی مقاوم به درمان و اضطرابی و تأکید طرحواره‌درمانی بر باورهای ناکارآمد به‌وجودآمده در دوران کودکی تا بزرگسالی، این طرحواره از اصول و فنون زیادی استفاده می‌کند تا آن‌ها را بازسازی کند و تغییر دهد. در این راستا می‌توان گفت، عناصر طرحواره‌درمانی متشکل از رویکردهای شناختی ـ رفتاری، دلبستگی، روابط شیئی، سازه‌گرایی و روان‌کاوی در قالب مدلی درمانی است؛ درنتیجه منطقی به‌نظر می‌رسد که طرحواره‌درمانی با ترکیب رویکردهای مختلف در قالب مدلی درمانی در درمان بیماران مبتلا به افسردگی و اضطرابی مؤثر واقع شود.

تشکر و قدردانی

از تمامی دختران شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و همچنین مسئولان محترم مدرسهٔ شهید خشکباری شهرستان قدس تشکر و قدردانی می‌شود.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

در پژوهش حاضر اخلاق پژوهش شامل رضایت آگاهانه، محرمانه‌ماندن و رازداری رعایت شد. دانش‌آموزان به‌طور شفاهی رضایت خود را اعلام کردند و برای اعلام رضایت کتبی فرم رضایت آگاهانه پیش از ورود دانش‌آموزان به پژوهش به آن‌ها ارائه شد تا در منزل والدینشان به آن پاسخ دهند. همچنین پروتکل تحقیق در کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج به تأیید رسید.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده در نزد نویسندهٔ مسئول حفظ خواهد شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

اعتبار برای مطالعهٔ گزارش‌شده از منابع شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان سهم یکسانی در تهیهٔ پیش‌نویس مقاله، بازبینی و اصلاح مقالهٔ حاضر بر عهده داشتند.

References

1. Keating DP, Demidenko M, Kelly D. Cognitive and neurocognitive development in adolescence. In: Reference module in neuroscience and biobehavioral psychology. Elsevier; 2019. doi: 10.1016/B978-0-12-809324-5.23636-5
2. Houghton DC, Stein DJ, Cortese BM. Review: exteroceptive sensory abnormalities in childhood and adolescent anxiety and obsessive-compulsive disorder: a critical review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;59(1):78–87. doi: 10.1016/j.jaac.2019.06.007
3. Page CE, Coutellier L. Adolescent stress disrupts the maturation of anxiety-related behaviors and alters the developmental trajectory of the prefrontal cortex in a sex- and age-specific manner. Neuroscience. 2018;390:265–77. doi: 10.1016/j.neuroscience.2018.08.030
4. Morelli V, Nettey C. Adolescent health screening: toward a more holistic approach. In: Morelli V, editor. Adolescent health screening: an update in the age of big data. Elsevier; 2019. pp: 1–5. doi: 10.1016/B978-0-323-66130-0.00001-6
5. Kroska EB, Miller ML, Roche AI, Kroska SK, O'Hara MW. Effects of traumatic experiences on obsessive-compulsive and internalizing symptoms: The role of avoidance and mindfulness. J Affect Disord. 2018;225:326–36. doi: 10.1016/j.jad.2017.08.039
6. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York; London: The Guilford Press; 2006.
7. Farrell JM, Shaw IA, Behary WT, Young JE. experiencing schema therapy from the inside out: a self-practice/self-reflection workbook for therapists. New York: The Guilford Press; 2018.
8. Carlucci L, D'Ambrosio I, Innamorati M, Saggino A, Balsamo M. Co-rumination, anxiety, and maladaptive cognitive schemas: when friendship can hurt. Psychol Res Behav Manag. 2018;11:133–44. doi: 10.2147/prbm.s144907

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

9. Sarıtaş Atalar D, Gençöz T. The mediating role of early maladaptive schemas in the relationship between maternal rejection and psychological problems. Turk Psikiyatri Derg. 2015;26(1):40–7. [Turkish]
10. Camara M, Calvete E. P-122 - Cognitive schemas predicting anxiety and depressive symptoms: the role of dysfunctional coping strategies. European Psychiatry. 2012;27:1. doi: 10.1016/S0924-9338(12)74289-X
11. Maleki Z, Naderi I, Ashoori J, Zahedi O. The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. The Journal of Medical Education and Development. 2015;10(1):47–56. [Persian] http://jmed.ssu.ac.ir/article-1-489-en.pdf
12. Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elderly. Encephale. 2013;39(6):393–400. [French]
13. Malogiannis IA, Arntz A, Spyropoulou A, Tsartsara E, Aggeli A, Karveli S, et al. Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2014;45(3):319–29. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.02.003
14. Farrell JM, Reiss N, Shaw IA. The schema therapy clinician's guide: a complete resource for building and delivering individual, group and integrated schema mode treatment programs. Chichester, West Sussex: Wiley-Blackwell; 2014.
15. Fassbinder E, Wilde OB, Arntz A. Case formulation in schema therapy: working with the mode model. In: Kramer U, editor. Case formulation for personality disorders. Academic Press; 2019. pp: 77–94. doi: 10.1016/B978-0-12-813521-1.00005-9
16. Dozois DJA, Beck AT. Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In: Dobson KS, Dozois DJA, editors. Risk factors in depression. San Diego: Elsevier; 2008. pp: 119–43. doi: 10.1016/B978-0-08-045078-0.00006-X
17. Zeynel Z, Uzer T. Adverse childhood experiences lead to trans-generational transmission of early maladaptive schemas. Child Abuse Negl. 2020;99:104235. doi: 10.1016/j.chiabu.2019.104235
18. Martin MJ, Bascoe SM, Davies PT. Family relationships. In: Reference module in neuroscience and biobehavioral psychology. Elsevier; 2017. pp: 84–94. doi: 10.1016/B978-0-12-809324-5.06038-7
19. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2014;45(2):242–51. doi: 10.1016/j.jbtep.2013.11.004
20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. 1961;4:561–71. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
21. Hamidi R, Fekrizadeh Z, Azadbakht M, Garmaroudi G, Taheri Tanjani P, Fathizadeh S, et al. Validity and reliability Beck Depression Inventory-II among the Iranian elderly population. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2015;22(1):189–98. [Persian] http://jsums.medsab.ac.ir/article_550_c326338d69b115a13f8996b01613b38f.pdf
22. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol. 1988;56(6):893–7. doi: 10.1037//0022-006x.56.6.893
23. Rafiei M, Seifi A. An investigation into the reliability and validity of beck anxiety inventory among the university students. Thoughts and Behavior in Clinical Psychology. 2013;8(27):37–46. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_13_60682c96a50aa33f081fbd3f7a62256d.pdf

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]