

Research Paper



The Effectiveness of Schema Therapy on Self-criticism and Emotional Self-regulation in Depressed Women



Donya Golizadeh¹

1. MSc, General psychology, Tonekabone Branch, Islamic Azad university, Mazandaran, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15304

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.13.5](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15304)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15304.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Self-critical, Emotional self-regulation, Schema therapy, Depression

Received: 2021/11/29
Accepted: 2022/03/27
Available: 2022/12/21

ABSTRACT

The aim of this study was the effectiveness of schema therapy on self-criticism and emotional self-regulation of depressed women. The research design was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. The statistical population of the present study was depressed women in the winter of 1399 in Tehran who had referred to one of the three counseling centers and psychological services, of which 30 people according to the interview structured based on the diagnostic and statistical guidelines of mental disorders. And scores above 11 in Beck Depression Inventory were selected by purposive sampling and were divided into two experimental groups ($n = 15$) and control group ($n = 15$). Beck Depression Inventory, Thompson and Zarov Self-Criticism Scale and Beaufort Emotional Self-Regulation Questionnaire were used to collect data. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance. The results showed that schema therapy has an effect on self-criticism and emotional self-regulation in women with depressive disorder and significantly reduces self-criticism and increases emotional self-regulation. Therefore, attention to schema therapy has an important role in reducing self-criticism and improving emotional self-regulation in women with depressive disorder.



* Corresponding Author: Donya Golizadeh

E-mail: golizadeh.f2021@gmail.com

مقاله پژوهشی



اثر بخشی طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده

دنیا قلی‌زاده الکامی^۱

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15304

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.13.5](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15304)URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15304.html

مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:
خودانتقادی، خودتنظیمی
هیجانی، طرحواره درمانی،
افسردگی

هدف پژوهش حاضر اثربخشی طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان افسرده در سال ۱۳۹۹ در شهر تهران بودند که به یکی از سه مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی در زمستان مراجعه کرده بودند که از میان آن‌ها تعداد ۳۰ نفر با توجه به مصاحبه ساختار یافته بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی و نمره‌های بالای ۱۱ در آزمون افسردگی بک به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس افسردگی بک (۲۰۰۱)، مقیاس خودانتقادی تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) و پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی بوفارد (۱۹۹۸) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم افزار SPSS.21 انجام گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی در زنان دارای اختلال افسرده تأثیر دارد و خودانتقادی را به طور معناداری کاهش داده و خودتنظیمی هیجانی را افزایش می‌دهد. بنابراین توجه به طرحواره درمانی نقش مهمی در کاهش خودانتقادی و بهبود خودتنظیمی هیجانی زنان دارای اختلال افسرده دارد.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۹/۰۸
پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۱/۰۷
منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۹/۳۰

* نویسنده مسئول: دنیا قلی‌زاده الکامی

رایانامه: golizadeh.f2021@gmail.com

مقدمه

افسردگی^۱ یک اختلال عاطفی بوده و با مشکلات در خلق و هیجان مشخص می‌شود. این اختلال یک بیماری مزمن و تهدید کننده زندگی است و با علائم ناراضی، از دست دادن توان و علایق گذشته و احساس غم و اندوه مشخص می‌شود و شیوع آن در زنان دو برابر مردان است و در بین اختلالات روانپزشکی بالاترین شیوع طول عمر را دارد (کاپلان و سادوک^۲، ۲۰۱۵). این اختلال به آسیب‌های فردی و خانوادگی، تخریب شغلی و ارتباطات بین فردی و به طور کلی نداشتن تمرکز بر زندگی طبیعی منجر می‌شود. در مجموع در زمینه پیامدهای افسردگی، بنا به تأکید سازمان بهداشت جهانی، افسردگی دومین عامل اصلی ناتوانی و اختلال در عملکرد فرد در میان تمام مشکلات مربوط به سلامت فردی است و نیازمند توجه ویژه‌ای است (محمدی، کشاورزی‌ارشدی، فرزاد و صالحی، ۱۳۹۵).

افسردگی و تعارضات زناشویی تعاملات مستقیم و پیچیده‌ای با هم دارند و روند پژوهش‌ها نشان داده‌اند که کاهش علائم افسردگی با افزایش رضایت و مشکلات در زندگی همراه است (شاکلفورد، بیسر و ژواتس^۳، ۲۰۰۷). افراد مبتلا به افسردگی نه تنها از علائم افسردگی رنج می‌برند، بلکه دارای اختلال در کیفیت زندگی نیز هستند که پیامدهای آن مستقیماً بر روابط فرد با سایر اعضای خانواده اثرگذار است (اسحاق، بالایان، بریس، گرینبرگ و فخری^۴، ۲۰۱۳).

شناسایی عوامل مرتبط با افسردگی در زندگی از اهمیت خاصی برخوردار است که یکی از این عوامل خودانتقادی^۵ است. خودانتقادی را می‌توان به عنوان گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیر سؤال بردن عملکرد خویش تعریف کرد (ایانکوآ، بودنرب و بن - زیونک^۶، ۲۰۱۵). خودانتقادی موجب می‌شود فرد عملکرد خود را ناقص بداند و معیارهای غیرقابل دستیابی برای خود تعریف کند؛ به گونه‌ای که در نهایت به دوری کردن او از شبکه‌های اجتماعی منجر می‌شود (جیمز، ورپلانکن و ریمز^۷، ۲۰۱۵). افراد خودانتقادگر هنگام روبرو شدن با مانع در راه رسیدن به اهدافشان، بسیار آسیب‌پذیر می‌شوند و مستعد بسیاری از اختلالات هستند (باگی و رکتور^۸، ۱۹۹۸). خودانتقادی بر پایه میزان درون‌فکنی معیار عمل، در یک پیوستار قرار می‌گیرد؛ در یک انتهای این پیوستار، نوعی از خودانتقادی وجود دارد که بر استانداردهای به نسبت بیرونی متکی است و در انتهای دیگر آن نوعی از خودانتقادی، مستلزم استانداردهای درونی است (تامپسون و زوروف^۹، ۲۰۰۴).

خودانتقادی مقایسه‌ای به صورت دید منفی نسبت به خود به سبب مقایسه خود با دیگران تعریف شده است. در این سطح، تمرکز بر مقایسه نامناسب خود با دیگرانی است که برتر، متخاصم و منتقد به نظر می‌رسند و در نهایت به ناراضی و ناراحتی از روبرویی و ارزیابی شدن توسط دیگران در

1. depression
2. Kaplan & Sadock
3. Shackelford, Besser & Goetz
4. IsHak, Balayan, Bresee, Greenberg & Fakhry
5. self-criticism
6. Iancua, Bodnerb & Ben-Zionc
7. James, Verplanken & Rimes

نوجوانان منجر می‌شود. خودانتقادی درونی شده به صورت دید منفی نسبت به خود به سبب مقایسه خود با استانداردهای شخصی و درونی تعریف شده است. از آنجا که این استانداردها بسیار قوی است، تحقق آن‌ها غیرممکن است؛ ولی این عدم تحقق از دید فرد خودانتقادگر، ضعف و نقص به شمار می‌آید. مجازاتی که فرد به سبب نرسیدن به این استانداردها برای خود در نظر می‌گیرد، بسیار نامعقول است (حسینی و درویشی، ۱۳۹۴).

از سویی یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با افسردگی در زنان، خودتنظیمی هیجانی است. خودتنظیمی به خودزایی و خودکنترلی افکار، احساسات و رفتارها برای دستیابی به یک هدف اطلاق می‌شود. این اهداف می‌توانند تحصیلی (نظیر بهبود درک مطلب) یا هیجانی اجتماعی (نظیر کنترل عصبانیت فرد و بهتر ارتباط برقرار کردن با همسالان) باشد (زاهد، رجیب و امیدی، ۱۳۹۱). به طور کلی خودتنظیمی به شیوه‌هایی اشاره دارد که افراد از طریق آن‌ها ادراک‌های بی‌شمار، تجربه‌های هیجانی، خاطرات، افکار و واکنش‌های خویش به استرس را طی برنامه‌ریزی، اجرا و بازبینی رفتار هدفمند سازماندهی می‌کند (پترسون^{۱۰}، ۲۰۰۵). به طوری که با از دست دادن خودتنظیمی آسیب‌پذیری‌های گوناگون یا آمادگی برای بیماری در کودکان به وجود می‌آید و به صورت پرخاشگری و تنبیه بدنی در کودکان بروز می‌نماید (بامیستر و اوهمس^{۱۱}، ۲۰۰۴).

خودتنظیمی هیجانی برای اینکه والدین در میان تغییرات عمده‌ای که با افزایش سن اجتناب‌ناپذیر هستند، سازگار باشند از اهمیت بالایی برخوردار است (گروس، ۱۹۹۸؛ به نقل از استرانگمن^{۱۲}، ۲۰۰۶). راهبردهایی که افراد برای تنظیم عواطف خود از آن‌ها استفاده می‌کنند، می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت انسان‌ها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی شود و از این طریق سطح کیفیت زندگی و کارآیی آن‌ها را افزایش دهد (صالحی مورکانی، ۱۳۸۵). تحقیقات نشان می‌دهد که خودتنظیمی هیجانی با پیدایش پرخاشگری و اختلالات رفتار آشفته، ارتباط دارد و افراد مبتلا به مشکلات تنظیم هیجانی گرایش بیشتری به خطرپذیری و انجام رفتارهای خطرناک نشان می‌دهند (اسچرودر و گوردون^{۱۳}، ۲۰۰۲). همچنین حاج-شمسایی، کارشکی و امین‌یزدی (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان دادند که بین خودتنظیمی و ناسازگاری رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

بنابراین با توجه به اینکه زنان دارای اختلال افسرده دارای خودانتقادی بیشتری بوده و مشکلات هیجانی دارند، لذا لازم است مداخلات روان‌شناختی و حمایتی برای ارتقای سلامت این زنان صورت گیرد تا مادر و سایر اعضای خانواده، نیز از سلامت روانی بیشتری برخوردار شوند که در این راستا یکی از مداخلات در زمینه کاهش مشکلات افسردگی در زنان، طرحواره درمانی است. طرحواره‌ها بازنمایی‌های دقیقی از محیط دوران کودکی و نوجوانی را نشان می‌دهند که اغلب زیر بنای نشانه‌های اختلالاتی همچون وابستگی

8. Bagby & Rector
9. Thompson & Zuroff
10. Peterson
11. Baumeister & Vohs
12. Strongman
13. Schroder & Gordon

هیجانی زنان انجام گرفته است؛ بنابراین انجام پژوهش حاضر در این زمینه احساس می‌شود؛ لذا بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده بود.

روش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر زنان افسرده در سال ۱۳۹۹ در شهر تهران بودند که به یکی از سه مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی در زمستان مراجعه کرده بودند که از میان آن‌ها تعداد ۳۰ نفر با توجه به مصاحبه ساختار یافته بر مبنای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5) و نمره‌های بالای ۱۱ در آزمون افسردگی بک انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. بنابراین با توجه به ملاک‌های ورود تعداد ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) به صورت تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش سن بین ۳۰ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات دوره کارشناسی، عدم ابتلاء به اختلال‌های حاد روانی و همچنین عدم شرکت در برنامه‌های درمانی دیگر به صورت همزمان بود.

قبل از ارائه پرسش‌نامه‌ها و جمع‌آوری اطلاعات، به صورت انفرادی نمونه مدنظر با دریافت توضیحات لازم در خصوص اهداف و چگونگی پژوهش، در جریان پژوهش قرار گرفت و ارتباط لازم با مراجعان برقرار شد. پس از کسب رضایت‌نامه کتبی از زنان برای شرکت در مداخله، پرسش‌نامه‌ها به آزمودنی‌ها ارائه شد تا آن را تکمیل کنند. در مرحله بعدی، گروه آزمایش طرحواره درمانی را دریافت کردند. گروه کنترل ملاقات‌هایی با آزمونگر داشتند، ولی درمان فعال و مشخصی روی آن‌ها اجرا نشد. پس از اتمام مداخلات، بلافاصله اقدام به جمع‌آوری داده‌های پس‌آزمون شد. در ضمن اطمینان‌دهی درباره محرمانه‌ماندن اطلاعات و آماده‌کردن افراد نمونه تحقیق از لحاظ روانی برای شرکت در پژوهش از نکات اخلاقی این پژوهش بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

الف: مقیاس افسردگی: این آزمون توسط بک (۲۰۰۱) برای سنجش شدت افسردگی ساخته شده است. این پرسشنامه شامل ۲۱ گویه و با مقیاس پاسخگویی ۰ تا ۳ است. نقاط برش به این گونه است که نمره ۰ تا ۱۳ غیرافسرده، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف تا متوسط، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط تا شدید و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید بود. نمره‌های بالاتر نشان دهنده علایم افسردگی شدیدتر هستند. در پژوهش محمدی و همکاران (۱۳۹۵) ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس ۰/۷۴ به دست آمده است و همچنین روایی آن مورد تأیید قرار گرفته است.

ب: مقیاس خودانتقادی: این پرسشنامه توسط تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) ساخته شده است که شامل ۲۲ ماده است. پاسخ به هر ماده این مقیاس در یک طیف هفت درجه‌ای لیکرت از بسیار خوب توصیف کننده من است (۶) تا اصلاً توصیف کننده من نیست (۰) نمره‌گذاری می‌شود. آیتم‌های خرده مقیاس خودانتقادی درونی شده شامل سؤالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱، ۱۳، ۱۵،

بین فردی، اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد، اختلالات روان‌تنی و غیره می‌باشد. بنابراین فرض اساسی این دیدگاه بر آن است که تجربه رویدادهای آسیب‌زا در کودکی می‌تواند زمینه ایجاد طرحواره‌های ناسازگار را به وجود آورد و وجود طرحواره‌های ناسازگار اولیه زمینه ساز اختلالات رفتاری و مشکلات هیجانی در افراد می‌گردد (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳).

به طوری که طرحواره‌ها نقش مهمی در کاهش تجربه خودانتقادی و مشکلات هیجانی دارند (لی‌هی، ۲۰۱۵). به طوری که تصور می‌شود افکار منفی یا تفسیرهای تحریف شده، از فعال شدن باورهای منفی انباشته شده در حافظه بلندمدت، نشأت می‌گیرد. در همین راستا، طرحواره‌ها را نیز می‌توان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه یا مجموعه‌ی سازمان یافته‌ای از اطلاعات، باورها و فرض‌ها دانست که می‌تواند میزان خودتنظیمی هیجانی را بهبود داده و بر خودانتقادی تأثیرگذار باشد (ولز، ۲۰۰۹).

در این راستا، تاس^۳ و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که طرحواره درمانی باعث کاهش نشانگان افسردگی می‌شود و در درمان افراد مبتلا به افسردگی باید بر طرحواره‌ها متمرکز شد. فسیبندر^۴ و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی گزارش کردند که طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه فرد را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. ماهور و فرزین‌فر (۱۳۹۶) در پژوهش خود در تهران نشان دادند که طرحواره درمانی به طور معناداری باعث افزایش بهزیستی و تنظیم هیجان در زنان می‌شود. در واقع طرحواره درمانی به عنوان یک روش درمانی در بهبود مشکلات و افزایش سلامت می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد. همچنین زمانی، خدابخش، زمانی، کیانی و خستو (۱۳۹۵) در مطالعه خود نشان دادند که شاخص‌های اضطراب و افسردگی پس از مداخله درمانی به شیوه طرحواره درمانی در دوره پیگیری به طور معنی داری کاهش یافتند. در واقع مداخله طرحواره درمانی می‌تواند خودانتقادی و سرزنش‌گری زنان افسرده را بهبود بخشد.

با در نظر گرفتن مطالب بالا و با توجه به شیوع بالای اختلال افسردگی در زنان و مشکلات رفتارهای سلامتی این زنان که عاملی مهم در ارتقای کیفیت زندگی آن‌هاست و نیز شناسایی ارتباط آن با نقایص و نشانه‌های این اختلال ضروری به نظر می‌رسد که شناسایی روش‌هایی که می‌تواند به شناسایی و برطرف کردن مشکلات خودانتقادی و بهبود خودتنظیمی هیجانی آن‌ها باشد. همچنین افزایش و شیوع این اختلال، اهمیت کنترل و پیشگیری از پیامدهای آن را برای فرد و جامعه ضروری می‌داند، لذا پژوهشی در این زمینه می‌تواند گامی برای شناخت، آگاهی و کنار آمدن با این اختلال باشد. همچنین از لحاظ کاربردی نیز می‌تواند گفت که مراکز آموزشی و درمانی می‌توانند از نتایج تحقیق حاضر در جهت بالا بردن و کنار آمدن زنان افسرده استفاده کنند. از سویی با توجه به اینکه مطالعه پیشینه پژوهشی نشان داد که تحقیقات کمتری در زمینه طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی

1. Leahy
2. Wells

3. Thase
4. Fassbinder

۱۷ و ۱۹ و آیت‌های خرده مقیاس خودانتقادی مقایسه‌ای نیز شامل سؤالات ۲، ۴، ۶، ۸، ۱۰، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱ و ۲۲ است. همچنین سؤالات ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰ و ۲۱ نمره‌گذاری معکوس دارند. تامپسون و زاروف (۲۰۰۴) ضریب پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و روایی همگرای این ابزار را با مقیاس خودانتقادی ۰/۵۶ به دست آوردند. همچنین در پژوهشی نوربالا (۱۳۹۱) ضریب همسانی درونی مقیاس خودانتقادی در کل نمونه را ۰/۹۰ گزارش کردند. همچنین روایی پرسشنامه هم بر اساس نظر متخصصان مورد تأیید قرار گرفت (نوربالا، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای خودانتقادی درونی و مقایسه‌ای و نمره کل خودانتقادی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۹۰ دست آمد.

ج: پرسشنامه خودتنظیمی هیجانی: این پرسشنامه توسط بوفارد و همکاران در سال (۱۹۹۸) ساخته شده است و توسط کدیور در سال ۱۳۸۰ در ایران هنجاریابی شده است و شامل ۱۴ سؤال بوده و میزان خودتنظیمی هیجانی افراد را مورد سنجش قرار می‌دهد. سؤال‌ها در مقیاس لیکرت بوده و دو خرده مقیاس راهبردهای شناختی و فراشناختی داشته است. برای تعیین روایی سازه آن نتایج تحلیل عاملی نشان داده است که این ابزار قادر است ۰/۵۲ از واریانس خودتنظیمی را تبیین نماید. کدیور (۱۳۸۰) ضریب پایایی کلی پرسشنامه را بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش کرده است. همچنین پایایی این پرسشنامه برای راهبردهای شناختی ۰/۸۴ و راهبردهای فراشناختی ۰/۷۸ به دست آمده است.

د: بسته آموزشی طرحواره درمانی: محتوای آموزشی جلسه‌ها بر اساس پروتکل طرحواره درمانی لی‌هی و همکاران (۲۰۱۱) انتخاب شده که طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هر هفته دو جلسه به گروه آزمایش، توسط محقق آموزش داده شد. طرحواره درمانی هیجانی بر مفاهیم، ارزیابی‌ها، تفاسیر و راهبردهای به کار گرفته شده در مقابله با هیجان‌ها تأکید می‌کند. این برنامه‌ی درمانی با تأکید بر اصول بنیادی درمان‌های شناختی-رفتاری و ادغام آن با پیشرفت‌های جدید در پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجان سعی در اصلاح باورها و راهبردهای به کار گرفته شده به منظور مقابله با هیجان‌ها دارد. در این درمان هدف تلاش برای حذف و سرکوب هیجان‌ها نیست، بلکه هدف این است که روش‌هایی معنادار و سازنده برای استفاده از تجربه‌ی هیجانی فراهم آید. این برنامه‌ی درمانی از بخش‌های مختلفی تشکیل شده که عبارتند: از اعتباریابی، که به عنوان محور اصلی درمان بر آن تأکید می‌شود و این فرآیند نه تنها در جلسات اولیه و با ایجاد محیط هیجانی امن، اتحاد درمانی و یافتن حقیقت و علت هیجان‌ها به کار می‌رود بلکه در سرتاسر جلسات درمانی و در صورت لزوم به کار گرفته می‌شود؛ آموزش روانی و شناسایی انواع گوناگونی از هیجان‌ها و نام‌گذاری آن‌ها؛ عادی سازی تجربه هیجانی از جمله هیجان‌های دشوار و دردناک و پذیرش هیجان‌ها؛ مرتبط ساختن هیجان‌ها با نیازهای شخصی و ارتباطات بین‌فردی؛ شناسایی باورهای دردسرساز و راهبردهایی (طرحواره‌هایی) که بیمار برای تفسیر، قضاوت، کنترل و اقدام درباره هیجان استفاده می‌کند؛ گردآوری اطلاعات با استفاده از تکنیک‌های تجربی و به کارگیری آزمایش‌های هیجانی جهت ارائه پاسخ‌های مفیدتر نسبت به هیجان‌ها، ایجاد راهبردها و باورهای جدید

انعطاف‌پذیر و سازگارانه درباره تجربه هیجان؛ و به کارگیری ذهن‌آگاهی؛ جلسات درمان نیز با آماج قرار دادن اهداف درمان و تمرکز بر بخش‌های مختلف پروتکل به مراجعان ارائه گردید.

محتوای جلسات به شرح زیر بود:

جلسه اول: ارزیابی، تدوین فرمول‌بندی موردی؛ آماده‌سازی و معرفی مدل طرحواره هیجانی، اعتبار بخشیدن به مادران و هیجان‌ها، آموزش روانی در مورد اختلال نگرانی و خودانتقادی و هیجان. تکلیف خانگی: تمایز میان افکار، احساس و رفتار- کارکرد هیجان‌ها (نگرانی و اضطراب)

جلسه دوم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به مادر و هیجان‌ها، مرور فرمول‌بندی موردی، شناسایی راهبردهای دردسرساز مادر و طرحواره‌های هیجانی مادر، تکلیف خانگی: ترسیم مدل توسط مادر در شرایط هیجانی و شناسایی راهبردهای دردسرساز.

جلسه سوم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، به کارگیری تکنیک شناسایی و برجسب‌زنی هیجان‌ها، تکلیف خانگی: ثبت هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان

جلسه چهارم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، استفاده از تکنیک عادی‌سازی هیجان، تکنیک کاهش استرس، تکلیف خانگی: آزمایش رفتاری در مورد اینکه هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند، تمرین کاهش خودانتقادی نیز است.

جلسه پنجم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، چالش با باورهای غلط هیجانی، تکنیک پذیرش هیجان، تکلیف خانگی: باورهای غلط، مطالعه‌ی حقایق پایه در مورد هیجان‌ها، مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها

جلسه ششم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، چالش با بیمار برای ساختن راهبردهای دردسرساز، شناسایی راهبردهای مفید و معرفی ذهن‌آگاهی به منظور دست کشیدن از نگرانی و نشخوار و راهبردهای رفتاری، تکلیف خانگی: تحمل احساسات آمیخته، ذهن آگاهی

جلسه هفتم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، ادامه‌ی چالش با راهبردهای دردسرساز، کار بر روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (طرحواره‌های هیجانی)، تکلیف خانگی: ذهن‌آگاهی و متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان (کنترل، پذیرش، توافق، طول مدت ...)

جلسه هشتم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، تکلیف خانگی: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجان‌ها، احساس گناه، شرم و...)

جلسه نهم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، ادامه چالش با باورهای و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، استفاده از تکنیک بالا رفتن از نردبان معانی، تکلیف خانگی: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی مادر از هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر.

داده‌ها نرمال هستند؛ بنابراین بر اساس این مفروضه‌ها و پیش‌شرط‌های آزمون تحلیل کواریانس که محقق شده‌اند، برای تحلیل از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره

آزمون	ارزش	F	P
لامبدای ویلکز	۰/۷۷	۳/۸۷	۰/۰۳

نتایج مشخصه‌ی آماری لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های متغیر خودانتقادی معنی‌دار است ($F=۳/۸۷, P<۰/۰۳$)، $F=۳/۸۷, P<۰/۰۳$ لامبدای ویلکز). آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره را مجاز شمرد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات متغیر خودانتقادی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خودانتقادی درونی شده	۱۳/۳۳	۱	۱۳/۳۳	۵/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۹
خودانتقادی مقایسه‌ای	۲۴/۳۰	۱	۲۴/۳۰	۴/۳۸	۰/۰۴	۰/۲۱

بر اساس مندرجات جدول ۳، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض طرحواره درمانی قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری کاهش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی، بر خودانتقادی و مؤلفه‌های (خودانتقادی درونی شده و مقایسه‌ای) تأثیر دارد و خودانتقادی را به طور معناداری در زنان افسرده کاهش می‌دهد.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره

آزمون	ارزش	F	P
لامبدای ویلکز	۰/۷۴	۴/۶۷	۰/۰۱

نتایج مشخصه‌ی آماری لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر ترکیب مؤلفه‌های متغیر خودتنظیمی هیجانی معنی‌دار است ($F=۴/۶۷, P<۰/۰۱$)، $F=۴/۶۷, P<۰/۰۱$ لامبدای ویلکز). آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل کواریانس چندمتغیره را مجاز شمرد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات متغیر خودتنظیمی هیجانی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
خودتنظیمی شناختی	۱۹/۲۰	۱	۱۹/۲۰	۴/۹۹	۰/۰۳	۰/۰۶
خودتنظیمی فراشناختی	۱۴/۷۰	۱	۱۴/۷۰	۵/۰۴	۰/۰۳	۰/۱۸

جلسه دهم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضا سازی برای هیجان، گفتگو در مورد هرگونه مسئله باقی مانده. ارائه نسخه‌ای مکتوب از تکنیک‌ها و جلسات.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کواریانس و نرم افزار SPSS.21 استفاده گردید.

نتایج

یافته‌های جمعیت شناختی نشان داد که زنان با تحصیلات کارشناسی بیشترین میزان افسردگی و با تحصیلات کارشناسی ارشد کمترین افسردگی را دارند. همچنین ۷۱/۱۵ درصد متأهل و ۲۸/۸۵ درصد مجرد بودند. شاخص‌های پراکندگی و تمایل مرکزی متغیرهای پژوهش (خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی) به تفکیک گروه و نوع آزمون در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نمرات گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون میانگین (انحراف معیار)	پس‌آزمون میانگین (انحراف معیار)
خودانتقادی درونی شده	آزمایش	۲۹/۷۳ (۱/۵۷)	۲۸/۸۶ (۱/۳۰)
	کنترل	۳۰/۷۳ (۲/۴۶)	۳۰/۲۰ (۱/۸۹)
خودانتقادی مقایسه‌ای	آزمایش	۴۳/۱۳ (۲/۵۰)	۳۸/۸۶ (۲/۳۵)
	کنترل	۴۱/۲۶ (۲/۲۱)	۴۰/۶۶ (۲/۳۵)
خودتنظیمی شناختی	آزمایش	۱۹/۴۶ (۱/۸۴)	۲۱/۶۰ (۱/۹۱)
	کنترل	۲۰/۶۶ (۱/۴۹)	۲۰/۰۱ (۲/۰۱)
خودتنظیمی فراشناختی	آزمایش	۲۱/۲۶ (۱/۵۳)	۲۰/۹۳ (۱/۵۳)
	کنترل	۲۲/۲۶ (۲/۰۸)	۲۱/۰۱ (۱/۴۶)

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات مؤلفه‌های خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی در پیش‌آزمون گروه کنترل و آزمایش تقریباً برابر است و نتایج نشان می‌دهد در گروه آزمایش و کنترل تفاوت چندانی با یکدیگر ندارند. همچنین نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات مؤلفه‌های خودانتقادی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل پایین‌تر است. همچنین میانگین نمرات مؤلفه‌های خودتنظیمی هیجانی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بالاتر است. همان‌طور که در جدول مشاهده می‌شود آموزش طرحواره درمانی باعث کاهش نمرات در خودانتقادی و افزایش نمرات خودتنظیمی هیجانی گروه آزمایش شده است؛ در حالی که تفاوت چندانی در کنترل وجود ندارد.

قبل از آزمون تحلیل کواریانس، جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس آزمون باکس برای همگنی ماتریس‌ها و آزمون لوین برای یکسانی واریانس‌ها به عمل آمد. بر اساس آزمون لوین نشان داد که متغیرهای خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی معنی‌دار نیستند و لذا یکسانی واریانس‌ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف نشان داد که

به طور کلی طرحواره درمانی هیجانی شامل استفاده از تمرینات تجربه‌ای و استعاره‌هاست تا به مراجعان کمک کند اهدافی که به طور هدفمند و معنادار در زندگی‌شان بر می‌گزینند را به طور کلامی بیان کنند (یعنی ارزش‌ها) و به تغییرات رفتاری پایدار که بر اساس این ارزش‌ها هدایت می‌شود، متعهد شوند (یعنی عمل متعهدانه). پذیرش افکار شخصی، هیجانات و احساسات به منظور تسهیل روند عمل متعهدانه‌ی هدایت شده بر اساس ارزش‌ها طراحی شده‌اند. اجرای مداخله‌ی طرحواره درمانی هیجانی، ضمن فراهم نمودن بستری به منظور پذیرش هیجانات، با بکارگیری فنون ذهن‌آگاهی و سایر روش‌ها به آموزش مادران دارای خودانتقادی بالا برای رهایی از بند مبارزه‌ی بی‌حاصل و تلاش برای کنترل و حذف عواطف و تجارب منفی می‌پردازد و آن‌ها را به پیگیری ارزش‌ها و به دنبال آن تعهد نسبت به عمل بر مبنای ارزش‌ها ترغیب می‌کند؛ در نتیجه می‌توان گفت که این امر منجر به کاهش میزان خودانتقادی نسبت به خود و دیگران می‌شود (بریکر و تولیسون، ۲۰۱۱).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده تأثیر دارد و باعث افزایش خودتنظیمی هیجانی در زنان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های فسیببندرو همکاران (۲۰۱۸) و ماهور و فرزین‌فر (۱۳۹۶) مطابقت دارد. به طوری که فسیببندرو و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی گزارش کردند که طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه فرد را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. ماهور و فرزین‌فر (۱۳۹۶) در پژوهش خود در تهران نشان دادند که طرحواره درمانی به طور معناداری باعث افزایش بهزیستی و تنظیم هیجان در زنان می‌شود. در واقع طرحواره درمانی به عنوان یک روش درمانی در بهبود مشکلات و افزایش سلامت می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت که در طرحواره درمانی تأکید اصلی بر روی قبول واقعیت و پذیرش مسئولیت است. لذا مشاور به مراجع کمک می‌کند تا رفتار را مورد ارزیابی قرار دهد و ببیند که آیا این رفتار برای آن‌ها کاربردی و مفید می‌باشد یا خیر و برای انجام رفتارهای بهتر برنامه‌ای واقع‌بینانه تنظیم کند. لذا برای آن که به اهداف خود برسد، باید به انجام آن طرح متعهد باشد. پس زنان افسرده با توجه به مشکلاتی که دارند، باید بتوانند پرتلاش و سخت‌رو باشند تا به اهداف و نیازهای خود از جمله شادی و نشاط برسند (موسوی و قربانی، ۱۳۸۵). همچنین می‌توان گفت که هدف طرحواره درمانی، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش احساسات ناخوشایند غیرقابل اجتناب و پریشان‌کننده مانند اضطراب، پرورش ذهن‌آگاهی و مشخص کردن ارزش‌های شخصی مرتبط با اهداف رفتاری است. در واقع این رویکرد، به جای تأکید بر کاهش مشکلات روان-شناختی، تمایل به تجربه آن را پرورش می‌دهند و قرار گرفتن در معرض این احساسات ناخوشایند را از راه مشخص کردن ارزش‌ها و ارتباط دادن رفتار با ارزش‌ها و اهداف شخصی تسهیل می‌کنند که این توجه به ارزش‌ها و اهداف

بر اساس مندرجات جدول ۵، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معنی‌داری در عامل بین‌آزمودنی‌های گروه وجود دارد. به طوری که نمرات نشان می‌دهد میانگین گروه آزمایش که در معرض طرحواره درمانی قرار گرفته‌اند، به طور چشمگیری افزایش داشته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی، بر خودتنظیمی هیجانی و مؤلفه‌های (شناختی و فراشناختی) تأثیر دارد و خودتنظیمی هیجانی را به طور معناداری در زنان افسرده افزایش می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر اثر بخشی طرحواره درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده بود.

یافته پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر خودانتقادی در زنان افسرده تأثیر دارد و باعث کاهش خودانتقادی در زنان افسرده می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های تاس و همکاران (۲۰۱۰) و زمانی و همکاران (۱۳۹۵) مطابقت دارد. به طوری که تاس و همکاران (۲۰۱۰) در مطالعه خود نشان دادند که طرحواره درمانی باعث کاهش نشانگان افسردگی می‌شود و در درمان افراد مبتلا به افسردگی باید بر طرحواره‌ها متمرکز شد. همچنین زمانی و همکاران (۱۳۹۵) در مطالعه خود نشان دادند که شاخص‌های اضطراب و افسردگی پس از مداخله درمانی به شیوه طرحواره درمانی در دوره پیگیری به طور معنی‌داری کاهش یافتند. در واقع مداخله طرحواره درمانی می‌تواند خودانتقادی و سرزنش‌گری زنان افسرده را بهبود بخشد. موسوی و قربانی (۱۳۸۵) نشان دادند تعارض گرایش‌های خود انتقادی به عنوان اخلاص‌گر همسانی درونی و خودشناسی به عنوان تسهیل‌گر انسجام درونی با یکدیگر و نقش‌های دوگانه آن‌ها در آسیب‌های روان‌شناختی بود. یافته‌ها نشان داد هر دو شکل خود انتقادی (درونی و مقایسه‌ای) با آسیب‌های شخصیتی و نشانه شناختی، ارتباط مثبت دارد، اما خودشناسی انسجامی با این آسیب‌ها ارتباطی معکوس دارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که به واسطه‌ی طرحواره درمانی هیجانی، افراد از ماهیت خشن، نفرت‌انگیز و تخریب‌گرایانه‌ی انتقادهای ویژه خودانتقادی‌هایی که نسبت به خویش داشته‌اند، آگاه می‌شوند. آن‌ها همچنین به این درک دست می‌یابند که لازم است بین «خود» و انتقاداتی که نسبت به «عملکرد خود» ابراز می‌نمایند، تمایز قایل شوند و در نهایت به کمک همین تمایز است که توانمند می‌شوند تا خودانتقادی را به عنوان یک ندای درونی متمایز از «کلیت شخصیت خود» درک و نسبت به کاهش و حذف آن اقدام کنند (گیلبرت، ۲۰۰۹). تبیین دیگر این یافته، بر اساس طرحواره درمانی می‌توان گفت فرد به کمک این روش درمانی، نسبت به گذشته جرأت‌مندتر شده و می‌تواند چرخه‌ی معیوب انتقاد نسبت به خویش و همچنین ترسیم انتظارات سطح بالا از خود را مورد سؤال قرار دهد و با نگاهی جدید و دلسوزانه نسبت به خود؛ معیارهای واقعی و توقعات قابل دستیابی که مستلزم سختی و آزار نباشد را بازطراحی کند (تاس و همکاران، ۲۰۱۰)؛ بنابراین کاهش خودانتقادی دور از انتظار نیست.

منابع

شخصی در افزایش خودتنظیمی هیجانی تاثیر دارد (ماهور و فرزین‌فر، ۱۳۹۶).

طرحواره را به عنوان مؤلفه‌ای ساختاری و سازمانی شناختی که از طریق آن انسانها می‌توانند تجاربشان را تعیین، تفسیر، طبقه‌بندی و ارزشیابی کنند در نظر می‌گیرند و تأکید تکنیک‌های طرحواره درمانی بر روی هیجانات است، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود، آگاهی یافته و آن‌ها را بپذیرد. تکنیک‌های طرحواره درمانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود یادگیری-های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. در واقع هدف طرحواره درمانی کمک به ارضای هیجانات ارضاء نشده زنان افسرده است. زمانی که در طی فرآیند درمان این نیازهای هیجانی تا حدودی ارضاء می‌شوند، زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا می‌سازند؛ چرا که طرحواره‌های ناسازگار اساساً به خاطر عدم ارضاء نیازهای هیجانی ایجاد می‌گردند. لذا طرحواره درمانی می‌تواند از این طریق میزان خودتنظیمی هیجانی را در زنان افسرده بهبود بخشد (زمانی و همکاران، ۱۳۹۵).

توجه به طرحواره درمانی نقش مهمی در کاهش خودانتقادی و بهبود خودتنظیمی هیجانی دارد. در واقع در درمان‌های موج سوم یا طرحواره درمانی تمام این موارد در اختلالات و بیماری‌های مختلف روانی مورد بررسی و مداخله متناسب قرار می‌گیرند و باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش جنبه‌های مثبت در زندگی زنان می‌گردد؛ لذا با توجه به یافته‌های پژوهش با به کارگیری طرحواره درمانی می‌توان ضمن اصلاح طرحواره‌های هیجانی و کمک به تنظیم هیجان، به اصلاح باورهای فراشناختی پرداخته و استفاده از نگرانی و خودانتقادی را به عنوان راهبردی ناکارآمد در تنظیم هیجان کاهش داد. از سویی این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که پژوهش حاضر بر روی زنان دارای اختلال افسرده در شهر تهران انجام شد؛ لذا تعمیم نتایج به سایر شهرستان‌ها و افراد دارای اختلالات دیگر را با مشکل مواجه می‌سازد. عدم وجود پیگیری محدودیت دیگر این پژوهش بود که مانع از مقایسه اثربخشی این درمان در طولانی‌مدت می‌شود. همچنین با توجه به تأثیر روش درمانی بر خودانتقادی و خودتنظیمی هیجانی پیشنهاد می‌شود که این روش درمانی بر روی زنان افسرده و زنان به کار گرفته شود.

حاج‌شمسایی، م؛ کارشکی، ح؛ امین‌یزدی، س. (۱۳۹۳). آزمون مدل نقش میانجی‌گرانه‌ی خودتنظیمی در رابطه‌ی بین جو روانی اجتماعی کلاس و ناسازگاری کلاسی دانش‌آموزان دوره‌ی راهنمایی. *مجله روان‌شناسی مدرسه*، ۳(۳): ۲۱-۳۷.

حسینی، ف؛ و درویشی، ک. (۱۳۹۴). نقش ویژگی‌های شخصیتی و ابعاد فرزندپروری خانواده در خودخاموشی و خودنقدی نوجوانان. *فصلنامه فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده*، ۱۰(۳۲): ۹۸-۷۳.

زاهد، ع؛ رجبی، س؛ و امید، م. (۱۳۹۱). مقایسه‌ی سازگاری اجتماعی، هیجانی، تحصیلی و یادگیری خودتنظیمی در دانش‌آموزان با و بدون ناتوانی یادگیری. *مجله‌ی ناتوانی‌های یادگیری*، ۱(۲): ۴۳-۶۲.

زمانی، ن؛ خدابخش، ک؛ زمانی، س؛ کیانی، ف؛ و خستوهشجین، ح. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی بر اضطراب و افسردگی زنان مراجعه کننده به متخصص توانبخشی در سال ۱۳۹۴. *مجله سلامت و جامعه*، ۱۰(۳): ۶۲-۷۰.

صالحی مورکانی، ب. (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه راهبردهای خود تنظیمی عاطفی در بین دانشجویان مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی با دانشجویان عادی شهر اصفهان. پایان‌نامه‌ی چاپ نشده‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه الزهراء (س).

کدیور، پ. (۱۳۸۸). روانشناسی یادگیری. تهران: سمت.

ماهور، ح؛ و فرزین‌فر، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر بهزیستی روان شناختی مادران کودکان مبتلا به ناشنوایی. *مجله علوم پزشکی سبزوار*، ۲۴(۵)، ۳۱۱-۳۱۸.

محمدی، ا.؛ کشاورزی‌ارشدی، ف.؛ فرزاد، و.؛ و صالحی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی زنان افسرده. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۷(۲): ۲۶-۳۵.

موسوی، ا؛ و قربانی، ن. (۱۳۸۵). خودشناسی، خودانتقادی و سلامت روان. *مجله مطالعات روان‌شناختی*، ۷۵-۹۱.

نوربالا، ف. (۱۳۹۱). *اثربخشی پرورش ذهن شفقت‌ورز بر میزان اضطراب و خودانتقادی بیماران افسرده*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی.

- Bagby, R.M., Rector, N.A. (1998). Self-criticism, dependency and the five factor model of personality in depression: assessing construct overlap. *Pers Individ Diff*; 24(6):895-7.
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2004). *Handbook of self regulation: Research, theory and application*. New York: Guilford Press.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: An Update. *Nurs Res*, 50(5), 275-85.
- Bouffard, T., & Ea al. (1998). A developmental study of the relation between combined learning and performance goals and students' self-regulated learning. *British journal of educational psychology*, 68, 309-319.
- Demet, E. O., (2006). The relationships between self-criticism, submissive behavior and depression among Turkish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 41, 793– 800.
- Fassbinder, E., Assmann, N., Schaich, A., Heinecke, K., Wagner, T., Sipos V., et al. (2018). PRO* BPD: effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: a comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: study protocol for a randomized trial. *BMC psychiatry*, 18(1), 341.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable.
- Iancua, L., Bodnerb, E., Ben-Zionc, I.Z. (2015). Self esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 165-171.
- IsHak, W.W., Balayan, K., Bresee, C., Greenberg, J.M., Fakhry, H, (2013). A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Quality of Life Research*, 22, 585-596.
- James, K., Verplanken, B., Rimes, K.A. (2015). Selfcriticism as a mediator in the relationship between unhealthy perfectionism and distress. *Personality and Individual Differences*, 79: 123-128.
- Halford, W. K. (1998). The ongoing evolution of behavioral couple therapy: Retrospect and prospect. *Clinical Psychological review*, 18, 613-633.
- Kaplan, H., & Saduk, B. (2015). *Synopsis of Clinical Psychiatry*. (Translator Rezei, Farzin). Tehran: Arjmand Publication
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional Schema Therapy*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R.L., Tirch, D.D., Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Peterson, C.M. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: the full life versus the empty life, *Journal of happiness studies*, 6: 25-41.
- Schroeder, C., Gordon, B. N. (2002). *Assessment and treatment of childhood problems a clinician's Guide*. (2nd ed). The Guilford press.
- Shackelford, R., Besser, M., Goetz, DF., (2007). Better or for worse: marital wellbeing of newlyweds. *Journal of Conseling Psychology*. 2007; 14: 223-42.
- Strongman, K. T. (2006). *Applying psychology to Everyday life A Beginners Guide*. John Wiley and sons ltd.
- Thase, M.E., Nierenberg, A.A., Vrijland, P., van Oers, H.J., Schutte, A-J., Simmons, J. H. (2010). Remission with mirtazapine and selective serotonin reuptake inhibitors: a meta-analysis of individual patient data from 15 controlled trials of acute phase treatment of major depression. *International clinical psychopharmacology*, 25(4), 189-98
- Thompso, R. Zuroff, D.C. (2004). he Levels of Self-Criticism Scale: comparative selfcriticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*. 36, 2, 2004, P: 419–430.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.