مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد
دوره ۲۴، شماره ۱، فروردین ۱۳۹۵
صفحه: ۵۶-۴۱

Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences
Vol. 24, No.1, Apr 2016
Pages: 41-56

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی

مهدی رضایی*[۱]، فیروزه غضنفری[۲]، فاطمه رضایی[۳]

چکیده

مقدمه: مدل طرحواره‌های هیجانی بر نقش نشخوار فکری و سایر طرحواره‌های هیجانی در افسردگی تأکید زیادی دارد. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و نشخوار فکری صورت پذیرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی کنترل‌شده تصادفی با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری با گروه کنترل بود. از میان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی در بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین و مرکز مشاوره رهیار استان تهران، ۳۲ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه برابر آزمایش (۱۶ نفر) و کنترل(۱۶نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۴ هفته تحت طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفت. در این مدت برای گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله درمانی صورت نگرفت. پرسشنامه‌های افسردگی بک(BDI-II) و سبک پاسخ‌دهی نشخواری(RRS) به‌عنوان ابزارهای سنجش در خط‌پایه اول و دوم، پس‌آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفتند. داده‌ها نیز با استفاده از تحلیل واریانس آمیخته و به‌وسیله نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات افسردگی و نشخوار فکری در گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل به طور معنی‌داری کاهش پیدا کرده است($p<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای موثر برای کاهش افسردگی و نشخوار فکری افراد مبتلا به افسردگی اساسی مورد استفاده قرار بگیرد.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، افسردگی، نشخوار فکری

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه لرستان
۲،۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان
* (نویسنده مسئول)؛ تلفن: ۰۹۳۸۳۳۵۴۹۱۶ ، پست الکترونیکی: rezaee.mehdi15@yahoo.com
تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۹/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۲/۲۰

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

مقدمه

افسردگی اساسی(Major Depression) به‌عنوان یک اختلال خلقی از ناتوان‌کننده‌ترین بیماری‌های روانی می‌باشد(۱) که در صورت عدم درمان به افسردگی مزمن تبدیل خواهد شد که در این صورت هزینه و زمان زیادی برای درمان آن باید صرف گردد(۲). به‌همین دلیل است که این گروه از افراد باید هرچه سریع‌تر و بیشتر مورد توجه و اهداف درمانی قرار بگیرند؛ چون درمان آنها به لحاظ اجتماعی، عملکردی، شغلی و روانی- جسمانی جنبه پیشگیری دارد(۳) بنابراین پرداختن به درمان افسردگی امری ضروری و لازم به‌نظر می‌رسد.

در این راستا، مدل‌های درمانی متنوعی برای تبیین و بهبودی افسردگی طراحی شده است. یکی از آنها الگوی طرحواره هیجانی(ESM: Emotional Schema Model) می‌باشد که برای کاهش و توضیح افسردگی و سایر اختلالات هیجانی بر متغیرهای فراتشخیصی یعنی طرحواره‌های هیجانی مثل نشخوار فکری تمرکز می‌کند(۶-۴) ولی به‌علت اینکه این مدل درمانی و تبیینی در سال‌های اخیر مطرح گردیده هنوز اثربخشی آن به‌ویژه در داخل کشور مورد بررسی کافی قرار نگرفته است.

طرحواره‌های هیجانی عبارت است از تفسیر هیجان و بکارگیری راهبردهای مقابله با آن(۴). در ESM، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آوردند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مثل، اجتناب تجربی(Experimental avoidance)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر، حمایت اجتماعی و یا راهبردهای دیگر، بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند(۷). در واقع این مدل، الگوی هیجان‌مدار(Emotion-Focused) (۸) را با مدل فراشناختی(Meta-cognitive) (۹) تلفیق کرده است. Leahy (۵) معتقد است که اثرپذیری متفاوت از هیجان‌ها ناشی طرحواره‌های زیربنایی آنهاست.

طبق نظر Leahy (۵) طرحواره‌های هیجانی یک عامل بسیار قدرتمند در تبیین اختلالات هیجانی هستند، طوری که نقش آنها در اختلالات روانی مختلف(۱۳-۱۰) به‌ویژه افسردگی (۱۸-۱۷) مورد تأیید قرار گرفته است. حتی اخیراً Riskind و همکاران(۱۸) نیز نشان دادند که طرحواره‌های هیجانی به اندازه تحریف‌ها و سوگیری‌های شناختی مهم هستند. ولی اینکه آیا دستکاری آنها در قالب یک بسته درمانی منجر به کاهش شدت افسردگی خواهد شد یا نه هنوز به صورت گسترده و آزمایشی مورد مطالعه قرار نگرفته است. با این وجود، همان‌گونه که با دستکاری تحریف‌ها و طرحواره‌های شناختی افسردگی بهبود می‌یابد، انتظار می‌رود با دستکاری طرحواره‌های هیجانی در قالب درمان طرحواره‌های هیجانی شدت افسردگی نیز تغییر یابد چرا که ارتباط این دو مفهوم شناختی به خوبی نشان داده شده است(۱۸). در همین راستا، یکی از اهداف پژوهشی تعیین میزان اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی(EST: Emotional Schema Therapy) بر شدت افسردگی می‌باشد.

بر اساس مدل طرحواره‌های هیجانی افراد در صورت ارزیابی منفی هیجان‌ها به این نتیجه می‌رسند که هیجان‌ها مسأله‌ساز بوده و مدام درباره تجربه هیجانی خود به نشخوار فکری می‌پردازند(۱۲،۷،۴) نشخوار فکری، تفکر منفعل و تکرار شونده درباره نشانه‌های افسردگی، پیامدها و دلایل احتمالی این نشانه‌ها می‌باشد(۲۵). دراین راستا، Wells و همکاران(۱۴) بر این باورند که نشخوار فکری به عنوان سندرم شناختی- توجهی (CAS: Cognitive AttentionalSyndrome) مهمترین عامل تداوم افسردگی می‌باشد. به همین دلیل هدف درمان‌های موج سوم بویژه درمان طرحواره‌های هیجانی و فراشناختی کاهش یا از بین بردن نشخوار فکری می‌باشد. از آنجاکه Leahy(۶) معتقد است مدل طرحواره درمانی هیجانی الگوی فراهیجانی از مدل فراشناختی ولز(۹) است بررسی اثربخشی این مدل درمانی جدید بر نشخوار فکری اهمیت بیشتری پیدا می‌کند چون درمان فراشناختی در این راستا موفق بوده است. بنابراین، انتظار می‌رود طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش نشخوار فکری اثربخشی معنی‌داری داشته باشد ولی به علت نوظهور بودن طرحواره درمانی هیجانی هنوز مطالعات

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

جامعی برای بررسی آن انجام نگرفته است و لزوم مطالعه در این حیطه احساس می‌شود.

نشخوار فکری در مدل طرحواره‌های هیجانی(۵) یک سبک پاسخ‌دهی اجتنابی تلقی می‌گردد که باید مورد هدف قرار بگیرد. بنابراین، کاهش دادن آن در مدل‌های درمانی نوظهور امری ضروری به‌نظر می‌رسد چون عدم دست‌کاری آن منجر به پایداری افسردگی می‌گردد(۹) و تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری دومین هدف این مطالعه را تشکیل می‌دهد.

طبق نظر Leahy(۵،۶) طرحواره درمانی هیجانی(EST) شکل جدیدی از رفتار درمانی شناختی است که در تلاش است تا دو رویکرد درمانی هیجانی‌مدار(۸) و درمان فراشناختی(۹) را باهم تلفیق کند. ولی نسبت به آنها این مزیت را دارد که دارای رویکردی یکپارچه می‌باشد و ارزش اختصاصی آن در این است که مفهوم‌سازی و راهبردهای ناسازگار افراد در مقابل هیجانات ایشان را مستقیماً مورد هدف قرار می‌دهد(۲۱).

به علت اینکه EST یک مدل درمانی جدید می‌باشد هنوز مطالعات کافی به بررسی اثربخشی آن نپرداخته‌اند ولی Leahy(۱۱،۱۶،۱۸) براین باور است که اصلاح طرحواره‌های هیجانی منجر به کاهش اضطراب و افسردگی خواهد شد. رضایی و همکاران(۲۲) در پژوهشی با ۱۱ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی نشان دادند که بکارگیری EST باعث کاهش شدت افسردگی گشته و اثرات پایداری بر کاهش افسردگی دارد. در پژوهشی مشابه نیز با ۶۶ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی نشان داده شد که فرایندهای تجربی در درمان مثل القا و فضاسازی هیجانی که در EST امری رایج می‌باشد، منجر به کاهش افسردگی می‌گردد(۲۳). در همین راستا، در چندین مطالعه اصلاح طرحواره‌های هیجانی- شناختی منجر به بهبودی افسردگی شده است (۲۷-۲۴). اما اکثر مطالعات ذکر شده بیشتر بر بعد شناختی طرحواره‌ها متمرکز شده‌اند و توجهی چندانی به بعد هیجانی طرحواره‌ها نشده است و جای خالی پژوهش‌ها در این حیطه احساس می‌شود. بنابراین، یکی از مهمترین اهداف پژوهشی حاضر تعیین اثربخشی EST بر شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می‌باشد چون ارتباط طرحواره‌های هیجانی با افسردگی به وفور نشان داده شده است(۱۷-۱۴). از سوی دیگر EST از دل درمان‌هایی بیرون آمده(درمان فراشناختی و درمان هیجان‌محور) که برای بیماران افسرده و مضطرب ابداع شده‌اند(۸،۹) اما هنوز مطالعات کافی به بررسی اثربخشی EST بر افسردگی نپرداخته‌اند و بررسی میزان اعتبار آن امری ضروری می‌باشد.

دومین هدف این مطالعه تعیین اثربخشی EST بر نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می‌باشد چون طبق مدل طرحواره‌های هیجانی نشخوار فکری علاوه بر اینکه خود یک طرحواره هیجانی به حساب می‌آید بلکه باعث تشدید طرحواره‌های هیجانی دردسرساز نیز می‌گردد(۴). در این راستا، دانشمند، ایزدیخواه و همکاران(۲۸) نشان دادند که بکارگیری EST منجر به کاهش طرحواره های هیجانی ناسازگار می‌شود ولی اثر معنی‌داری بر نشخوار فکری ندارد. درحالیکه رضایی و همکاران(۲۲) اخیراً نشان دادند که EST منجر به کاهش نشخوار فکری می‌گردد. به‌طور کلی، از آنجا هنوز مطالعات کافی به بررسی اثربخشی EST نپرداخته‌اند و همچنین در بین بعضی از مطالعات در اثربخشی EST بر نشخوار فکری تناقض وجود دارد(۲۲،۲۸) نیاز به مطالعات بیشتری در این حیطه احساس می‌شود.

بنابراین، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا طرحواره درمانی هیجانی به طور معنی‌داری منجر کاهش شدت افسردگی و نشخوار فکری می‌شود؟

روش بررسی

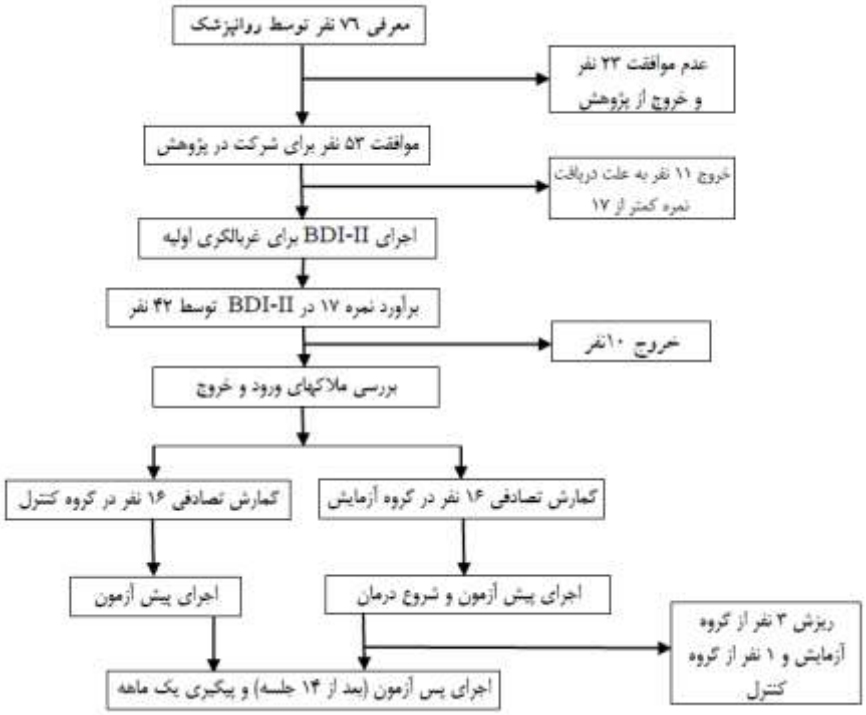
پژوهش حاضر، کاربردی و از نوع آزمایش کنترل شده تصادفی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون پیگیری می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بودند که در فصول زمستان ۱۳۹۳ و بهار و تابستان ۱۳۹۴ به مرکز مشاوره رهیار بهارستان تهران و بخش روانپزشکی بیمارستان امام حسین مراجعه کرده بودند. با استفاده از جدول محاسبه نمونه کوهن(cohen) (۲۹، ص ۴۱۴) ۳۲ نفر(۱۲ مرد و ۲۰ زن) با حجم اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۹۸ در سطح ۰/۰۵ با

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

میانگین سنی ۸/۶۱±۳۱/۹۲ به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود عبارت بود از: دریافت نمره حداقل ۱۷ در نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک، پُرکردن فرم رضایت آگاهانه، قادر به شرکت در مطالعه طبق جدول زمانی ارائه شده، داشتن تحصیلات حداقل دیپلم، دریافت تشخیص اختلال افسردگی اساسی و عدم استفاده از دارودرمانی و روان‌درمانی در ۶ ماه گذشته. ملاک‌های خروج نیز شامل دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی و اسکیزوتایپال، وجود نشانه‌های روانپریشی، اعتیاد به مواد، وجود نشانه‌های شدید کندی روانی- حرکتی، وجود خطر بالای خودکشی، ابتلا یا سابقه وجود و وجود آسیب مغزی یا سایر بیماری‌های جسمانی بود.

پژوهش حاضر در چندین مرحله اجرا گردید که شکل ۱ روند آن را نشان می‌دهد.



شکل۱: مراحل انتخاب نمونه و اجرای پژوهش

همان‌طوری که شکل ۱ نشان می‌هد، ۳۲ نفر که ملاک‌های پژوهش حاضر را برآورد کردند به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی(۱۶ نفر) و گروه کنترل(۱۶ نفر) گماشته شدند. سپس نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک(BDI-II) و مقیاس پاسخ‌های نشخواری(RRS) در اولین جلسه به عنوان خط پایه اول و دو هفته بعد به عنوان خط پایه دوم اجرا گردید. در طول این دو هفته هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. بعد از اتمام سنجش خطوط پایه فرایند اصلی مداخله برای گروه آزمایش توسط دانشجوی دکترای روانشناسی و با راهنمایی دو تن از اساتید روانشناسی شروع شد. بعد از ۱۵ جلسه، بر اساس دو مقیاس یاد شده از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. در نهایت، یک ماه بعد از مداخله در مرحله پیگیری هر دو گروه یکبار دیگر به‌وسیله دو مقیاس افسردگی و پاسخ‌های نشخواری مورد سنجش قرار گرفتند. البته در فرایند مطالعه ۴ نفر(۳ نفر از گروه آزمایشی و یک نفر از گروه کنترل) ریزش کردند و تعداد نمونه به ۲۸ نفر تقلیل یافت. داده‌ها نیز با استفاده آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته و به‌وسیله نسخه ۱۹ نرم‌افزار SPSS انجام گردید. موضوعات و محتوای درمان در جدول ۱ آورده شده است.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

جدول ۱: موضوعات و محتوای طرحواره درمانی هیجانی

مراحل	موضوعات	محتوای مداخله
۱	سنجش	سنجش خط پایه اول، امضای قرارداد رفتاری شرکت پژوهش، تعیین زمان حضور برای سنجش خط پایه دوم و شروع مداخله
۲	سنجش، تبیین افسردگی در قالب طرحواره های هیجانی	سنجش خط پایه دوم، تبیین افسردگی بر اساس الگوی طرحواره‌های هیجانی، مفهوم‌بندی طرحواره‌های هیجانی، تمرین منزل: پرکردن پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی لیهی
۳	بررسی تمرین منزل، شناسایی طرحواره‌های هیجانی دردسرساز	درجه‌بندی باورهای هیجانی غلط، مواجه‌سازی با باورهای هیجانی غلط، ارایه نظریه‌ای درباره هیجان، ارایه الگویی از هیجان به بیمار، تمرین منزل: ثبت هیجان
۴	بررسی تمرین منزل، شناسایی طرحواره های هیجانی دردسرساز، چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز	بررسی معایب و مزایای اعتقاد به باورهای هیجانی، برچسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل، تمرین منزل: ثبت مزایا و معایب این طرحواره که هیجان‌های من غیر طبیعی هستند و بررسی اینکه آیا افراد دیگری نیز این هیجان‌ها را تجربه می‌کنند.
۵	بررسی تمرین منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز	افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان، تمایز میان هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی(affective forecasting)، تمرین منزل: مشاهده و توصیف هیجان
۶	بررسی تمرین منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، پذیرش بنیادین احساسات	پذیرش بنیادین احساسات، درهم شکستن همانندسازی با افکار، تشکر از ذهن، استعاره هیولای داخل اتوبوس، همجوشی‌زدایی، معرفی تمرین نامه نگاری دلسوزانه، تمرین منزل: نامه‌نگاری دلسوزانه
۷	بررسی تمرین منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، پذیرش بنیادین احساسات	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه‌نگاری دلسوزانه
۸	بررسی تمرین منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی، اعتباریابی هیجانی	بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی، شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرحواره‌های هیجانی اعتبارزدا، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبارزدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، تمرین منزل: اعتباربخشی دلسوزانه به خویشتن
۹	بررسی تمرین منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی، اعتباریابی هیجانی	شناسایی پاسخ های مشکل‌زا به اعتبارزدایی، ابداع راهبردها و اقدامات انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، آموزش روش‌های دریافت حمایت اجتماعی، بررسی تاریخچه‌ای اعتبارزدایی، تمرین اعتبار بخشی دلسوزانه به خویشتن، تمرین منزل: اعتباربخشی دلسوزانه به خویشتن
۱۰	بررسی تمرین منزل، تقویت پردازش هیجانی	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضاسازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف، تمرین توجه‌اگاهی انفصالی نسبت به هیجانات و افکار، تمرین منزل: در جستجوی هیجان‌های مثبت، ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی و تمرین توجه‌اگاهی انفصالی
۱۱	بررسی تمرین منزل، رنجش سودمند (Constructive Discomfort) و بازسازی شناختی	تمرین توجه‌اگاهی انفصالی، بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی(Successful imperfection)، شناسایی افکار خودآیند، تمایز افکار از احساسات، فن پیکان رو پایین، فاجعه‌زدایی، تمرین منزل: تمرین توجه‌اگاهی انفصالی و دسته بندی افکار منفی
۱۲	بررسی تمرین منزل، بازسازی شناختی	ارزیابی و چالش با افکار، استفاده از تکنیک‌های تعریف واژه‌ها، بررسی شواهد، وکیل مدافع، ایفای نقش هر دو جنبه فکر، تمایز رفتار از شخصیت، تمرین منزل: ارزشیابی برچسب‌های منفی
۱۳	بررسی تمرین منزل، همه‌جانبه‌نگری	آموزش همه‌جانبه‌نگری با استفاده از تکنیک‌های پیوستارنگری، معیارهای دوگانه، نگاه کردن به مشکل از بالکن، از اعتبار انداختن مقایسه‌ها، تمرین منزل: تمرین معیارهای دوگانه
۱۴	جمع بندی و ارزیابی	روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام تمرین‌های خانگی، اجرای نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و اجرای مقیاس پاسخ‌های نشخوار (RRS) به عنوان پس‌آزمون
۱۵	سنجش	پیگیری: اجرای نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و اجرای مقیاس پاسخ‌های نشخوار (RRS) به منظور بررسی پایداری اثرات مداخله

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

ابزار پژوهش برای این مطالعه عبارت بود از پرسشنامه افسردگی بک-۲(BDI-II)، مقیاس پاسخ های نشخواری (RRs: ruminative response scale) و مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو DSM-IV-TR (SCID-I و SCID-II).

BDI-II برای سنجش شدت افسردگی از ۲۱ ماده تشکیل شده است. هر ماده نمره‌ای بین صفر(نشانه سلامت روان) تا ۳(نشانه حاد و عمیق بودن افسردگی) دارد و هر فرد می‌تواند نمره بین صفر تا ۶۳ را بگیرد. Beck و همکاران(۳۰) ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ را برای گروه بیمار ۰/۸۶گزارش کرده‌اند. در ایران نیز دابسون و محمدخانی(۳۱) ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به‌دست آورده‌اند. رجبی، عطاری و حقیقی(۳۲) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند.

RRS نیز ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر عبارت را در مقیاسی از ۱(هرگز) تا ۴(اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. آلفای کرونباخ آن در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد(۳۳). در ایران نیز باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبایی(۳۴) هبستگی آن با پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۵۶ برآورد کرده‌اند. همچنین حسنوندی، ولی‌زاده و مهرابی‌زاده هنرمند(۳۵) آلفای کرونباخ ۰/۸۶ را برای آن گزارش کرده‌اند.

SCID-I برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر(Clinical version)(SCID-CV) و نسخه پژوهشی می‌باشد که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده گردید. این نسخه، اختلال‌هایی که در کلینیک ها شایع‌تر هستند را پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد. در این نسخه هر کدام از ماده ها به سه صورت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌گردند و شش حوزه اختلالات(دوره‌های خلقی، نشانگان روانپریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد(۵۰). CID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت(محور دو) بکار می‌رود و تمامی اختلالات را مربوطه پوشش می‌دهد. در این ابزار نشانه‌ها با چهار علامت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، ۱ (عدم وجود نشانه)، ۲ (پایین‌تر از حد آستانه)، ۳ (در حد آستانه) علامت‌گذاری می‌شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون طبقه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است(۳۶). همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا۰/۹۴ گزارش گردیده است(۳۶).

نتایج

بررسی اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که دامنه سنی آزمودنی‌ها بین ۲۶ تا ۴۶ قرار داشت. به‌علاوه، میانگین سنی گروه آزمایش ۹/۷۰±۳۴/۸۴ و میانگین سنی گروه کنترل ۶/۷۴±۲۹/۰۰ بود ولی این تفاوت معنی‌دار نبود($p>0/05$، $t_{۲۶}=1/87$). همچنین میانگین تحصیلات گروه آزمایش ۲/۶۰±۱۴/۱۲ و گروه کنترل ۲/۷۷±۱۳/۸۴ بود که به لحاظ آماری معنی‌دار نبود($p>0/05$). جدول ۲ سایر اطلاعات جمعیت‌شناختی را بر اساس عضویت گروهی نشان می‌دهد.

جدول ۲: توزیع فراوانی وضعیت تأهل، دوره‌های افسردگی و جنسیت بر اساس گروه‌های مورد مطالعه

		وضعیت تأهل			دوره‌های افسردگی			جنسیت	
گروه‌ها	شاخص‌ها توصیفی	مجرد	متأهل	مطلقه	یک دروه	دو دوره	بیش از دو دوره	مرد	زن
آزمایش	فراوانی (درصد)	۷ (۵۳/۸)	۴ (۳۰/۸)	۲ (۱۵/۴)	۳ (۲۳/۱)	۵ (۳۸/۵)	۵ (۳۸/۵)	۸ (۶۱/۵)	۵ (۳۸/۵)
کنترل	فراوانی (درصد)	۱۲ (۸۰)	۳ (۲۰)	۰ (۰)	۵ (۳۳/۳)	۷ (۴۶/۷)	۳ (۲۰۱)	۳ (۲۰)	۱۲ (۸۰)

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

آزمون مجذور کای تفاوت معنی‌دار بین دو گروه در متغیرهای وضعیت تأهل و تعداد دوره‌های افسردگی نشان نداد (p>۰/۰۵) ولی تعداد مردها در گروه آزمایش و زن‌ها در گروه کنترل به‌طور معنی‌داری بیشتر بودند(۰/۰۵>، x^2_1=۵/۰۴). جدول ۲ اطلاعات توصیفی گروه‌ها در روند درمان را نشان می‌دهد.

جدول ۳: اطلاعات توصیفی گروه‌ها

مرحله	متغیرهای وابسته	گروه	میانگین (انحراف معیار)	تعداد
خط پایه اول	افسردگی	آزمایش	۳۰/۶۱ (۵/۹۵)	۱۳
		کنترل	۲۹/۲۶ (۳/۸۹)	۱۵
	نشخوار فکری	آزمایش	۵۴/۹۳ (۸/۶۳)	۱۳
		کنترل	۵۴/۰۷ (۸/۰۸)	۱۵
خط پایه دوم	افسردگی	آزمایش	۲۹/۶۱ (۶/۳۵)	۱۳
		کنترل	۲۸/۵۳ (۴/۱۷)	۱۵
	نشخوار فکری	آزمایش	۵۳/۷۷ (۸/۷۶)	۱۳
		کنترل	۵۳/۵۳ (۷/۹۵)	۱۵
پس‌آزمون	افسردگی	آزمایش	۱۳/۹۲ (۴/۳۱)	۱۳
		کنترل	۲۳/۲۶ (۵/۲۴)	۱۵
	نشخوار فکری	آزمایش	۳۴/۳۸ (۲/۶۶)	۱۳
		کنترل	۴۸/۴۰ (۸/۵۶)	۱۵
پیگیری	افسردگی	آزمایش	۱۴/۷۷ (۴/۲۲)	۱۳
		کنترل	۲۷/۷۳ (۳/۸۶)	۱۵
	نشخوار فکری	آزمایش	۴۲/۶۹ (۶/۰۳)	۱۳
		کنترل	۵۰/۰۶ (۸/۱۸)	۱۵

همان‌طوری که جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت چندانی بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای شدت افسردگی و نشخوار فکری در دو خط پایه وجود ندارد ولی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت قابل ملاحظه‌ای بین دوگروه در متغیرها مشاهده می‌شود.

قبل از اینکه تجزیه و تحلیل اصلی داده‌ها انجام گیرد، ابتدا معادل‌بودن نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در دو مرحله خط پایه اول و دوم به‌وسیله آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مورد بررسی قرار گرفت و نتایج آن نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین دو گروه در ترکیب خطی متغیرهای وابسته وجود ندارد(P=۰/۸۹۷، $F_{(۴ \text{ و } ۲۳)}$=۰/۲۶، ۰/۹۶=لامبدای ویلکز). سپس مفروضه‌های تحلیل واریانس آمیخته مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج آزمون شاپیرو- ویلک با درجه آزادی ۲۸ نشان داد شدت افسردگی در تمام مراحل و نشخوار فکری در خط پایه دوم و پیگیری دارای توزیع به‌هنجار می‌باشند(P>۰/۰۵). ولی نشخوار فکری در مرحله خط پایه اول و پس‌آزمون توزیع به‌هنجار ندارد(P<۰/۰۵) با این وجود آزمون تحلیل واریانس آمیخته نسبت به این تخطی مقاوم می‌باشد. همچنین آزمون ام‌باکس نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس برای شدت افسردگی و نشخوار فکری رعایت نشده(P<۰/۰۵) و برای جبران آن می‌توان به جای تکیه بر لامبدای ویلکز از شاخص اثر پیلایی استفاده کرد. به‌علاوه، بررسی مفروضه کرویت نیز نشان داد که این مفروضه نیز برای شدت افسردگی و نشخوار فکری رعایت نشده(P<۰/۰۱) و باید در درجات آزادی اصلاحاتی صورت گیرد به‌همین دلیل در گزارش نتایج از عامل اپسیلون می‌توان به

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

تصحیح گرین هاوس گایزر تکیه کرد. آزمون لوین نیز نشان داد که همگنی واریانس متغیرهای وابسته در تمامی مراحل به جز خط پایه دوم نشخوار فکری($P<۰/۰۱$) رعایت گردیده است($P>۰/۰۵$).

بنابراین، داده‌ها برای تجزیه و اصلی آماده بود و نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که اثر تعاملی عضویت گروهی و زمان بر شدت افسردگی(۰/۷۳=مجذور اتا، $P=۰/۰۰۰۱$، $F_{(۳ ,\ ۲۴)}=۲۱/۶۷$، ۲/۷۲=اثر پیلایی) و نشخوار فکری(۰/۵۹=مجذور اتا، $P=۰/۰۰۰۱$، $F_{(۳ ,\ ۲۴)}=۱۱/۷۴$، ۱/۴۷=اثر پیلایی) معنی‌دار می‌باشد یعنی تغییرات نمرات شدت افسردگی و نشخوار فکری با گذشت زمان برای دو گروه یکسان نیست. جدول ۳ اثر تعاملی عضویت گروهی و زمان را برای هر کدام از متغیرهای وابسته به‌طور جداگانه نشان می‌دهد.

جدول ۴: آزمون اثرات درون‌گروهی

منبع واریانس	متغیر وابسته	نوع تصحیح	مجموع مجذورات درجه سوم	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آزمون
		با فرض کرویت	۱۱۱۱/۴۱	۳	۳۷۰/۴۷	۳۶/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
اثر تعاملی زمان	افسردگی	گرین هاوس گایزر	۱۱۱۱/۴۱	۱/۵۷	۷۰۶/۷۵	۳۶/۸۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸	۱
عضویت گروهی	نشخوار	با فرض کرویت	۱۰۳۴/۹۳	۳	۳۴۴/۹۷	۲۴/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱
	فکری	گرین هاوس گایزر	۱۰۳۴/۹۳	۱/۶۹	۶۱۲/۶۹	۲۴/۲۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۱

همان‌طوری که جدول ۴ نشان می‌دهد شدت افسردگی و نشخوار فکری با گذشت زمان برای دو گروه به‌صورت یکسان کاهش پیدا نکرده است. اکنون، برای بررسی معنی‌داری سطوح تغییرات در مراحل چهارگانه بر اساس عضویت گروهی به آزمون مقابله‌های درون‌گروهی می‌پردازیم. جدول ۵ نتایج آزمون مقابله‌های درون‌گروهی را نشان می‌دهد.

جدول ۵: آزمون مقابله‌های درون‌گروهی

منبع واریانس	متغیر وابسته	زمان سنجش	مجموع مجذورات درجه سوم	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذور اتا
		خط‌پایه اول در برابر خط‌پایه دوم	۰/۴۹	۱	۰/۴۹	۰/۱۱	۰/۷۴	۰/۰۰۴
		خط‌پایه اول در برابر پس‌آزمون	۷۹۶/۱۹	۱	۷۹۶/۱۹	۲۶/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰
		خط‌پایه اول در برابر پیگیری	۱۴۲۶/۶۸	۱	۱۴۲۶/۶۸	۶۴/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱
اثر تعاملی	افسردگی	خط‌پایه دوم در برابر پس‌آزمون	۷۶۵/۹۸	۱	۷۶۵/۹۸	۲۵/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۹
زمان		خط‌پایه دوم در برابر پیگیری	۱۳۷۴/۰۱	۱	۱۳۷۴/۰۱	۵۵/۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
عضویت گروهی		پس‌آزمون در برابر پیگیری	۹۱/۲۹	۱	۹۱/۲۹	۹/۵۹	۰/۰۰۵	۰/۲۷
		خط‌پایه اول در برابر خط‌پایه دوم	۲/۶۸	۱	۲/۶۸	۰/۷۲	۰/۴۰	۰/۰۳
		خط‌پایه اول در برابر پس‌آزمون	۱۵۴۰/۲۹	۱	۱۵۴۰/۲۹	۳۷/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹
		خط‌پایه اول در برابر پیگیری	۴۱۷/۸۰	۱	۴۱۷/۸۰	۱۶/۸۹	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
	نشخوار	خط‌پایه دوم در برابر پس‌آزمون	۱۴۱۴/۴۴	۱	۱۴۱۴/۴۴	۳۳/۸۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
	فکری	خط‌پایه دوم در برابر پیگیری	۴۰۳/۳۴	۱	۴۰۳/۳۴	۱۱	۰/۰۰۳	۰/۳۰
		پس‌آزمون در برابر پیگیری	۳۰۷/۱۵	۱	۳۰۷/۱۵	۱۵/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۸

همان‌طوری که جدول ۵ نشان می‌دهد دو گروه در زمینه تغییرات شدت افسردگی و نشخوار فکری از خط پایه اول تا دوم تفاوت معنی‌داری باهم ندارند($p>۰/۰۵$) ولی در سایر زمان‌های سنجش بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد($p<۰/۰۱$) که براساس داده‌های توصیفی جدول ۳ می‌توان گفت نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

کنترل در متغیرهای شدت افسردگی و نشخوار فکری کاهش یافته است.

بحث

این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی(EST) بر شدت افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام گرفت و یافته‌های حاصل از آن نشان داد که در مراحل خط پایه یک و دو تفاوت معنی‌داری بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای شدت افسردگی و نشخوار فکری وجود ندارد ولی در مرحله پس‌آزمون نمرات شدت افسردگی و نشخوار فکری گروه EST نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری را نشان داد و این کاهش نمرات در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. نتایج نهایی این پژوهش حاکی از آن است که EST می‌تواند به عنوان روش درمانی جدید و موثر برای کاهش شدت افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بکار رود.

با وجود اینکه مطالعات اندکی در راستای پژوهش حاضر انجام گرفته شده است ولی اثربخشی EST بر شدت افسردگی در این مطالعه همانند پژوهش‌های رضایی و همکاران(۲۲)، گرینبرگ(۸)، کارتر و همکاران(۲۷)، Watson و همکاران(۲۳)، Angus و همکاران(۲۴)، رنر و همکاران(۲۵) و Malogiannis و همکاران(۲۶) به تائید رسیه و اثربخشی EST بر نشخوار فکری با مطالعه رضایی و همکاران(۲۲) ولز(۹) و مالوگیانیس و همکاران(۲۶) همخوان می‌باشد. اما این اثربخشی EST بر نشخوار فکری با مطالعه دانشمند و همکاران(۲۸) ناهمخوان می‌باشد. در تبیین این ناهماهنگی می‌توان گفت، در مطالعه دانشمند و همکاران(۲۸) از مقیاس طرحواره‌های هیجانی Leahy برای سنجش نشخوار فکری استفاده گردیده است که فقط پنج سوال دارد و دامنه محدودی را می‌سنجد در حالیکه در پژوهش حاضر از مقیاس سبک پاسخدهی نشخواری استفاده گردید که دامنه بیشتری را می‌سنجد. همچنین آنها EST را با گروه متفاوتی از افراد یعنی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت بکار گرفتند در حالیکه در پژوهش حاضر از افراد مبتلا به افسردگی اساسی استفاده گردید.

تبیین اثربخشی EST بر شدت افسردگی بر پایه اصول پذیرش و شناختی امکان‌پذیر می‌باشد. بر اساس اصل پذیرش، EST همانند تمامی درمان‌های موج سوم در تلاش است تا بیماران به جای نشخوار فکری و اجتناب از هیجانات ایشان، آنها را بپذیرند(۴). بر این اساس، به افراد کمک می‌کند تا به جای سرکوبی هیجانات و احساسات خود، آنها را به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی خود پذیرفته و دیدگاه جدیدی نسبت به آنها اتخاذ کنند. همچنین با توجه مشابهت‌های EST و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) در اشتیاق به تجربه کامل رویدادهای شخصی و گسترش ظرفیت افراد برای مشاهده‌گری در این مدل درمانی فنون ذهن‌آگاهی مثل، توجه‌آگاهی انفصالی و همجوشی‌زدایی به منظور افرایش توانایی پذیرش بنیادین افراد استفاده می‌گردد. بدین صورت، اجرای تکنیک‌های ذهن‌آگاهی از طریق افرایش انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد منجر به تسهیل فرایند پذیرش هیجان‌ها و ارتقای موجودیت هشیار آنها شده و به آنها کمک می‌کند تا به جای مقابله‌های ناکارآمد با هیجانات منفی خود به مشاهده‌گری و پذیرش آنها بپردازند(۱۶). به عبارت دیگر، برای غلبه بر اجتناب تجربی و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد با هیجان در EST فنون مختلفی استفاده می‌شود. در لابه‌لای این فنون درمانگر به هیجان‌ها خوش‌آمدگویی می‌کند(مثل القای هیجان، به‌هنجارسازی)، به آنها به عنوان یک عنصر مهم برچسب می‌زند و انگیزه ابراز هیجانی را بالا می‌برد. در سطح شناختی نیز درمانگر با توضیح معایب اجتناب تجربی، مزایا و معایب راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تمایز افکار با هیجانات، واقعیت و شخصیت، فاجعه‌زدایی، وصل طرحواره‌های هیجانی به سایر باورهای ناکارآمد از طریق فن پیکان رو به پایین، افراد را به لحاظ شناختی آماده پذیرش هیجانات و افکارشان می‌کند. در این مسیر هرگاه بیمار دچار مشکل شود و از روبه‌رویی با هیجان‌های خود ترس داشته باشند درمانگر و مراجع درباره مراحل مواجه به هیجان با هم بحث می‌کنند و از طریق روش‌هایی مثل ثبت هیجان، ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی، فضاسازی هیجانی و سایر فنون، مراجع با هیجان‌های خویش مواجه می‌شود و به آگاهی و تقویت پردازش هیجانی می‌رسد(۷).

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

به‌طور کلی می‌توان گفت که وقتی فرد باورهای فراهیجانی غیرانطباقی(طرحواره‌های هیجانی) دارد معمولا نمی‌دانند که هم‌اکنون چه هیجانی را تجربه می‌کنند و چه نیازی دارند، وقتی آنها شروع می‌کنند تا هیجانات را با آغوش باز بپذیرند با آنها آشنا می‌شوند و بدیت ترتیب تحمل حالات عاطفی منفی و شدید را یاد می‌گیرند، فرایندی که Leahy و همکاران(۷) از آن به عنوان فرا آگاهی(Meta-Awareness) هیجانی یاد می‌کنند و آن را پیش‌نیاز افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌دانند.

در تبیین اثربخشی EST بر نشخوار فکری نیز می‌توان گفت، از آنجا که Leahy(۴،۵) نشخوار فکری را به عنوان یک طرحواره هیجانی معرفی می‌کند اصلاح آنها با فنون ذهن‌آگاهی و شناختی منجر به کاهش نشخوار فکری نیز می‌گردد. از سوی دیگر نشخوار فکری به عنوان یک راهبرد اجتنابی برای مقابله با هیجانات و افکار منفی تلقی می‌گردد که در این راستا، EST علاوه بر این که از طریق تغییر ساختار شناختی مراجع درباه ماهیت و معایب نشخواری بر کاهش آن کمک می‌کند(۶). همچنین، ایجاد ارتباط بین تجارب هیجانی با ارزش‌های برتر و اعتباربخشی باعث می‌شود افراد به جای نشخوار فکری، هیجانات ایشان را به‌عنوان انعکاسی از زندگی ارزشمند در نظر بگیرند و این عامل مهمی برای پذیرفتن هیجانات دردسرساز می‌باشد(۱۶).

به‌طور کلی، EST تلاش می‌کند تا در موارد زیر به بیمار کمک کند و از این طریق منجر به کاهش مشکلات آنها می‌گردد: شناسایی و افتراق انواع گوناگون هیجان‌ها، به‌هنجارسازی تجربه هیجانی، مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارتباطات بین‌فردی و نیازهای شخصی، شناسایی باورهای دردسرساز و طرحواره‌هایی که بیمار برای تفسیر، قضاوت، کنترل و اقدام درباره هیجان، از آنها استفاده می‌کند، گردآوری اطلاعات با استفاده از تکنیک‌های تجربی و ترتیب دادن آزمایش‌های هیجانی جهت ارایه پاسخ‌های مفیدتر به هیجان، ایجاد راهبردها و باورهای جدید، انعطاف‌پذیر و انطباقی‌تر نسبت به تجربه هیجانی(۷-۵) و در این راستا از فنون رفتاردرمانی شناختی و درمان‌های موج سوم استفاده می‌کند. همچنین، طرحواره درمانی هیجانی علاوه بر به چالش کشیدن طرحواره‌های هیجانی و پذیرش هیجان‌ها به دنبال افزایش فرا آگاهی هیجانی نیز می‌باشد، چون این عقیده وجود دارد که بیماران مبتلا به افسردگی دارای مشکلات پردازش هیجانی و ناخوانی هیجانی(alexithymia) (۳۷) می‌باشند. در نهایت می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان‌گران می‌توانند از EST به عنوان یکی از جدیدترین اشکال رفتار درمانی شناختی برای کاهش شدت افسردگی و نشخوار فکری و حتی درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی استفاده کنند.

این پژوهش مثل اکثر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های بود که مهمترین آنها عبارت‌اند از: روش نمونه‌گیری در دسترس و ریزش نمونه‌ها به‌ویژه در گروه آزمایش که مشکلات تعمیمی به‌وجود می‌آورد؛ استفاده از ابزارهای خودسنجی برای گردآوری داده‌ها که خطر سوگیری دارند و کافی نبودن مدت زمان دوره پیگیری. همچنین عدم دسرسی به تعداد مطلوب و یکسانی از شرکت‌کنندگان از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد چون همه افراد افسرده دوره‌های یکسان افسردگی را تجربه نمی‌کردند و حتی بعضی از آنها به اختلال ثانوی نیز مبتلا بودند. با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود EST با سایر اختلالات خلقی و روانی نیز بکار گرفته شود و به‌ویژه با درمان‌های موج سوم و درمان هیجان‌مدار مورد مقایسه قرار بگیرد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این پژوهش که طرحواره درمانی هیجانی توانست به طور معنی‌داری شدت افسردگی و نشخوار فکری را در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی کاهش دهد، از این پروتکل درمانی می‌توان در کنار سایر پروتکل‌های درمانی برای درمان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی استفاده کرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دوره دکتری رشته روانشناسی دانشگاه لرستان می‌باشد. نویسندگان مقاله از تمامی شرکت‌کنندگان و افرادی که به اجرای هرچه بهتر این پژوهش کمک کردند صمیمانه سپاسگزاری می‌نمایند.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

References:

1- Wittchen HU, Jacobi F. ***Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27studies.*** Eur Neuro psycho pharmacol 2005; 15(4): 357-76.

2- Holzel L, Harter M, Reese C, Kriston L. ***Risk factors for chronic depression-A systematic review.*** J Affect Disord 2011; 129(1): 1-13.

3- Sawyer MG, Harchak TF, Spence SH, Bond L, Graetz B, Kay D, et al. ***School-based prevention of depression: A 2-year follow-up of a randomized controlled trial of the beyond blue schools research initiative.*** Adolesc Health 2013; 47(3): 297-304.

4- Leahy RL. ***Model of emotional schemas.*** Cogn Behav Pract 2002; 9(3): 177-90.

5- Leahy RL. ***Emotional Schema Therapy: A Bridge Over Troubled Waters. In: Herbert JD, Forman EM, editors. Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies.*** New York: John Wiley & Sons; 2012. P. 154.

6- Leahy RL. ***Emotional schema therapy.*** New York: Guilford; 2015.

7- Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. ***Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's Guide.*** New York: Guilford press; 2011.

8- Greenberg LS. ***Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings.*** Washington, DC: American Psycho Asso 2015.

9- Wells A**.** ***Metacognitive therapy for anxiety and depression.*** New York: Guilford Press; 2011.

10- Leahy RL. ***Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder.*** Cogn Behav Pract 2007; 14(3): 297-302.

11- Mazloom M, Yaghubi H, Mohammadkhani S. ***Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation.*** J Individ Differ 2016; 88: 94-8.

12- Leahy RL. ***Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders.*** Cogn Behav Pract 2007; 14(1): 36-45.

13- Boogar IR, Farahnaz K, Tarbaran F. ***Investigating the relationships of emotional schema, cognitive-behavioral avoidance and cognitive-affective system with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder.*** Pejouhandeh 2013; 18(5): 267-76. [Persian]

144- Bayazi MH, Gohari Z, Seyed-Kaveh H, Arman A. ***The relationship between emotional schemas and anxiety, depression and coping stress styles in patients with coronary artery disease.*** J North Khorasan Univ Med Sci 2013; 5(2): 1091-98. [Persian]

15- Dashtban-jami S, Bayazi MH, Zaeimi H, Hojjat sk. ***The assessment of relation between emotional schemas and meta-cognitive believes and depression.*** J North Khorasan Univ Med Sci 2014; 6(2): 297-305. [Persian]

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

16- Leahy RL, Tirch DD, Melwani PS. ***Processes underlying depression: risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility.*** Int J Cogn Ther 2012; 5(4): 362-79.

17- Batmaz S, Kaymak SU, Kocbiyik S, Turkcapar MH. ***Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression.*** Compr Psychiat 2014; 55(7): 1546-55.

18- Riskind JH, Kleiman EM. ***Looming cognitive style, emotion schemas, and fears of loss of emotional control: Two studies.*** Int J Cogn Ther 2012; 5(4): 392-405.

19- Nolen-Hoeksema S. ***Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes.*** J Abnom Psychol 1991; 100(4): 569-82.

20- Wells A, Matthews G. ***Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model.*** Behav Res Ther 1996; 34(11): 881-88.

21- Greenberg LS, Pascual-Leone A. ***Emotion and psychotherapy: a practice-friendly research review.*** J Clin Psychol 2006; 62(5): 611-30.

22- Rezaei M, Ghadampur M, Rezaei M, Kazemi R. ***Effectiveness of Emotional Schema Therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder.*** J Clin Psychol 2016; 7(4): 45-58. [Persian]

23- Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P. ***Comparing the effectiveness of processexperiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression.*** J Consult Clin Psychol 2003; 71(4): 773-81.

24- Angus LE, Kagan F. ***Assessing client self-narrative change in emotion focused therapy of depression: An intensive single case analysis.*** Psychotherapy 2013; 50(4): 525-34.

25- Renner F, Arntz A, Leeuw I, Huibers M. ***Treatment for Chronic Depression Using Schema Therapy.*** Clin Psychol Sci Prac 2013; 20(2): 166-80.

26- 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 Psychiat 2014; 45(3): 319-29.

27- Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Frampton CM, Joyce PR. ***Psychotherapy for depression: A randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy.*** J Affect Disord 2013; 151(2): 500-05.

28- Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. ***The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect.*** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014; 22(5): 1481-94. [Persian]

29- Stevens JP. ***Intermediate Statistics: A Modern Approach. 3th ed.*** New York: Lawrence Erlbaum Asso; 2007. P.149.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

30- Beck AT, Steer RA, Brown GK. ***Manual of the Beck inventory-II.*** SanAntonio TX: psycho corporation; 2000.

31- Dabson E, Mohammadhkani P. ***Psychometric features of depression inventory-II in depressive disorders in partial remission.*** J Rehabil 2007; 29(8): 80-6. [Persian]

32- Rajabi G, Atari Y, Haghighi J. ***Factor analysis of Beck depression inventory in boy students of Shahid Chamran university.*** J Educ Psychol 2001; 8(3): 49-66. [Persian]

33- Just N, Alloy LB. ***The response style theory of depression: Test and an extension of the theory.*** J Abnorm Psychol 1997; 106(2): 221-29.

34- Bagherinegad M, Salehi-Federdi J, Tabatabai M. ***Relation between rumination and depression Iranian students.*** J Educ Psychol Stud 2010; 11(1): 21-38. [Persian]

35- Hasanvandi S, Valizadeh M, Mehrabizadeh Honarmand M. ***Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination.*** J Fundam Ment Health 2013; 15(1): 71-81. [Persian]

36- Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Barraco A, Bagnato M, Deborah D, et al. ***Inter-rater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0.*** J Pers Disord 1997; 11(3): 279.

37- Stuhrmann A, Suslow T, Dannlowski U. ***Facial emotion processing in major depression: a systematic review of neuroimaging findings.*** Biol Mood Anxiety Disord 2011; 1(1): 1-10.

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]

Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Severity of Depression and Rumination in People with Major Depressive Disorder

Mehdi Rezaee (PhD)*[*1], Firooze Ghazanfari (PhD)[2], Fateme Rezaee (PhD)[3]

[1] *Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran.*
[2,3] *Lorestan University, Khoramabad, Iran.*

Received: 21 Dec 2015 ***Accepted:*** 10 Mar 2016

Abstract

Introduction: The emotional schema model emphasises on mind rumination and other emotional schemas in depression. This study aimed to determine the effectiveness of Emotional Schema Therapy (EST) on severity of depression and rumination in people with major depression disorder.

Methods: This was a randomized controlled trial study using pre-test and post-test-follow up with the control group. Among all patients with major depressive disorder visited in Imam Hossein hospital and Rahyar clinic of Tehran, 32 patients were selected through inclusion or exclusion criteria and convenience sampling then they were randomly assigned into two equal groups; experimental (16 persons) and control (16 persons). Experimental group experienced 14 weeks of emotional schema therapy, while the control grouprecieved no treatment intervention. Revised Beck depression inventory (BDI-II) and ruminative response scale (RRS) were used in base lines, post-test and follow up as the assessment instruments. Data were analyzed by mixed analysis of variance via $SPSS_{19}$ software.

Results: The results of this research showed that the means of depression and rumination in the experimental group were reduced significantly in comparison with the control group in post-test and follow up ($P<0.05$).

Conclusion: The study findings proposed that Emotional Schema Therapy can be used as an effective intervention in order to reduce the depression and mind rumination in people with major depressive disorder.

Keywords: Emotional Schema Therapy; Depression; Rumination

This paper should be cited as:

Mehdi Rezaee, Firooze Ghazanfari, Fateme Rezaee. ***Effectiveness of emotional schema therapy on severity of depression and rumination in people with major depressive disorder.*** J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2016; 24(1): 41-54.

Corresponding author: Tel: 09383354916, email: rezaee.mehdi15@yahoo.com

[Downloaded from jssu.ssu.ac.ir on 2026-11-19]