مجله علمی پژوهش در روانشناسی، علوم تربیتی و علوم اجتماعی (سال پنجم)
شماره ۱۶ / تابستان ۱۳۹۸ / ص ۱۴۷-۱۳۵

مقایسه بین طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد دارای افسردگی، دو قطبی و عادی

پریساطاهرپور[۱] داوود تقوایی[۲]

[۱]کارشناس ارشد روانشناسی عمومی ، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک
[۲] دکتری روانشناسی، استادیار و عضو هیت علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک

چکیده

پژوهش حاضربا هدف تعیین تفاوت طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد دارای افسردگی ، دو قطبی و عادی انجام شده است به این منظور ۳۰ نفر از افراد داری اختلال افسردگی و۳۰ نفر از افراد دارای اختلال دوقطبی از بین افرادی که به مطب روانپزشکان، کلینیک های مشاوره و اورژانس های روانپزشکی شهر اصفهان در بهار سال ۱۳۹۵ مراجعه کرده و تشخیص اختلال افسردگی یا دوقطبی گرفته اند به صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند و پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه (فرم کوتاه) را پر کردند . گروه مورد مقایسه (عادی) این تحقیق نیز شامل ۳۰ نفر از افراد عادی است که سعی شده است تا حد امکان با نمونه بالینی در متغییر های (سن ،جنس ،تحصیلات)همتا باشند و سلامت روان آنها با پرسشنامه سلامت روان SCL-90-R سنجیده شد و بعد از تایید سلامت روان، پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه (فرم کوتاه) را پر کردند. داده های این پژوهش توسط آزمون آماری مانوا وآزمون تعقیبی شفه تحلیل و بررسی شده است. نتایج نشان داد بین طرحواره های افراد عادی با دو گروه بالینی تفاوت معناداری وجود دارد اما بین طرحواره های افراد دوقطبی و افراد دارای اختلال افسرده تنها در طرحواره های نقص شرم ، شکست ، وابستگی ، آسیب پذیری ، اطاعت ، ایثار ، بازداری هیجانی و منفی گرایی تفاوت معناداری وجود دارد...($p<0.05$)

واژگان کلیدی: طرحواره های ناسازگار اولیه ،اختلال افسردگی ،اختلال دوقطبی

مقدمه :

یکی از مسائل و مشکلات جدی در روانشناسی امروزه ،گسترش دامنه تشخیص اختلال های طیف دوقطبی با دیگر اختلال ها است .شباهت اختلال دوقطبی با[1] بعضی از اختلال ها وناديده گرفتن تفاوت آنها و همچنین آسان گیری در تشخیص نوع بیماری باعث شده درمان لازم و موثر برای بیمار انجام نشود . مطالعات زیادی نشان داده است که بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی درموارد بسیاری در ابتدا به غلط تشخیص اختلال افسردگی دریافت می کنند (دوداک، سیوک،زیلینسکا، جایسچکه و همکاران، 2013 ؛ هیو، ژیانگ، وانگ، یونگواری و همکاران، 2012). از عوامل مهمی که در این خطای تشخیصی نقش دارد، شروع اختلال دوقطبی با علایم افسردگی است . برای بسیاری از بیمارا ن دوقطبی، دوره ی افسردگی از اولین علایم بیماری است و بیمار در شروع اختلال و قبل از اولین دوره شیدایی و نیمه شیدایی، چندین دوره افسردگی را تجربه میکند (کونوس، وارد، هالام، لوکاس وهمکاران، 2008 ؛ گودووین و جمیسون، 2007)

.اختلال دوقطبی به بیمارانی با حمله های افسردگی و[2] مانیا و[3] یا بیمارانی که افسردگی را با دوره هیپو مانیا تجربه می کنند می گویند، اختلال دوقطبی از بیماریهای عود کننده روانپزشکی بوده و غالبا با الگوی دوره ایی تظاهر میکند (هنری و همکاران،۲۰۰۱،به نقل از کاظمی،۱۳۹۰).اختلال دو قطبی علامت اصلی آن آشفتگی در خلق است این اختلال با شیوع تقریبی ۰/۵. در صد در زنان شایع تر از مردان است . تحقیقات نشان می دهد افراد دارای اختلال دوقطبی به طور گسترده ایی احساسات فرسودگی ، جدایی و نا امیدی ، بی ثباتی در ارتباط و عشق ، پیش بینی در تحقیر و سرزنش ، احساس مورد سواستفاده قرار گرفتن از جانب دیگران یا حتی از جانب خود که به احساس گناه همراه با بی قراری منجر می شود را نشان می دهند . این علایم ممکن است برای درمان از طرف روانپزشکان و روانشناس ها همپوشی با اختلال افسردگی را ایجاد کند .

افسردگی هم مانند غم و شادی، پاسخ طبیعی انسان به فشارهای زندگی است.افسردگی به قدری شایع است که سرماخوردگی روانپزشکی لقب گرفته است .در اکثر موارد، افسردگی از لحاظ زمانی بین ۳ تا ۶ ماه از بین میروند اما اگر درمان نشود معمولا احتمال عود زیاد است .به همین دلیل هدف درمان، نه تنها باید تسریع در بهبود بلکه ایجاد تداوم در بهبود و در صورت امکان، کاستن از احتمال برگشت بیمار باشد . سازمان بهداشت جهانی پیشبینی میکند که تا سال 2020 بیماری افسردگی بزرگترین بیماری از جهت ابتلا خواهد بود و دومین عامل مرگ و میر میباشد. دلایل متفاوت برای ایجاد افسردگی از دیدگاه های مختلف وجود دارد در مدل شناختی بک دلیل ایجاد افسردگی، طرحوارههای منفی هستند که عوامل آسیب پذیری نسبت به افسردگی هستند. اصطلاح طرحواره در روانشناسی و بخصوص علوم شناختی تاریخچه غنی و بسیار گسترده دارد که از زمان بارتلت،پیاژه و سپس بک و نایسر به بعد وارد علوم شناختی در سطح پژوهشی و بالینی شده است (قاسمی مطلق،۱۳۸۸).

در حوزه شناختی طرحواره ها به عنوان نقشه انتزاعی شناختی در نظر گرفته می شوند که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است.طرحواره ها را می توان به عنوان نگرشهای زیر بنایی تعریف کرد که از طریق آنها به خود و دنیای اطرافمان نگاه می کنیم(لیهی،[4]ترجمه حمید پور و اندوز،۱۳۸۸).

طرحوارهها به عنوان باورهای بنیادین ناکارآمدی در نظر گرفته میشوند که توسط یک حمله فعال میشوند .در حقیقت طرحواره ها ذخیره میشوندتا در شرایط خاص فعال شوند مفهوم طرحوارهها از نظر یانگ،باورهای عمیق و مستحکمی در مورد خود و جهان هستند که در اوایل زندگی آنها را آموختهایم .طرحوارهها در احساسی که ما از خودمان داریم، نقش محوری دارند .ما به این طرحوارهها پیوند داریم حتی زمانی که آنها به ما آسیب وارد میکنند

اگرچه فرایند شناختی یا طرحواره های ناسازگار[5]به عنوان علت اختلالات روانشناختی در نظر گرفته نمی شود اما مولفه های معناداری در تشکیل اختلالات هستند بویژه افکار خودکار که افراد آگاهی کمی هم نسبت به آنها دارند هستند. طرحواره های ناسازگار اولیه موضوعات ثابت و دراز مدتی هستند که در دوران کودکی بوجود می آیند، به زندگی بزرگسالی راه می یابند و تا حد زیادی ناکارآمد هستند (لطفی ،نبوی وخسروی ،۱۳۸۶).

[1]. Bipolar disorder
[2] .depression
[3] .mania
[4] .laehy
[5] .early maladaptive schema

یانگ استدلال می کند که طرحواره های ناسازگار اولیه باعث تحول و رشد اختلالات می شوند این طرحواره ها ممکن است در دوران کودکی از طریق تجارب منفی با افراد مهم زندگی بوجود آیند (تورس[2]،۲۰۰۱).

طرحواره[3]ها را میتوان ساختارهای شناختی دانست که فرایند های اطلاعاتی را نظم بخشیده و سازمان دهی می کنند.در واقع ،آنها"فیلترها" یا "قالب هایی" هستند که ما آنها را برای دریافت ،سازمان دهی و پردازش اطلاعات به کار می بریم .هر فردی مجموعه ای از طرحواره ها را برای فهم دنیای خود به کار می برد.(فیسک[4] و تیلور[5]،۱۹۹۱،به نقل از گیبسون[6]،۲۰۰۴) .

یانگ[7] (۱۹۹۴) زیر مجموعه ای از طرحواره ها را پیشنهاد کرد که طرحواره های ناسازگار اولیه نامیده می شود .رشدطرحواره ها اغلب به دوران کودکی باز می گردد.مطابق نظر یانگ (۱۹۹۹)بعضی از افراد به خاطر تجارب منفی کودکی طرحواره های ناسازگار اولیه ای را ایجاد می کنند که بر شیوه تفکر ،احساس و رفتار آنها درروابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه های زندگی شان تاثیر می گذارد .یانگ معتقد است که طرحواره ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی بوجود می آیند (یانگ ، ؛ترجمه حمید پور و اندوز ،۱۳۸۶).طرحواره ها مطابق باپنج نیاز تحولی کودک به پنج حوزه تقسیم شده اند که هر کدام شامل چند طرحواره میشوند.حوزه بریدگی وطرد[8]/رها شدگی /بی ثباتی ،بی اعتمادی /بد رفتاری[9] ، محرومیت هیجانی[10]، نقص وشرم[11]/انزوای اجتماعی /بیگانگی[12].حوزه خودگردانی وعملکرد مختل[13] (وابستگی وبی کفایتی ،آسیب پذیری نسبت به ضرر یا بیماری[14]خود تحول نیافته [15]گرفتار،شکست[16]،حوزه محدودیت های مختل[17] (استحقاق و بزرگ منشی[18]/خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی[19]،حوزه دیگر جهت مندی[20] (اطاعت[21]،ایثار و پذیرش جویی[22]،حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری[23] (منفی گرایی/بدبینی ،بازداری هیجانی[24]،معیارهای سرسختانه /عیب جویی افراطی و[25] تنبیه[26]یانگ،ترجمه صاحبی و حمید پور ،۱۳۸۴).

به طور خلاصه طرحواره های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته اند و در مسیر زندگی تکرار می شوند.در رویکرد متمرکز بر طرحواره ها به جای تمرکز بر افکار خودکار و فرض های زیر بنایی،تاکید بر عمیق ترین سطح شناخت یعنی طرحوارههای ناسازگار اولیه است(یانگ ،گلوسکو و ویشار ؛ترجمه حمید پور و اندوز ،۱۳۸۶)البته باید توجه داشت رفتار یک فرد بخشی از طرحواره ها محسوب نمی شود .یانگ(۱۹۹۹،۱۹۹۰)معتقد است برخی از این طرحواره ها به ویژه آنها که عمدتا در تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می گیرد ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت ،مشکلات منش شناختی خفیف تر و بسیاری از اختلالات مزمن قرار گیرد. پژوهش های صورت گرفته در رابطه با طرحواره ها ی ناسازگار اولیه و علائم آسیب شناسی روانی همواره بر اهمیت وجود این طرحواره ها در شکل گیری علائم صحه گذاشته است.

بعضی از پژوهش ها به بررسی رابطه بین طرحواره ها و اختلالات به خصوص افسردگی و اختلال دوقطبی پرداخته اند که نشان دهنده ارتباط طرحواره های ناسازگار با اختلالات روانی بود ایزدیان و همکاران (۱۳۸۹)، در تحقیقی با عنوان نقش طرحواره های ناسازگار اولیه در تبیین

---

[1] .young
[2] .Torres
[3] .schema
[4] .fisk
[5] .Taylor
[6] .Gibson
[7] .young
[8] .Disconnection /rejection.
[9] .Mistrust/abus.
[10] -Emotional deprivation
[11] - Defectiveness/shame
[12] - Social isolation/alienation
[13] -Impaire and Autonomy performanc
[14] -Vulnerability to illness
[15] - Enmeshment/undeveloped Self
[16] . Failure
[17] . Impaired limited
[18] . Entitlement / grandiosity
[19] . Insufficient self and control self
[20] .Other -directedness
[21] . Subjugation
[22] . Self sacrifice
[23] .Over vigilance/inhibition
[24] .Emotional inhibition
[25] . Unrelenting standards/ hypercriticalness
[26] . Punitiveness

افسردگی به این نتیجه رسیدند که طرحواره های ناسازگار اولیه، انزوای اجتماعی، شکست و اطاعت طرحواره های فعال در افسردگی هستند. شهامت، فاطمه (۱۳۸۹)، در تحقیقی با عنوان پیش بینی نشانه های سلامت عمومی (جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی) بر اساس طرحواره های ناسازگار اولیه بر روی ۱۵۰ دانشجوی دانشگاه فردوسی مشهد اجرا گردید و به این نتیجه رسیدند که بین طرحواره های ناسازگار اولیه و علائم سه گانه جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی رابطه ی معناداری وجود دارد. در این میان طرحواره ی نقص / شرم به طرز معناداری حرف علامت (جسمانی سازی، اضطراب، افسردگی) را پیش بینی کرد جان نثاری طی یک تحقیق به بررسی نسبت دادن رفتارهای موفق و ناموفق در افراد افسرده و مقایسه آن با افراد بهنجار پرداخت. هدف از این تحقیق بررسی ارزیابی و آزمایش اجزای شناختی فرآیند نسبت دادن در افراد افسرده و مقایسه آن با افراد بهنجار بوده است منیر پور ،غلامی زارج و تمدن فرد(۱۳۸۹) در تحقیقی رابطه ی بین طرحواره ها و اختلالات روانی را مورد بررسی قرار دادند. در این پژوهش دو طرحواره ی رها شدگی/ بی ثباتی و خود کنترلی پائین/ خود انضباطی پائین پیش بینی کننده ی مهم افسردگی بودند.ژیلیان[1]،مینچلین واشلی (۲۰۰۳)در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی متمرکز بر طرحواره ها بر بهبود علائم اختلال دوقطبی موثر است و میزان برگشت آن به طور موثری کاهش میابد. هانس [2]، جان وسانس (۲۰۰۵)در پژوهشی که با پژوهش حاضر مرتبط است به این نتیجه رسیدند که طرحواره های ناکارآمد اولیه با آسیب های شناختی و ناراحتی روانی ارتباط دارد. کاهر نیلسون [3](۲۰۱۱)در مطالعه ایی به این نتیجه رسید که در طرحواره های جداسازی اجتماعی، شکست ، وابستگی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، مهار هیجانی، خود انظباطی ناکافی ، و بدبینی بیماران دارای اختلال دوقطبی ۲۸ درصد از واریانس بالاتر بوده اند یعنی بیماران دارای اختلال دوقطبی دارای این طرحواره ها بوده اند. هاک [4] همکاران (۲۰۱۱)در پژوهشی نشان دادند که طرحواره های خود انضباطی ناکافی و آسیب پذیری نسبت به ضرر پیش بینی زیادی برای ابتلا فرد به اختلال دوقطبی خواهند بود . همچنین نداشتن مهار هیجانی هم می تواند پیش بینی کننده اختلال دوقطبی باشد.

آنچه از پیشینه نظری برمی آید این است که طرحواره های ناسازگار اولیه حاصل برآورده نشدن نیازهای اساسی درمحیط های اولیه کودک در ارتباط با پدر و مادر است که تاثیر فراوانی در شکل گیری اختلالات دارند .شناسایی عوامل دخیل در اختلالات هم در پیش بینی بروز این مشکلات و هم در پیشگیری و درمان راه گشاست .با توجه به مطالب بیان شده و همچنین اهمیت پیشگیری و تشخیص افتراقی در دواختلال افسردگی و دوقطبی در این پژوهش سعی شد بین دو گروه بالینی و گروه گواه تفاوت طرحواره ها مشخص شود و در ادامه طرحواره های هر دو اختلال بالینی مشخص شود تا بتوان برای درمان و پیشگیری کمک کننده باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع بنیادی وبا توجه به نحوه جمع اوری داده ها از نوع توصیفی پس رویدادی(علی مقایسه ای)است .

جامعه آماری ،نمونه و روش نمونه گیری

جامعه اماری این تحقیق برای افراد بالینی ، شامل افرادی است که به مطب روانپزشکان شهر اصفهان در سه ماهه بهار سال۱۳۹۵ مراجعه کرده و تشخیص اختلال افسردگی یا دوقطبی گرفته اند.از بین این افراد برای هر کدام از گروه های بالینی حدود ۳۰نفربه صورت نمونه در دسترس انتخاب شدند . گروه مورد مقایسه (عادی)این تحقیق شامل افراد عادی است که سعی می شود تا حد امکان با نمونه بالینی در متغییر های(سن ،جنس ،تحصیلات)همتا باشند.

[1].Jellian
[2].hans
[3].Kahr Nilsson
[4].Hak

ابزار گردآوری اطلاعات :

۱- پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ فرم ۹۰ سئوالی (YSQ-۹۰)[1]این پرسشنامه توسط یانگ ساخته شده و دارای ۹۰ سوال و ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه است . هر ماده به کمک مقیاس درجه بندی ۶ گزینه ای نمره گذاری می شود (۱ برابر با کاملا نادرست است تا ۶ = کاملا درست است) . در این پرسشنامه هر ۵ سوال یک طرحواره را می سنجد. چنانچه میانگین هر نمره بالاتر از ۳ باشد آن طرحواره ناکارآمد خواهد بود(لطفی، دنیوی و خسروی، ۱۳۸۶). یانگ، نورمن و توماس ۱۹۹۵ پایایی این پرسشنامه را به روش همسانی درونی و بازآزمایی در یک نمونه ۵۶۴ نفری از دانشجویان آمریکایی بررسی کردند و نتایج را به ترتیب ۰/۹۵ و ۸۱٪ گزارش نموده اند.
همچنین در ایران یوسفی و همکاران(۱۳۸۸)، اعتبار و روایی پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه یانگ را بر روی یک نمونۀ ۵۷۹ نفری در دو مرحله(مرحله اول ۳۹۴ نفر و مرحله دوم ۱۸۵ نفر) بررسی کردند. اعتبارپرسشنامۀ طرحواره های ناسازگاراولیه بااستفاده ازدوروش آلفای کرونباخ ودونیمه کردن درکل نمونه به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۶، در دختران ۰/۸۷ و ۰/۸۴ و در پسران ۰/۸۴ و ۰/۸۱ بود. که در سطح$P<۰/۰۰۰۱$ معنی دار است(یوسفی،۱۳۹۰). همچنین غیاثی(۱۳۸۸)، روایی همزمان پرسشنامه بامقیاس نگرشهای ناکارامد ۰/۶۵، آلفای کرونباخ آن در خرده مقیاس ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۹۰ و آلفای کل آن ۰/۹۴ گزارش کرد.
در تحقیق حاضر آلفای کرونباخ در خرده مقیاس ها بین ۰/۶۹تا ۰/۸۶. و الفای کل آن ۰/۸۵ بوده است که در سطح$P<۰/۰۰۵$ معنی دار می باشد .

۲- پرسشنامهSCL-90-R[2]: پرسشنامه تجدید نظر شده علائم روانی با چک لیست نشانگان اختلالات روانی ،یکی از پر کاربردترین ابزارهای تشخیص روان پزشکی است که هدف آن سنجش میزان و شدت علائم اختلالات روانی افراد است. این پرسشنامه توسط دراگوتیس ،لیپمن و کووی(۱۹۷۳)معرفی شد .و فرم نهایی آن در سال (۱۹۷۶)تهیه گردید.این پرسشنامه متشکل از ۹۰سوال برای ارزشیابی علائم روانی است که هریک در یک مقیاس ۵ درجه ای ،میزان ناراحتی را از نمره "صفر" یعنی "هیچ" تا" چهار" یعنی"به شدت" ارزیابی نموده ،به نحوی که نمره کل از صفر تا ۳۶۰ می تواند متغییر باشد سوالات پرسشنامه ۹ بعد مختلف شامل(شکایات جسمانی،وسواس-اجباری،حساسیت در روابط متقابل ،افسردگی،اضطراب ،خصومت،ترس مرضی،افکار پارانوئیدی و روان پریشی)را در بر می گیرد .پاسخهای مربوط به هر بعد با هم جمع می شوند و بر تعداد عباراتی که در آن بعد وجود دارد تقسیم می شود . در نتیجه نمره هر بعد می تواند ار صفر(عدم ناراحتی)تا چهار (ناراحتی شدید) متغییر باشد . این پرسشنامه از اعتبار مطلوبی برخوردار است.دراگوتیس (۱۹۷۶)اعتبار درونی آزمون را گزارش کرده است .بیشترین ضریب همبستگی برای افراد افسرده ۰/۹۵ و کمترین آن برای روان پریشی ۰/۷۷بدست آمده است .در ایران،میرزایی(۱۳۵۹)پایایی این ابزار را بااستفاده از ضریب الفای کرونباخ برابر با ۰/۷۰ و ضریب همزمان آن را با آزمون جند وجهی مینه سوتا برابر با ۰/۵۱ گزارش کرده است .هومن (۱۳۷۶) ضریب همسانی درونی زیر مقیاساین ابزار را بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۸ گزارش کرده است .(ا سماعیلی۱۳۸۱).

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

تجزیه و تحلیل آماری در دوسطح توصیفی و استنباطی انجام میشود . در سطح توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد.در سطح استنباطی با کمک نرم افزار SPSS 20.وبا ازمون تحلیل واریانس چند متغییره (MANOVA) انجام شد.

[1] . Young schema questionnaire

[2]. symptom check list 90

یافته ها:

شاخص های توصیفی طرحواره ها به تفکیک گروه

جدول 1

میانگین و انحراف معیار نمره طرحواره یانگ به تفکیک گروه های عادی ،افسردگی و دارای اختلال دوقطبی آورده شده است .

زیرمقیاس های طرحواره های ناسازگار	عادی		دو قطبی		افسردگی اساسی	
اولیه به تفکیک گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
محرومیت هیجانی	۱,۸۲	۰۹۴۳	۳,۹۹	۱,۷۳	۴,۶۳	۰,۸۵۶
رهاشدگی	۱,۷۹	۰,۷۷۸	۴,۵۰	۱,۵۰	۴,۶۹	۱,۴۴
بی اعتمادی	۱,۷۳	۰,۷۰۴	۳,۶۷	۱,۳۸	۳,۲۲	۱,۴۳
انزوای اجتماعی	۱,۶۲	۰,۴۶۲	۳,۱۱	۱,۵۸	۳,۷۸	۱,۶۹
نقص شرم	۱,۳۷	۰,۷۹۷	۲,۳۷	۰,۷۴۹	۳,۲۵	۱,۹۵
شکست	۱,۴۳	۰,۳۴۸	۲,۷۴	۱,۱۹	۳,۵۸	۱,۵۳
وابستگی	۱,۳۷	۰,۳۷۴	۲,۴۷	۱,۵۷	۳,۷۱	۱,۶۳
آسیب پذیری	۱,۳۸	۰,۵۰۹	۲,۷۴	۱,۴۰	۴,۱۷	۱,۶۴
خود تحول نیافته	۱,۷۰	۰,۸۰۳	۳,۱۱	۱,۲۲	۳,۵۲	۱,۵۹
اطاعت	۱,۵۶	۰,۶۴۸	۳,۲۷	۱,۲۱	۴,۲۴	۱,۴۱
ایثار	۳,۲۸	۱,۲۰	۳,۴۶	۱,۰۷	۴,۵۵	۱,۴۵
بازداری هیجانی	۱,۶۹	۰,۵۳۴	۳,۰۵	۱,۲۹	۳,۸۹	۱,۳۲
معیار سرسختانه	۳,۶۹	۱,۴۰	۴,۳۲	۱,۳۸	۴,۸۸	۱,۰۱
استحقاق	۳,۶۴	۱,۰۶	۴,۴۱	۰,۶۳۲	۴,۳۴	۱,۲۳
خویشتن داری	۲,۳۶	۰,۸۴۵	۳,۸۸	۱,۱۶	۴,۳۳	۱,۰۷
پذیرش جو	۲,۸۶	۱,۱۱	۴,۸۰	۱,۲۱	۴,۹۷	۰,۸۳۷
منفی گرا	۲,۱۴	۰,۸۹۹	۳,۸۰	۱,۲۴	۴,۹۱	۱,۱۳
تنبیه	۲,۵۶	۰,۹۹۹	۳,۹۲	۱,۱۷	۴,۰۸	۱,۳۵

جدول۲

شاخص توصیفی مربوط به نمرات طرحواره یانگ به تفکیک گروه

	گروه	دارای طرح واره است	دارای طرح واره نیست
عادی	میانگین	۳,۱۰۸۳	۲,۰۸۰۱
	انحراف معیار	۰	0.453
دوقطبی	میانگین	3.8138	2.4352
	انحراف معیار	.759	.221
افسردگی اساسی	میانگین	4.3859	2.6641
	انحراف معیار	.852	.159
کل	میانگین	۴,۰۹۱۶	۲,۱۹۴۶
	انحراف معیار	۰,۸۵۴	۰,۴۴۹

به منظور مقایسه نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه افراد بین سه گروه عادی ، دوقطبی و افسردگی از آزمون تحلیل واریانس چند متغییری (MANOVA) استفاده نمودیم.

جدول ۳

ازمون مانوا برای مقایسه در سه گروه طرحواره های ناسازگار

حوزه ها		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
هیجانی محرومیت	بین گروه	130.478	2	65.239	42.20	.000
	خطا	134.473	87	1.546		
رها شدگی	بین گروه	157.361	2	78.680	47.58	.000
	خطا	143.848	87	1.653		
بی اعتمادی	بین گروه	62.046	2	31.023	20.75	.000
	خطا	130.025	87	1.495		
انزوای اجتماعی	بین گروه	73.158	2	36.579	19.60	.000
	خطا	162.356	87	1.866		
نقض شدم	بین گروه	73.158	2	36.579	19.60	.000
	خطا	162.356	87	1.866		
شکست	بین گروه	70.659	2	35.330	26.95	.000
	خطا	114.048	87	1.311		
وابستگی	بین گروه	82.232	2	41.116	23.20	.000
	خطا	154.152	87	1.772		
آسیب پذیری	بین گروه	116.510	2	58.255	35.481	.000
	خطا	142.842	87	1.642		
خود تحول نیافته	بین گروه	54.602	2	27.301	17.471	.000
	خطا	135.954	87	1.563		
اطاعت	بین گروه	110.524	2	55.262	42.636	.000
	خطا	112.763	87	1.296		
ایثار	بین گروه	28.299	2	14.149	9.006	.000
	خطا	136.681	87	1.571		
بازداری هیجانی	بین گروه	73.952	2	36.976	29.761	.000
	خطا	108.092	87	1.242		
معیار سرسختانه	بین گروه	20.973	2	10.487	6.369	.003
	خطا	143.239	87	1.646		
استحقاق	بین گروه	10.780	2	5.390	5.305	.007
	خطا	88.403	87	1.016		
خویشتنداری	بین گروه	64.458	2	32.229	30.067	.000
	خطا	93.256	87	1.072		
پذیرش جو	بین گروه	82.550	2	41.275	36.111	.000
	خطا	99.442	87	1.143		
منفی گرا	بین گروه	116.883	2	58.442	48.106	.000
	خطا	105.693	87	1.215		
تنبیه	بین گروه	42.265	2	21.133	15.031	.000
	خطا	122.312	87	1.406		

جدول زیر از نظر آماری تفاوت های معناداری میانگین ها را در بین گروه ها در ترکیب خطی متغییرهای‌وابسته‌نشان‌می‌دهدوسطح معناداری-آن(sig. =0.000) کمتر از ۰,۰۵ که در قسمت دوم جدول آمده است می توان گفت میانگین ها تفاوت معناداری در بین گروه ها دارند.

جدول ۴

ازمون شفه برای مقایسه زوجی بین سه گروه

گروه (I)	گروه (J)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
عادی	دو قطبی	-1.65951*	.24318	.000	-2.2694	-1.0496
	افسردگی اساسی	-2.23160*	.23955	.000	-2.8324	-1.6308
قطبی دو	عادی	1.65951*	.24318	.000	1.0496	2.2694
	افسردگی اساسی	-.57209*	.20914	.029	-1.0966	-.0475
افسردگی اساسی	عادی	2.23160*	.23955	.000	1.6308	2.8324
	دو قطبی	.57209*	.20914	.029	.0475	1.0966

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

بحث و نتیجه گیری :

درپاسخ به اولین فرضیه این پژوهش مبنی بر اینکه بین طرحواره های ناسازگار اولیه افراد دارای افسردگی ، دوقطبی و عادی تفاوت معنادار وجود دارد می توان گفت میانگین ها تفاوت معناداری در بین گروه ها نشان میدهند در نتیجه بین نمرات طرحواره ناسازگار اولیه افراد در گروه های عادی با گروه بالینی(دوقطبی و اختلال افسردگی) تفاوت وجود دارد.

نتایج این پژوهش با پژوهش شهامت (۱۳۸۹) که بین طرحواره های ناسازگار اولیه و علائم سه گانه جسمانی سازی، اضطراب و افسردگی رابطه ی معناداری نشان داد .همسویی دارد .همچنین یافته های پژوهش ژیلیان و همکاران (۲۰۰۳) با عنوان بررسی درمان شناختی متمرکز بر طرحواره درمانی اختلال دو قطبی (افسردگی – مانیا) همسویی معناداری با پژوهش حاضر داشتند این نتایج نشان داد رابطه معناداری بین طرحواره های ناسازگار اولیه و اختلال افسردگی و اختلال دوقطبی وجود دارد. یافته های پژوهش های نیلسون (۲۰۱۱)[1]، هاک ، پرونسر و همکاران(۲۰۱۱) که ارتباط طرحواره های ناسازگار اولیه با اختلال دوقطبی را سنجیدند نشان داد طرحواره های جداسازی اجتماعی، شکست برای رسیدن به، وابستگی، آسیب پذیری نسبت به ضرر، مهار هیجانی، خود انظباطی ناکافی ، و بدبینی طرحواره های پیش بینی کننده در اختلال دوقطبی هستند که این یافته ها باپژوهش حاضر همسو می باشد .طرحواره های ناسازگار به عنوان زیرساختهای شناختی منجر به تشکیل باورهای غیرمنطقی می شوند .طرحواره ها دارای مولفه های شناختی، عاطفی و رفتاری هستند . هنگامی که طرحواره های ناسازگار اولیه فعال می شوند سطوحی از هیجان منتشر می شود و مستقیم یا غیرمستقیم منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی های روان شناختی نظیر افسرد گی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوءمصرف مواد ، تعارضات بین فردی و مانند آن میشود . طرحواره های ناسازگار مستقیماً منجر به اختلال خاصی نمیشوند اما آسیب پذیری فرد را برای این اختلالات افزایش می دهند. یانگ(۱۹۹۹) بیان میکند که طرحواره های ناسازگار بیشتر از آنکه نتیجه وقایع تکان دهنده مجزا باشند ، احتمالاً بوسیله الگوی مداوم و" تجارب سمی "روزمره با اعضاء خانواده و همتایان ایجاد می شوند که به نحو فزاینده ای طرحواره ها را تقویت می کنند . از سوی دیگر اختلالات ، نشانگان طولانی مدتی هستند که تصور میشود یک اساس سبب شناسی در شناخت، تعاملات آسیب شناسی کودکی با والدین، همتایان و دوستان و اشخاص مهم دیگر د اشته باشند.(کیمیایی،۱۳۸۰).

اگرچه فرایند شناختی یا طرحواره های ناسازگار به عنوان علت اختلالات روانشناختی در نظر گرفته نمی شود اما مولفه های معناداری در تشکیل اختلالات هستند زیرا این افکار خودکار بوده و افراد آگاهی کمی هم نسبت به آنها دارند اهمیت ویژه ومعنا داری می تواند در روند بیماری داشته باشد .یانگ استدلال می کند که طرحواره های ناسازگار اولیه باعث تحول و رشد اختلال شخصیت می شوند. این طرحواره ها ممکن است در دوران کودکی از طریق تجارب منفی با افراد مهم زندگی بوجود آیند (تورس،۲۰۰۲).در تبیین رابطه بین اختلال افسردگی واختلال دوقطبی با طرحواره ها می توان عنوان نمود که افراد دارای اختلال افسردگی و دوقطبی حساسیت بالایی به طرد و تنهایی دارند (کاپلان و سادوک،۲۰۰۷)و به این خاطر که قادر به تحمل طرد شدگی و تنهایی نیستند (رها شدگی) بدون در نظر گرفتن شرایط و برای بدست آوردن حس کنترل و عدم رها شدگی وارد موقعیت های آسیب زا (آسیب پذیری نسبت به ضرر) می شوند به همین دلیل دچار شکست در روابط و موقعیت ها می شوند(شکست) که این امر اضطراب شدیدی را در آنها ایجاد میکند (عابدینی و همکاران،۱۳۸۸). این اضطراب شدید باعث می شود احساس عدم اعتماد به نفس کنند و خود را منزوی از اجتماع و افراد ببینند (انزوای اجتماعی) درپی این احساس انزوا و اضطراب شدید و عدم اعتماد بنفس افراد دارای اختلال افسردگی و دوقطبی سعی میکنند خود را وابسته به دیگران کنند تا این احساس های خود را کاهش دهند. این شکست های متوالی و احساس اضطراب این افراد از دریافت نکردن حس امنیت و عشق در زمان کودکی نشات میگیرد و از توجه نکردن والدین به احساسات کودک ورها کردن کودک برای انجام هر کاری بدون در نظر گرفتن عواقب آن شرایط (خویشتن داری ناکافی).این یافته ها با نتایج فتحی و همکاران (۱۳۸۹) و منیر پور و همکاران (۱۳۸۹) که ارتباط طرحواره های ناسازگار را با اختلالات بررسی میکنند همسو است.

در راستای فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر اینکه ایا بین طرحواره های ناسازگار اولیه در افراد دارای اختلال افسردگی و دو قطبی تفاوت معنادار وجود دارد می توان گفت بر اساس اطلاعات بدست امده از تحلیل مانوا بین طرحواره های افراد دوقطبی و افراد دارای اختلال افسردگی در هشت طرحواره نقص شرم ، شکست ، وابستگی ، آسیب پذیری ، اطاعت ، ایثار ، بازداری هیجانی و منفی گرا در دو گروه افسردگی

[1]- .Kahr Nilsson

و دوقطبی تفاوت معناداری مشاهده شدو در ۱۰ طرحواره دیگر تفاوت معنا داری دیده نشد.طرحواره های اطاعت ، ایثار ، بازداری هیجانی و وابستگی و بی کفایتی ، منفی گرایی ، اسیب پذیری علاوه بر این که پیش بینی کننده های قوی برای اختلالات دوقطبی و افسردگی هستند مشخص کننده تفاوت این دو اختلال با یکدیگر نیز هستند . نتایج این پژوهش با پژوهش های فتحی و همکاران(۱۳۸۹)، نیلسون (۲۰۱۱)، کاستیل و همکاران (۲۰۰۷)، منیر پور وهمکاران (۱۳۸۹)،هاک و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود.

میانگین ها نشان می دهند که افراد دارای اختلال افسردگی بیشتر از افراد دوقطبی دارای این هشت طرحواره هستند . به عبارت دیگر تفاوت بین اختلال افسردگی و دو قطبی از دیدگاه طرحواره ها در هشت طرحواره نقص شرم ، شکست ، وابستگی ، آسیب پذیری ، اطاعت ، ایثار ، بازداری هیجانی و منفی گرا است . هرچند این هشت طرحواره برای هر دو گروه به عنوان پیش بین های قوی هستند اما افراد دارای اختلال افسردگی بسیار بیشتر از افراد دارای اختلال دوقطبی از این هشت طرحواره تاثیر می پذیرند .این تاثیر پذیری بیشتر نشان دهنده قوی تر بودن این طرحواره ها است که نشان می دهد با تمام شباهت های زیاد بین این دو اختلال ، این اختلالات با یکدیگر متفاوت هستند .

طرحواره های اطاعت و ایثار که در حوزه چهارم (معطوف به دیگران بودن) قرار دارند بسیار شبیه به هم هستند. در طرحواره اطاعت فرد دارای این طرحواره باور دارد برای اینکه از پیامدهای منفی اجتناب کند باید کنترل خود را به دیگران بسپارد.این افراد برای اجتناب از پیامد های منفی، تمایلات و احساسات خود را نادیده می گیرند. واگذاری افراطی کنترل خود به دیگران و اطاعت از انها به این دلیل که فرد تحت فشار شدید احساسات خود قرار دارد، از ویژگی های افراد دارای این طرحواره است. این عمل معمولا برای اجتناب از خشم، محرومیت، احساس تلافی جویی و انتقام صورت می گیرد. دو شکل عمده این طرحواره عبارتند از۱)اطاعت از نیاز ها ۲) اطاعت از هیجان ها .این طرحواره بیشتر در افرادی دیده می شود که والدین آنها بیش از حد آنها را کنترل می کرده اند. به همین خاطر از موقعیت هایی که ممکن است تحت کنترل دیگران قرار بگیرند یا ممکن است درگیر دیگران بشوند ، اجتناب می ورزند. آنها معمولا از روابط دراز مدت دوری می کنند. با این وجود افرادی را برمی گزینند که کنترل گر بوده و در نتیجه دچار «جذابیت طرحواره ای» می شوند.در طرحواره ایثار که شباهت بسیاری به طرحواره اطاعت دارد فرد نیازهای خود را برای کمک به دیگران فدا می کند؛ تمرکز افراطی بر ارضای نیازهای دیگران در زندگی روزمره، به طوری که از رضایت مندی خود فرد جلوگیری می شود.این افراد وقتی به نیازهای خود توجه می کنند، اغلب احساس گناه می کنند. برای اجتناب از این احساس گناه آنها نیازهای دیگران را بر نیازهای خود مقدم می شمارند. این افراد اغلب از کمک کردن به دیگران لذت می برند. زیرا احساس می کنند عزت نفس شان افزایش یافته است. این افراد معنای زندگی خود را در کمک به دیگران می دانند و اغلب خود و نیازهای شان را فراموش کرده اند.آنها معمولا آنقدر به دیگران خدمت می کنند که در پایان به ضرر خودشان تمام می شود . طرحواره بازداری هیجانی یکی از طرحواره های متفاوت در بین دو گروه افسردگی و اختلال دوقطبی است این افراد از صحبت کردن درباره هیجاناتشان به شدت گریزانند. آنها به جای اینکه هیجانی باشند در موقعیت های مختلف از لحاظ عاطفی بی تفاوتند و به جای آن خود انگیختگی هیجانی دارند. از ابراز خشم و پرخاشگری و هرگونه احساس منفی بازداری می کنند و هیجانات مثبت مانند خوشحالی، محبت، برانگیختگی جنسی، نشاط و شادابی را نیز نشان نمی دهند و به جای ان بر عقلانیت و حذف هیجانات تاکید می ورزند. شایع ترین ریشه تحولی شکل گیری این طرحواره این است که افراد به محض بروز خود انگیخته هیجان های خود از سوی والدین یا دیگر افراد مهم زندگی،به شدت شرمسار شده اند .طرحواره بازداری هیجانی یکی ار پنج طرحواره اصلی در افراد دارای اختلال است زیرا این طرحواره از سبک دلبستگی نا ایمن نشات میگیرد که تاثیر زیادی در رفتارهای افراد خواهد داشت .

طرحواره وابستگی ، بی کفایتی یکی دیگر از طرحواره هایی است که بین افراد دارای اختلال افسردگی و دو قطبی متفاوت است .افراد دارای این طرحواره باور دارند که نمی توانند مسئولیت های زندگی خود را به طور مستقل انجام دهند. این افراد اغلب از اشخاص دیگر در تصمیم گیری و انجام تکالیف کمک می طلبند. والدین این افراد معمولا آنها را به انجام عمل مستقل تشویق نمی کنند و در نتیجه برای انجام اعمال خود اعتماد به نفس ندارند. به آنها اجازه استقلال داده نشده و انها روند طبیعی رشد از وابستگی به استقلال را طی نکرده اند. یانگ(۱۹۹۴)معتقد است افرادی که این طرحواره را دارند مثل کودک به افراد مهم زندگی خود وابسته هستند و از انها می خواهند به جایشان تصمیم بگیرند. این افراد تقریبا احساس خود بودن خود را از دست می دهند و از درگیر شدن با چالش های جدید اجتناب می ورزند.

تحت فشارشدید بودن احساسات در دو طرحواره اطاعت وایثار و توجه بسیار به نیاز های افراد روبه رو باعث می شود در بعضی مواقع نتوانند خودشان را کنترل کنند و دست به رفتارهای خود زنی، خشم ، خودکسی و یا خلاف قانون بزنند .همچنین کنترل زیاد و عقلانی در طرحواره بازداری هیجانی و عدم اعتماد به نفس برای انجام تکالیف و وابسته بودن بیش از حد به افراد و نداشتن استقلال به دلیل رفتارهای کنترل

[1] -Schema Chemistry

کننده والدین در کودکی باعث می شود افراد دارای اختلال دوقطبی گرایش به خشونت در رفتارهایشان داشته باشند . در بیشتر وقتها این افراد از خشم وگرایشهای ناخودآگاه خود، آگاه نیستند .زیرا در دوران کودکی، در پیروی از نیازهای طبیعی خود آزاد نبوده اند و دربزرگسالی به جای اینکه از درون جهت دهی شوند، از محیط بیرونی تأثیر می پذیرند و از خواسته های دیگران پیروی می کنند. طبق نتایج این پژوهش طرحواره های نقص و شرم و شکست در افراد دارای اختلال افسردگی بیشتراز اختلال دوقطبی دیده می شود که به احتمال زیاد بخاطر دوره ایی بودن افسردگی و مانیک در اختلال دوقطبی است . همچنین تفاوت استفاده در سبک های جبرانی طرحواره ها می تواند توضیح دهنده این میزان تفاوت در بین افراد دارای اختلال افسردگی و دو قطبی باشد . در زمان افسردگی افراد دوقطبی احتمال استفاده از سبک تسلیم بیشتر از سبک اجتناب است . این کمتر بودن میزان این طرحواره ها در افراد دارای اختلال دوقطبی و گاهی تفاوت های رفتاری ناشی از وجود این طرحواره ها در این دو گروه تعیین کننده تفاوت این دو گروه بالینی است .

از آنجا که این پژوهش در محدوده خاصی انجام گرفته و همچنین به دلیل تفکیک نشدن خلق افراد دوقطبی قابل تعمیم به همه افراد نیست .توصیه می شود در پژوهش های بعدی با تفکیک دوره های خلقی در افراد دوقطبی انجام گیرد. در واقع پژوهش حاضر یک بررسی مقدماتی در حیطه جداسازی دو اختلال دوقطبی وافسرده بوسیله طرحواره های ناسازگار است.

منابع:

افتخار ،مهرداد. شعبانی ، امیر.(۱۳۸۸). اختلال افسردگینوعی از اختلال دو قطبی نیست .مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ، شماره ۲ : ۱۵۸-۱۴۷.

سادوک بنجامین.، سادوک ،ویرجینیا .(.۱۳۸). چکیده روانپزشکی ، ترجمه ن پورافکاری . چاپ اول ، تهران: انتشارات آزاده،۳۱۰ صفحه

شهامت،فاطمه.؛ابتی،علیرضا؛رضوانی،سمانه (۱۳۸۹) .بررسی رابطه سبک های فرزندپروری وطرحواره های ناسازگار اولیه .مطالعات تربیتی و روانشناسی،۱۱(۲)،۲۳۹-۲۵۴

عابدین ، علیرضا. شوقی نیا ،الهام (۱۳۸۸). تشخیص و درمان اختلال افسردگیاز دیدگاه روان پویایی مجموعه مقالات اولین همایش سراسری روانشناسی پویایی در ایران ، دانشگاه شهید بهشتی ، تهران ، ایران،۱۱۳-۱۱۸.

فتحی،فاطمه؛سلطانی،محمد؛مختاری،سمانه؛موسوی،زهرا.(۱۳۸۹). رابطه اختلالات شخصیت و طرحواره های ناسازگار اولیه در دانشجویان در معرض آسیب روانی؛مجله روانشناسی معاصر،(ویژه نامه)۵.(۵۷۴-۵۷۲).

قاسمی مطلق،مهدی.(۱۳۸۵).مقایسه طرحواره های ناسازگار اولیه در دانشجویان سیگاری و غیر سیگاری دانشگاه علامه طباطبایی،پایان نامه کارشناسی رشد ،دانشگاه علامه طباطبایی.

کاپلان ،هارولد ، سادوک، بنجامین .(۱۳۸۷). خلاصه روان پزشکی ،علوم رفتاری روان پزشکی ،ترجمه عباس رفیعی و فرزین رضایی ، جلد دوم تهران: انتشارات ارجمند،۲۷۰ صفحه

کاظمی،حمید؛رسول زاده طباطبایی،سید کاظم؛دژکام،محمود؛آزاد فلاح،پرویز؛مومنی،خلیل.(۱۳۹۰).اثر بخشی روان درمانگری شناختی و دارو درمانی در کاهش بی ثباتی هیجانی،تکانشگری و بی ثباتی اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی ؛مجله علوم رفتاری ؛شماره ۲؛(۹۹-۹۱)

کیمیایی،علی.(۱۳۸۰) نظری هها روان د رمانی و مشاوره، گروه روانشناسی دانشگاه فر دوسی مشهد ، ص ۵۶-۵۹

لی هی ،رابرت.(۲۰۰۳).تکنیک های شناختی (راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی)،ترجمه حسن حمید پور،زهرا اندوز (۱۳۸۸).چاپ اول،تهران،انتشارات ارجمند

لطفی،راضیه؛نبوی،وحید؛خسروی،زهره.(۱۳۸۶).مقایسه طرحوارههای ناسازگار اولیه در سربازان مبتلا به دسته ب اختلالات شخصیت و سربازان سالم ،مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش ؛شماره ۲؛(۱۲۶۱-۱۲۶۶)

منیر پور،نادر؛غلامی زارج،تقی ؛تمدن فرد،محسن.(۱۳۸۹) .نقش پدر در طرحوارههای ناسازگار اولیه در پیش بینی اختلال شخصیت مرزی؛مجله روانشناسی معاصر،(ویژه نامه)۵(۷۳۱-۷۳۰)

یانگ ،جفری؛گلوسکو،ژانت ؛ویشار،مارجوری.(۲۰۰۳).طرحواره درمانی (راهنمای کاربردی برای متخصصین بالینی). ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز (۱۳۸۶). چاپ اول،تهران،انتشارات ارجمند

یانگ،جفری.(۱۳۸۴). شناخت درمانی اختلالات شخصیت (ترجمه علی صاحبی و حسن حمید پور).تهران ؛انتشارات ارجمند

Akiskal, H. S. (2004). Demystifying borderline personality: Critique of the concept and unorthodox reflections on its natural kinship with the bipolar spectrum. Acta Psychiatrica Scandinavica, 110, 401-407.

Ball,s.&cecero.j.(2001).addiction patients with personality disorder :traits,schemas,and presentiny problems .journal of personality disorder .15.(72-83)

Conus, P., Ward, J., Hallam, K. T., Lucas, N., & et al. (2008). The proximal prodrome to first episode mania -a new target for early intervention. Bipolar Disorders, 10, 555-565.

Dudek, D., Siwek, M., Zielin´ ska, D., Jaeschke, R., & et al. (2013). Diagnostic conversions from majordepressive disorder into bipolar Disorder in an outpatient setting: Results of a retrospective chart review. Journal of Affective Disorders, 144, 112-115

Esmaili a.2003.the comprarision level of mental health student of Tehran university for presentation consulting center.J psychol :3:42-46

Ganderson J.G ., Weinberg,t. daversa, m.t, skodol ,a.e , sanislow.C.a , yen, s . morey ,l,c,grilo,c.m , mc glashan , t. h., stout , r.l., &dyck , i. 2006. descrvative and longitudinal observation on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder.American journal of psychiatry . 163,1173-1178.

Gibson,r.l.(2004)schema therapy :A practitioner guide- Proust-social science journal :Pp.840

Hans, m.n m john,s.sans,I.(2005).clinical psychology,psychotherapy.volume12, issue 2.(42-149)

Jellian ,b.p.,&mitchellein,m.,Ashleigh,s.(2003).cognitive therapy bipolar :ashema focuse approach Australia and new Zealand .journal of psychiatry.volume37.(1-51)

Torres. Cristian. Early Maladaptive schema and cognitive distortsion in psychophathy and narcisstism. Australian National university. 2002

Young J.E . 1994. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3th.ed.) . Sarasota .FL:Professional Resource Press.

Young J.E. 1999.Cognitive therapy for personality disorder a schema –focused approach .florida : professional resurces press.