مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی
تابستان ۱۳۹۳؛۶(۲):۳۰۵-۲۹۷

Journal of North Khorasan University of Medical Sciences
Summer2014;6(2): 297-305

مقاله پژوهشی

بررسی رابطه طرحواره های هیجانی و باورهای فراشناختی با افسردگی در مراجعه کنندگان به مراکز خدمات روانشناختی ومشاوره ایی شهرستان تربت جام

سعید دشتبان جامی[۱]، محمد حسین بیاضی[۲]، حسین زعیمی[۳]، سید کاوه حجت[۴][*]

[۱] کارشناس ارشد روان شناسی بالینی ،دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران
[۲] دکتری روانشناسی سلامت، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران
[۳] کارشناس ارشد مشاوره، مربی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران
[۴] استاد یار روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، مرکز تحقیقات اعتیاد وعلوم رفتاری، بجنورد، ایران
[*]**نویسنده مسئول**: مرکز تحقیقات اعتیاد وعلوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد،ایران
پست الکترونیک: S.kavehhojjat1@gmail.com

وصول: ۹۲/۷/۱ اصلاح: ۹۲/۷/۲۷ پذیرش:۹۲/۹/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: *افسردگی یکی از شایع ترین بیماریهای دنیا می باشد. اغلب افراد افسرده در بیان و ابراز احساسات خود دچار مشکل هستند. روانشناسان معتقدند وجود هیجانات منفی و نگرش شناختی خاص انها به زندگی می تواند هم در ایجاد افسردگی و هم تشدید ان دخالت داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه باورهای فراشناختی و طرحواره های هیجانی با افسردگی انجام شد.*

مواد و روش کار: *در این مطالعه توصیفی- همبستگی، ۱۲۰ نفر(۶۰ مرد و۶۰ زن) از بین افراد مراجعه کننده به مراکز خدمات روان شناختی و مشاوره ای شهر تربت جام، به روش نمونه گیری دردسترس انتخاب و به پرسشنامه های افسردگی بک[۱] (BDI)، باورهای فراشناختی ولز و کاترایت- هاتون[۲](MCQ- 30) و طرحواره های هیجانی لیهی[۳] (LESS) پاسخ دادند. داده ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام و با نرم افزار SPSS 19 و ضریب اطمینان ۹۹ درصد تحلیل شد.*

یافته ها: *بین باورهای فراشناختی (باورهای مثبت درباره نگرانی و خود آگاهی شناختی) و طرحواره های هیجانی (طرحواره های تایید، طول مدت احساسات قوی، عقلانیت - ضدهیجانی و طرحواره توافق عمومی) با افسردگی در سطح $p \leq ۰/۰۱$ رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. رگرسیون گام به گام نشان داد، اثر باور فراشناختی خودآگاهی شناختی و پنج طرحواره هیجانی (طرحواره های تایید، سرزنش، توافق عمومی و قابل درک بودن و گناه)، به میزان۷۱/۲ افسردگی را پیش بینی می کنند.*

نتیجه گیری: *مفهوم طرحواره نقش مهمی را در درمان افسردگی اساسی بازی می کند. اهمیت محیط اجتماعی و دلبستگی ایمن در افسردگی باعث شده است؛ که به تمایز بیشتری در مورد نوع طرحواره نیاز داشته باشیم و به موضوعات بین فردی و رشدی در شکل گیری و تداوم طرحواره بیشتر توجه کنیم.*

واژه های کلیدی: *باورهای فراشناختی، طرحواره های هیجانی، افسردگی*

1 - Beck Depression Inventory
2 -Meta cognitive Questionnaire
3 -Leahy emotional schemas scale

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

مقدمه

نتایج حاصل از مطالعات همه گیر شناسی، افسردگی را شایع ترین اختلال روان پزشکی گزارش نموده اند [۱]، از سویی به دلیل اینکه تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها از این طریق به زندگی خود خاتمه می دهند، اهمیت توجه به افسردگی به عنوان یکی از اختلالات مهم روان شناختی آشکار می شود [۲].

تلاش برای دیدن، شنیدن و درک تجربه لحظه به لحظه مراجعان، برای درمانگران اهمیت دارد. تسهیل این فرآیند تجربی در مراجعان، مهمتر از تلاش برای تعدیل شناخت ها یا رفتارهای آنان است. وقتی درمانگر، قادر به تصدیق تجربه مراجعان باشد، آنها برای خلق معنای جدید، کاملاً احساس امنیت می کنند. به عبارت دیگر، تدارک رابطه ای توام با همدلی و احترام، حمایت لازم را برای مراجعان فراهم می کند و به آنها امکان تجربه دامنه ای از احساسات را می دهد که در غیر این صورت بازداری می شد، و تجربه این احساسات به نوبه خود به آنان امکان تعدیل الگوهای تفکر و عمل را می دهد. تمرکز بر حیطه شناختی و چالش کردن با عقاید اشتباه، پیش از آنکه مراجعان احساس کنند که آنها را درک کرده ایم، می تواند یک اشتباه باشد [۳].

بسیاری از انسان ها به خاطر مشکلات ارتباطی در جستجوی درمان هستند، همچنین در بسیاری از اختلالات روانی شناخته شده مشکلات بین فردی دیده می شود. اغلب مشکلات بین فردی که افراد تجربه می کنند تحت تاثیر شیوه تصور آنها در مورد خود و دیگران است. این شیوه تصور، طرحواره[1] نامیده می شود. یانگ[2] معتقد است که طرحواره ها به دلیل ارضا نشدن نیاز های هیجانی اساسی دوران کودکی به وجود می آیند که این نیاز ها عبارتند از: دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، کفایت و هویت، آزادی در بیان نیازها و هیجان های سالم، خود انگیختگی و تفریح، محدودیت های واقع بینانه و خویشتن داری [۴].

1 - Schema
2 - Young

در مدل فراشناختی به فرمول بندی پردازش شناخت درونی، قوانین و مکانیسم هایی که موجب می شود تا بیماران به تعبیر و تفسیر باورهای ناسازگار بپردازند، توجه می شود. در این الگو، علاوه بر توجه به محتوای فکر به چگونگی فکر کردن افراد نیز توجه می شود. آنان، اختلال هیجانی را به فراشناخت و شکل تفکردر آسیب پذیری هیجانی مرتبط می سازند [۵].

لیهی[3] مدلی برگرفته از مدل فراشناخت ولز و همکارانش بوجود آورده و طرحواره های هیجانی را به عنوان الگو ها، روش ها و راهبرد هایی که در پاسخ به یک هیجان استفاده می شوند، تعریف کرده است. وقتی هیجان و احساسی ظاهر می گردد، گام اول توجه به آن احساس است، گام دوم در مدل لیهی اجتناب شناختی و هیجانی از آن احساس است. این اجتناب ممکن است به صورت گسستگی، شراب خواری و مصرف الکل رخ دهد [۶].

ولز در درمان فراشناختی[4] برا ی افسردگی اساسی روی فهم علل نشخوار فکری[5] متمرکز شده است و درمان او شامل راهبردهایی است که مستقیما نشخوار فکری را هدف قرار می دهند، همچنین درمان مشتمل بر فنونی برا ی چالش با باورهای فراشناختی منفی[6](در مورد غیر قابل کنتر ل بودن افکار افسرده کنند ه و باورها ی فراشناختی مثبت[7] (در مورد ضرورت انجام نشخوار فکری برای مقابله و یافتن پاسخ) است و با تکنیکهای آموزش توجه[8] ترکیب می شود[۷].

طرحواره های هیجانی ساختارهای روانی هستند که به شخصیت فرد شکل می دهند و بر روی تعامل با دیگران، تجربه هیجانی[9] و تفسیر واکنش های ما تاثیر می گذارند. در طول دوره کودکی طرحواره های هیجانی ، مانند یادگیری های کودک برای تعامل و تنظیم هیجانی[10] از طریق تعاملات با مراقبان مهم رشد می یابند. از طریق فعالیت های اولیه مانند بازی و تغذیه کودک شروع به

3 - Leahy
4 -Meta cognition-
5 -Rumination
6- Negative meta-cognitive beliefs
7 - Positive meta-cognitive beliefs
8 - Attention training techniques
9 - Emotional experience
10 - Emotion Regulation

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

تجربه هیجان ها در محیط وتعامل با دیگران می کند. تکرار تعاملات بین فردی ازاین نوع به کودک کمک می کند یک شخصیت منحصر به فرد هیجانی پدید آورد و زمینه را برای تعامل موثر وامید به برقراری ارتباط بین فردی در آینده فراهم کند. طرحواره ها ی هیجانی مانند دیگر طرحواره های حافظه، بر اساس اطلاعات مشابه فراوان و یا تجربیات تکرار شده از گذشته فرد گرفته شده اند. این طرحواره ها توسط عواطف بنیادی مانند تجربیات جسمی، حسی و حرکتی مورد تبیین قرار می گیرند [۸]. هنگامی که این هیجان ها در محدوده رابطه درون فردی[1] روی می دهند طرحواره های هیجانی فرد از هیجان اطلاع می یابند، بنابراین بر روشی که افراد به هیجان درونی خود می پردازند، تاثیر می گذارد [۹].

مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی (LESS) برای تعیین باور ها ونگرش افراد نسبت به احساساتشان ساخته شده است. با این مقیاس در مانگر می تواند طرحواره های هیجانی مراجع را تعیین کند و همچنین درمانگر می تواند نگرش های مراجع را نسبت به احساسات خودش را، با وضوح بیشتری درک کند [۱۰].

برای تبیین آسیب شناسی اختلال های هیجانی از دیدگاه شناختی بخش بزرگی از بررسی ها، نظریه ها و الگوهای آسیب شناسی شناختی بر تبیین اختلال های هیجانی بر پایه پردازش شناختی اطلاعات هیجانی متمرکز شده اند. این، پژوهش ها و الگوها به طور کلی دریافته اند که ساختار های شناختی، دست اندرکار ساخت فعالانه ادراک و تجربه هستند. تجارب هیجانی برآیند این فعالیت می باشند. ولی پژوهشگران در زمینه جزییات این فرآیند اتفاق نظر ندارند. برخی از آنها براین باورند که عنصر اصلی درپردازش شناختی، حالت های هیجانی هستند. نظریه هایی هستند که باوردارند عنصر کلیدی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی، ویژگی ها و باورها و تجارب هیجانی بنیادین فرد است برای نمونه نظریه طرحواره بر این باور است که شناخت ها و طرحواره ها خاستگاه آغازین پردازش بوده و پردازش شناختی به کمک طرحواره های موجود در فرد هدایت می شوند [۱۱]. مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط بین طرحواره های هیجانی و باورهای فرا شناختی با افسردگی و اینکه کدامیک از طرحواره های هیجانی و باورهای فرا شناختی پیش بینی کننده بهتری از افسردگی در بین بیماران افسرده است.

روش کار

طرح تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی- همبستگی که با هدف بررسی میزان پیش بینی متغیر افسردگی توسط هریک از ابعاد طرحواره های هیجانی و ابعاد باور های فراشناختی انجام شد.

جامعه آماری شامل همه افراد مراجعه کننده به مراکز خدمات روان شناختی و مشاوره شهرستان تربت جام در فاصله زمانی بین فروردین تا مرداد ۹۲بود و نمونه مورد مطالعه شامل ۱۲۰ (۶۰ نفر مرد) از افراد جامعه مذکور با دامنه سنی۲۴تا۴۰ و میانگین تحصیلات فوق دیپلم بود که با روش نمونه گیری در دسترس و از طریق اجرای مصاحبه انتخاب شدند

ابزار گردآوری اطلاعات شامل: پرسشنامه افسردگی بک، این پرسشنامه ۲۱ سؤال دارد و آزمودنی یکی از چهار گزینه را که نشان دهنده شدت افسردگی است، انتخاب می کند. به هر سؤال نمرهای بین ۰ تا ۳ اختصاص یافته و کل پرسشنامه دامنه ای از نمرات ۰ تا ۶۳ خواهد داشت. فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون اعتبار این پرسشنامه را محاسبه کردند که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶، ضریب ثبات درونی ۰/۹۲ و ضریب پایایی ۰/۹۴ گزارش شده است [۱۳]. همچنین در یک نمونه ۹۶ نفری در ایران ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ درصد و پایایی بازآزمایی در طی یک هفته ۰/۹۶ درصد گزارش شده است [۷].

مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی (LESS)، این پرسشنامه دارای۵۰ سئوال است که درمقیاس ۶ درجه ای لیکرت (۱: درباره من کاملاً اشتباه است . تا ۶: درباره من کاملاً درست است) محاسبه می شود. دامنه نمرات از ۰ تا ۲۵۰ خواهد بود. بطور کلی مشخص می کند که فرد درطی ماه گذشته با احساس ها و هیجان های خود چگونه برخورد می کند. اگرچه تا به امروز مطالعه ای بر روی اعتبار نسخه اصلی (LESS) انجام نشده تحقیقات نشان داده که در نسخه ترکیLESS ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب اعتبار دو نیمه مقیاس برابر ۰/۷۰ است

1-Interpersonal

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

[۱۰]. لیهی گزارشی از اعتبار و روایی LESS ندارد. اما او گزارش کرده که روایی همگرایی بین LESS و BDI و BAI وجود دارد [۱۴]. لیهی ۱۴ طرحواره هیجانی را پیشنهاد کرد که شامل: تایید[1]، قابل درک بودن[2]، گناه[3]، دیدگاه ساده درمورد هیجان[4]، ارزشهای بالاتر[5]، قابل کنترل[6]، کرختی[7]، عقلانیت – ضد هیجانی[8]، طول مدت احساسات قوی[9]، توافق عمومی[10]، پذیرش احساسات[11]، نشخوار ذهنی[12]، ابراز[13] و سرزنش[14] است [۱۵].

پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز: این پرسشنامه که توسط ولز و کاترایت- هاتون[15] (۲۰۰۴) ساخته شده است، ۳۰ آیتم دارد. پاسخ ها در این مقیاس بر پایه مقیاس چهار درجه ای لیکرت (۱=موافق نیستم تا ۴=خیلی زیاد موافقم) محاسبه می شود. این مقیاس دارای پنج خرده مقیاس است: (۱) باورهای مثبت درباره نگرانی، (۲) باورهایی درباره کنترل ناپذیری و خطر افکار[16]،(۳) باورهایی درباره اطمینان شناختی[17]، (۴) باورهایی درباره نیاز به کنترل افکار[18] و (۵) وقوف شناختی[19]. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی باز آزمایی آن به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸گزارش شده است [۱۶]. سازندگان این پرسش نامه، آلفای کرونباخ (۳۶= N) را به ترتیب در مورد خرده مقیاس های اول تا پنجم ۰/۸۷ و ۰/۸۰ و ۰/۸۰و ۰/۷۴ و ۰/۷۰ گزارش دادند [۱۷]. در ایران، ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۷۸و پایایی بازآ زمایی این آزمون ر ا در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳گزارش شده است [۱۸].

برای اجرای پژوهش پس از معرفی هدف پژوهش به مراجعه کنندگان و جلب رضایت آنها، برای کسانی که موافقت خود را جهت شرکت در پژوهش اعلام کردند، راهنمای پاسخ به پرسش نامه ها خوانده و در صورت نیاز توضیح درباره پرسش نامه ها ارایه می شد. پس از بررسی صحت اطلاعات مندرج در پرسشنامه ها و استخراج داده ها ، نمرات بدست آمده به وسیله نرم افزار SPSS ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل نتایج و بررسی داده ها از روش آماری همبستگی پیرسون و رگرسیون گام به گام استفاده شد.

یافته ها

میانگین سنی نمونه مورد مطالعه ۲۸/۷۳ سال می باشد که میانگین سنی مردان، کمی بیش از زنان می باشد. به لحاظ میزان تحصیلات، میانگین دو گروه تقریباً یکسان و معادل تحصیلات فوق دیپلم می باشد. ۴۵ نفر را افراد متأهل و ۱۵ نفر را افراد مجرد تشکیل می دهد.

جدول ۲، نشان می دهد بجز طرحواره هیجانی قابل درک بودن، بین دیگر طرحواره ها با افسردگی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بالاترین میزان همبستگی به ترتیب مربوط به طرحواره تایید، طرحواره طول مدت احساسات قوی، طرحواره عقلانیت - ضدهیجانی و طرحواره توافق عمومی می باشد. همچنین، ضرایب همبستگی فوق به تفکیک جنسیت، تفاوتی نداشت.

با توجه به نتایج جدول ۳، بین نمره کل باورهای فراشناختی و زیر مقیاس های پنج گانه آن با افسردگی، رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بالاترین میزان همبستگی مربوط به نمره کل باورهای فراشناختی و پس از آن زیرمقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی و خوداگاهی شناختی می باشد.خاطر نشان می گردد،ضرایب همبستگی به تفکیک زنان و مردان، تفاوتی با گروه کل نداشت.

---

1 - Validati
2 -Comprehensibility
3 - Guilt
4 -Simplistic View of Emotion
5 -Higher Values
6 - Control
7 - Numbness
8 - Rational
9 - Duration
10 - Consensus
11 -Acceptance of Feelings
12 - Rumination
13 - Expression
14 - Blame
15 - Cartwright-Hatton
16 - uncontrollability of thoughts and danger
17 - cognitive confidence
18 - control thoughts
19 - cognitive self-consciousness

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول۱ : ویژگی های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه.

متغیر	جنسیت	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
سن	زن	۶۰	۲۸/۳۷	۵/۷۶
	مرد	۶۰	۲۹/۰۸	۶/۱۸
	کل	۱۲۰	۲۸/۷۳	۵/۹۶
تحصیلات	زن	۶۰	۱۴/۳	۱/۸۳
	مرد	۶۰	۱۴/۴	۱/۷۶
	کل	۱۲۰	۱۴/۳۵	۱/۸

جدول۲: ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون نمرات طرحواره های هیجانی و افسردگی

متغیرها	تایید	قابل درک بودن	گناه	درمورد هیجان دیدگاه ساده	ارزشهای بالاتر	قابل کنترل	کرختی – بی حسی	ضدهیجانی - عقلانیت	احساسات قوی طول مدت	توافق عمومی	پذیرش احساسات	نشخوار ذهنی	ابراز	سرزنش
افسردگی	۰/۷۳**	-۰/۱۲	۰ /۴۱**	۰/۳۸**	۰/۳۴**	۰/۴۴**	۰/۳۵**	۰/۴۸**	۰/۵۳**	۰/۴۸**	۰/۲۰*	/۳۹** ۰	۰/۲۱*	/۴۳** ۰
	۰/۰۰۰	۰/۲۰۹	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۰۲۷	۰/۰۰۰	۰/۰۲۱	۰/۰۰۰

** p-value ≤ ۰/۰۱ * p-value ≤ ۰/۰۵

جدول ۳: ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون نمرات باورهای فراشناختی و افسردگی.

فراشناخت	باورهای مثبت درباره نگرانی	کنترل ناپذیری و خطر	اطمینان شناختی	نیاز به کنترل افکار	خودآگاهی شناختی	نمره کل
افسردگی	۰/۶۶**	۰/۵۵**	۰/۵۵**	۰/۵۵**	۰/۵۹**	۰/۷۱**
	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱	<۰/۰۰۱

p-value ۰/۰۱ **

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

جدول۴: رگرسیون گام به گام پیش بینی افسردگی بر اساس متغیرهای پیش بین تحقیق.

متغیر	R	R^2	خطای استانداردبرآورد	F	Sig	b	β	t	sig
ثابت رگرسیون	۰/۸۴۴	٪ ۷۱/۲	۵/۳۲	۱۳۷/۱۷	۰/۰۰۰	-۲۰/۵۸	-	-۵/۴۴	<۰/۰۰۱
طرحواره تایید						۱/۳۹	۰/۴۴	۶/۶۵	<۰/۰۰۱
طرحواره سرزنش						۱/۳۸	۰/۲۵	۴/۵۵	<۰/۰۰۱
خوداگاهی شناختی						۰/۴۰	۰/۲۱	۳/۲۸	۰/۰۰۱
طرحواره توافق عمومی						۰/۵۳	۰/۲۰	۳/۵۲	۰/۰۰۱
طرحواره قابل درک بودن						-۰/۳۱	-۰/۱۲	-۲/۲۵	۰/۰۲۶
طرحواره گناه						۰/۳۴	۰/۱۲	۲/۰۳	۰/۰۴۵

جدول ۴، نشان می دهد هفتاد و یک و دو دهم درصد واریانس افسردگی به ترتیب، بوسیلۀ یک باور فراشناختی و پنج طرحوارۀ هیجانی بالا تبیین می گردد که F تحلیل واریانس مربوط به آن معنادار است، بنابراین R^2 بدست آمده معنادار است. رگرسیون گام به گام نشان می دهد، وزن مربوط به یک باور فراشناختی و پنج طرحواره معنادار است. بنابراین طرحواره های تایید، سرزنش، توافق عمومی و قابل درک بودن و گناه و باور فراشناختی خودآگاهی شناختی برای افسردگی پیش بینی کننده می باشند.

بحث

نتایج این پژوهش نشان می دهد که بین طرح واره های هیجانی و باور های فراشناختی با افسردگی رابطه معناداری وجود دارد و ابعاد طرحواره های هیجانی و باور های فراشناختی می توانند، پیش بینی کننده هایی برای افسردگی باشند. و حدود ۷۱ درصد از واریانس افسردگی را تبیین کنند. در این میان باور فراشناختی خوداگاهی شناختی و پنج طرحوارۀ هیجانی تایید، سرزنش، توافق عمومی، قابل درک بودن و طرحواره گناه بیشترین سهم را در تبیین واریانس افسردگی دارند

واکنش های هیجانی و رفتاری به وسیلۀ فرایندهای شناختی راه اندازی می شوند. از این رو افکار، باورها، و سایر فرآیندهای شناختی، تعیین کنندۀ خلق و هیجان هستند [۲۰].

براساس نظریه پردازیهای اخیر، فراشناخت یکی از عوامل مهم در توسعه و تداوم اختلالهای روانشناختی است. فراشناختها بر پردازش هیجانی و واکنشهای مربوط به آسیب، از طریق تأثیر دانش و راهبردهای فراشناختی بر روی تغییر باورها و نیز تعبیر و تفسیر علائم خاص نظیر: افکار مزاحم اثر می گذارد و باورهای فراشناختی در سبب شناسی و پایداری اختلال اضطراب و افسردگی نقش مؤثری دارد [۲۱،۵].

برخی از پژوهشگران براین باورند که عنصر اصلی در پردازش شناختی، حالت های هیجانی هستند . نظریه هایی هستند که باور دارند عنصر کلیدی در پردازش شناختی، اطلاعات هیجانی، ویژگی ها و باورها و تجارب هیجانی بنیادین فرد است. برای نمونه نظریه طرحواره براین باور است که شناخت ها و طرحواره ها خاستگاه آغازین پردازش بوده و پردازش شناختی به کمک طرحواره های موجود در فرد هدایت می شوند [۱۱].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

طرحواره های هیجانی دارای ابعادی از انعطاف و سازگاری تا انعطاف ناپذیری و عدم سازگاری هستند. این مدل از طرحواره های هیجانی ادعا می کند کسانی که طرح واره های ناسازگار هیجانی را تایید می کنند، بیشتر احتمال دارد، در برابر احساسات خاص مقاومت کنند و در راهبرد های اجتنابی درگیرشوند [۲۲].

نتایج این مطالعه نشان داد که بین طرحواره های هیجانی و باور های فراشناختی با افسردگی رابطه مثبت ومعناداری وجود دارد. ابعاد طرحواره های هیجانی و باورهای فراشناختی برای افسردگی پیش بینی کننده هستند. مطالعات انجام شده در این زمینه نتایج تقریباً مشابهی داشتند به عنوان مثال یافته های پژوهش با یافته های لیهی، هربرت و فورمن[1] [۲۲، ۲۳، ۲۴] که بین خرده مقیاس های (LESS) و پرسشنامه افسردگی رابطه وجود دارد، همسو می باشد.

یافته ها اهمیت طرحواره تایید، را در بین ابعاد طرحواره های هیجانی نشان می دهد، طرحواره تایید ممکن است، طرحواره های هیجانی دیگررا تغییر دهد و به تنظیم هیجانی فردکمک کند و احتمالاً، دلیل این است که چرا بیماران به دنبال تایید (طرحواره شماره یک) هستند [۲۵].

نتایج پژوهش با یافته های لیهی ، تریچ و ناپولیتی [2][۲۵، ۲۶] که از تجزیه تحلیل رگرسیون گام به گام پیش بینی کننده های افسردگی در BDI بدست آمده، و تحقیق سانتوز[3] [۲۷] که از تحلیل رگرسیون چند گانه بدست آمده؛ همسو می باشد. این تحقیق، نشان می دهد که ریسک گریزی و انعطاف روانی بهترین پیش بینی کننده افسردگی می باشند. ابعاد طرح واره های هیجانی با انعطاف پذیری روانی رابطه مثبتی دارند. بخصوص با طرح واره های هیجانی بی اعتباری، عدم توافق، باورهای منفی درمورد هیجان ها و سرزنش، نداشتن ارزش بالا و غیر قابل درک شدن. رابطه معناداری بین باورهای منفی درباره هیجان و عوامل فراشناختی وجود دارد. تمرکز افراطی بر خود، شامل نشخوار فکری و تمرکز بر افکار خود و شرایط با ملالت و با افزایش طول مدت افسردگی و همچنین اضطراب رابطه دارد. همچنین،کاهش آگاهی فراشناختی با آسیب پذیری نسبت به افسردگی همراه است، و افزایش آگاهی فراشناختی باعث کاهش عود افسردگی می گردد [۲۸،۲۵،۲۲] . یافته ها با نتایج پژوهشهای سالاری فر و پوراعتمادی، پورنامداریان، تیزدل وهمکاران، یوسفی؛ بهرامی و محرابی؛ و عاشوری [۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲۹، ۳۰] در مورد این که عوامل فراشناختی برای افسردگی پیش بینی کننده هستند و نتایج پژوهشهای تریچ و ناپولیتی و سانتوز [۲۵، ۲۶، ۲۷] در مورد این که ابعاد طرح واره های هیجانی درصدی از واریانس افسردگی را پیش بینی می کنند، همسو می باشند. ابعاد مختلف مدل طرحواره های هیجانی با چگونگی پردازش هیجان ها مرتبط هستند. مدل فراشناختی یا فرا هیجانی پردازش هیجانی فرض را بر این می گذارد که مفهوم پردازی و راهبرد های پاسخ دهی به هیجان های فعال شده باعث تداوم افسردگی، اضطراب یا خشم می شوند [۳۱].

نتیجه گیری

درمانجویان گاهی در برابر تلاش های درمانگر برای نزدیک شدن به هیجان هایی که تجربه می کنند، مقاومت می کنند. این وظیفه درمانگر است که با شیوه ای مناسب و علمی مثلاً از طریق مقیاس (LESS) به طرحواره های هیجانی مراجع پی ببرد و از آن طریق به افکار وباورهای مراجع برسد و در پی اصلاح آنها برآید. بک هیجانات را ((شاهراه شناخت)) نامیده است. و معتقد است کمک به مراجع برای فعال سازی و کاوش احساسات، معمولاً افکار خود آیند منفی مهم را آشکار می کند. هیجان نقطه شروع مداخلات درمانگرانه هستند. علاوه بر این مراجعان معمولاً با شکایت از چگونگی احساسشان به درمان می آیند نه شکایت درباره افکارشان. مفهوم طرحواره نقش مهمی را در درمان و پژوهش در مورد افسردگی اساسی بازی می کند. برای مثال، اهمیت محیط اجتماعی و دلبستگی ایمن در افسردگی باعث شده است؛ که به تمایز بیشتری در مورد نوع طرحواره نیاز داشته باشیم، و به موضوعات بین فردی و رشدی در شکل گیری و تداوم طرحواره بیشتر توجه کنیم.

1 - Herbert & Forman
2 -Thrich & Napolitano
3 -Santos

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

References

1. Ma, S. Helen; Teasdale, John D. Mindfulness based cognitive therapy for depression: Replication and Exploration of Differential Relapse Prevention Effects , J of Consulting and Clinical Psychology, 2004,72(1): 31-40.

2. Kenny, M A , Williams JM , Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy , J of Lifelong Learning; 45(3): 617-25.

3. Corey G, The Art of Integration Consulting.(Translated by:Etemadi , Janet Azar Hashemi), Tehran: fararavan, 2001. [Article in Persian]

4. Young J , Schema therapy treatment manual for clinicians, (Translated by :Andoz and Hassanpour) . Tehran, Arjmand, 2007. [Article in Persian]

5. Wells A, Emotional disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy, John Wiley & Sons LTD,2000: 3-54 .

6. Leahy R L, Emotional Schemas and Self-Help: Homework Compliance and Obsessive-Compulsive Disorder Cognitive and Behavioral Practice, 2007, 14(3): 297-302 .

7. Hashemi Z , Aliloo M , Hashemi T, Effectiveness of cognitive therapy in reducing symptoms of depression and cognitive beliefs de Rafrad with MDD: Case Study, Students First National Conference on Social Determinants of Health,2010: Tehran University of Medical Sciences, Iran.

8. Bucci W , Psychoanalysis and Cognitive Science: A multiple code theory. NY,1997: Guilford Press.

9. Chatav Y , Whisman, M A , Partner schemas and relationship functioning: A states of mind analysis. Behavior Therapy, 2008: 40, 50-56.

10.Fatih Yavuz K , Hakan Türkçapar M, Demirel B, Karadere E , Adaptation, Validity and reliability of The Leahy Emotional Schema Scale Turkish Version Based on Turkish University students and workers,Düsünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological sciences, 2011, 24(4):273-282.

11.Fata L.; Birashk B., Atif Waheed, M. K & Dobson K S : (1384), Mnagzary structures, schemas, emotional state and cognitive processing of emotional information, comparing two conceptual framework .The Journal Of Andeesheh Va Raftar, Year XI, 3 (43).[Article in Persian]

12.Delaware A , Theoretical Principles and practical research in human and social sciences, 1998, Publications of Roshd Tehran.[Persian]

13.Salarifar M , Pouretemadi H, The relationship between metacognitive beliefs and anxiety and depression disorder. Yafteh, 2012, 13(4):29-38. [Article in Persian]

14.Mears G S , Examining the relationship between emotional schemas ,emotional intelligence , and relationship satisfaction, Liberty University, 2012, 58-63.

15.Barrow A P , Assessing Emotional Evaluation: A Validation Study of the Reactions to Emotions Questionnaire ,Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin, 2007,

16.Amini Z M , Metacognitive beliefs Relationship mental health and academic achievement of students Oshnavieh city. Journal of Educational Innovations, 2007,6(19):141-154 [Article in Persian]

17.Bahrami F, Zahra A , Preliminary study of Relationship premenstrual syndrome and depression in women students' metacognitive beliefs, Behavioral Sciences Research Journal, 2008, 6(2): 141-154. [Article in Persian]

18.shirinzade dastdiri S, Goodarzi M A, ghanizade A , Taghavi M R , Comparison responsibility and metacognitive beliefs in patients with obsessive- compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal subjects. Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 2008 ,52: 46-55. [Article in Persian]

19.Purnamdarian S,birashk B,asghar nejad farid A, The clarification of contribution of Meta- Cognitive BelieFs in Explaining the Symptoms of Depression, Anxiety and stress in Nurses, 2012, 13(49): 86-94. [Article in Persian]

20.mood disorder. In D. M. Clark & Ch. G . Fairburn. (Eds). Science and Practice; Cognitive Behavioral Therapy, Oxford: Oxford University Press, 1997: 67-93.

21.Corcoran KM, Segal ZV, Metacognition in depressive and anxiety disorder: Current directions. Inter. J of Coge There,2008, 1(1): 33-44.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

22.Leahy R L, A model of emotional schemas . Cognitive and Behavioral Practice, 2002, 9(3),177-190.
23.Leahy R L, Roadblocks in cognitive behavioral therapy. New York: Guilford Press, 2002.
24.Herbert J D, Forman E M , Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy . Published by John Wiley & Sons, 2011.
25.Leahy R L, Trich D, Napolitano L A. Emotion regulation in psychotherapy . New york , NY: Guilford press,2011.
26.Santos V M , Improving mood through acceptance emotional experience .Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy The University of Texas, 2007.
27.Silberstein ,laura R . Dennis T , Robert L. Leahy, and Lata Mc Ginn , Mindfulness , Psychological Flexibility and Emotional Schemas. International Journal of Cognitive Therapy, 2012, 5: 406-419.
28.Teasdale J D. Moore R G . Hayhurst H P ، Williams M ، Susan & Segal ،Zindel V, Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression:Empirical Evidence . Journal of Consulting and Clinical Psychology ،2002, 70(2): 275–287.
29.Yousefi Z, Bahrami F, Mehrabi A, Rumination: initiation and persistence of depression. Journal of Behavioral Sciences . 2008, 2 (1) :24.[Article in Persian]
30.Ashouri A, Metacognitive beliefs and general health in students. Fundamentals of Mental Health Journal ,2009, 1 (41) :15-20. [Article in Persian]
31.Leahy R L, Tirch D D, Cognitive behavioral therapy for jealousy . International Journal of Cognitive Therapy,2008, 1(1):18–32.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]

Original Article

The assessment of relation between emotional schemas and meta cognitive believes and depression

*Dashtban jami S[1],Bayazi MH[2], Zaeimi H[3] , Hojjat sk[4]**

[1] M.A. of clinical psychology,Islamic Azad university of Torbat jam, Iran
[2] Assistant professor of health psychology in Islamic university of Torbat jam,Torbat jam,Iran
[3] Instructor of counseling in Islamic university of Torbat jam,Torbat jam,Iran
[4]Assistant professor of psychiatry in north khorasan university of medical science.Addiction and Behavioral sciences research center, Bojnurd, Iran

***Corresponding Author**: Bojnurd.north khorasan university of medical scinces.Addiction and behavioral sciences research center.
Email: s.kavehhojjat1@gmail.com

Abstract

Background & Objectives: *Depression is one of the most common disorders in the world. The majority of depress people have problem in expression of their feelings. Psychologists believe that negative emotions and specific cognitive attitude toward their life in depress people may interfere to cause or exacerbate their depression.This study aims to evaluate the relationship between metacognitive believes and emotional schemas and depression.*

Materials and Methods: *In this descriptive – correlation study, 120 People (60 male and 60 female) who referred to psychological services and counseling of Torbat-jam city, were selected by available the sampling method. Data collection tools included the Beck Depression Inventory (BDI), Katrayt Wales - Hutton (MCQ-30) Meta cognitive believes and Leahy Emotional Schema Scale (LESS). Data were analyzed by SPSS v.19.0 software and presented with Pearson correlation coefficient and stepwise regression .The level of significance was set at P < 0.01. We used,*

Results and conclusions: *there was a significant positive relationship between metacognition (positive beliefs about worry and cognitive self-awareness) and emotional schemas (value schema ،the duration of strong emotions, rationality - Anti-emotional and the consensus schema) with depression at p ≤ 0/01,. Stepwise regression analysis showed that the weight of a cognitive (cognitive awareness) and five emotional schemas (value, blame, guilt, understandable, consensus), 71/2 % predicted the depression.*

conclusions: *The concept of schemas plays an important role in the treatment of major depression. The importance of the social environment and secure attachment in depression,build a need to have more distinct types of schemas. Also interpersonal and developmental issues in the formation and continuation of the scheme need more attention.*

Keywords*: metacognition believes, emotional schemas, depression*

Submitted:23 Sep 2013
Revised:19 Oct 2013
Accepted:7 Dec 2013

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-14]