



Research Article

## The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Severity of Depression and Cognitive Emotional Regulation Strategies in Major Depression Disorder

Arezoo Ghasemkhanloo<sup>1,\*</sup>, Akbar Atadokht<sup>2</sup>, Vahid Sabri<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Mental Health Expert, Deputy of Health, Faculty of Medical Sciences of Khoy, Iran

<sup>2</sup>Assistente Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences Mohaghegh Ardabil University, Ardabil, Iran

<sup>3</sup>Phd of Clinical Psychology Faculty of Medical Sciences of Khoy, Khoy, Iran

**\*Corresponding author:** Arezoo, Ghasemkhanloo, Mental Health Expert, Deputy of Health, Faculty of Medical Sciences of Khoy, Iran. E-mail: [psy.arezoo@gmail.com](mailto:psy.arezoo@gmail.com)

DOI: [10.52547/nkums.14.1.38](https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.38)

### How to Cite this Article:

Ghasemkhanloo A, Atadokht A, Sabri V. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Severity of Depression and Cognitive Emotional Regulation Strategies in Major Depression Disorder. *J North Khorasan Univ Med Sci.* 2022;**14**(1):38-44. DOI: [10.52547/nkums.14.1.38](https://doi.org/10.52547/nkums.14.1.38)

Received: 13 Dec 2021

Accepted: 05 Feb 2022

### Keywords:

Depression  
Cognitive Emotion Regulation  
Strategy  
Emotional Schema Therapy

### Abstract

**Introduction:** Major Depression disorder is the most common psychiatric disorder in which mood swings and sadness are prominent symptoms. This study aimed to evaluate the effectiveness of emotional schema therapy on the severity of depression and cognitive emotion regulation strategies.

**Method:** The present study was a pre-test, post-test design with a control group. Among the patients with major depressive disorder who were referred to health centers in Khoy city, 30 were selected and randomly and equally assigned to the experimental and control groups. The experimental group was exposed to 9 one-hour treatment sessions, and the data were analyzed using the Beck questionnaire (BDI-II), Leahy emotional schema questionnaire (LESS), and short-form cognitive and emotional regulation strategies (CERQ-SF) in pre-test and post-test. They were collected and, after data collection, were analyzed using MANCOVA.

**Results:** The results showed that emotional schema therapy between the two groups had a significant difference in the severity of depression  $F = 161.27$ , maladaptive strategies of cognitive emotion regulation  $F = 41.93$ , and adaptive strategies  $F = 31.13$  at the level of 0.001. The effect size of emotional schema therapy for depression severity was 0.86, adaptive strategies 0.65, and maladaptive strategy 0.71.

**Conclusion:** Emotional Schema Therapy as an Emerging Emotion-Focused Therapy can be used as an effective and efficient treatment to reduce depression and modify emotional schemas and cognitive regulation strategies.



# تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

آرزو قاسم خانلو<sup>۱\*</sup>، اکبر عطادخت<sup>۲</sup>، وحید صبری<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس سلامت روان، معاونت بهداشت، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

<sup>۲</sup> استاد، گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

<sup>۳</sup> دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران

\* نویسنده مسئول: آرزو قاسم خانلو، کارشناس سلامت روان، معاونت بهداشت، دانشکده علوم پزشکی خوی، خوی، ایران. ایمیل:

psy.arezoo@gmail.com

DOI: 10.52547/nkums.14.1.38

<b>چکیده</b>	تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۲
مقدمه: اختلال افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی است که کاهش خلق و غمگینی از نشانه‌های بارز آن است که افراد از یکسری راهبردهایی برای تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان است.	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۱/۱۶
<b>روش کار:</b> پژوهش حاضر از نوع مطالعات تجربی با گروه کنترل با استفاده از طرح پیش آزمون-پس آزمون است. از میان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی رجوع کننده به مراکز بهداشتی شهرستان خوی ۳۰ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی و مساوی در دو گروه آزمایشی و کنترل گماشته شدند. گروه آزمایش در معرض ۹ جلسه درمانی یک ساعته قرار گرفتند و داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بک (BDI-II) و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی -فرم کوتاه (CERQ-SF) در پیش آزمون و پس آزمون جمع آوری شدند و بعد از جمع آوری داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تحلیل قرار گرفتند.	<b>واژگان کلیدی:</b> افسردگی طرح‌واره درمانی هیجانی راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان
یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی هیجانی بین دو گروه در میزان شدت افسردگی $F=16.1/27$ ، راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان $F=4.1/93$ و راهبردهای سازگار $F=3.1/13$ در سطح $0.001$ تفاوت معناداری ایجاد کرده است. اندازه اثر طرح‌واره درمانی هیجانی برای شدت افسردگی $0.86$ ، راهبردهای سازگار $0.65$ و راهبردهای ناسازگار $0.71$ به دست آمده است. نتیجه‌گیری: طرح‌واره درمانی هیجانی به عنوان درمانی نوظهور متمرکز بر هیجان می‌تواند به عنوان درمانی مؤثر و کارا برای کاهش افسردگی و راهبردهای تنظیم هیجان به کار رود.	

## مقدمه

به تغییر دادن زندگی خود، احساس درماندگی و ناامیدی از دیگر علائم شناختی افسردگی است (۴). شکایت از توانایی‌های شناختی (تمرکز)، یادآوری، حواس‌پرتی و ناتوانی در حل مسئله از دیگر علائم شناختی بیماران افسرده است. (۵) و دسته آخر شامل نشانه‌های هیجانی که بیشتر افراد افسرده احساس غمگینی، احساس بدبختی، خالی بودن و حقیر بودن داشته و حس شوخ‌طبعی را از دست داده و اضطراب و خشم و بی‌قراری را تجربه می‌نمایند (۶). در دهه‌های اخیر تنظیم هیجانی به عنوان یک مؤلفه فراتشخیصی در اختلالات مختلف بررسی شده است (۷). اکثر نظریه‌ها در تعریف تنظیم هیجانی بر موارد الف) آگاهی و ارزیابی هیجانی، ب) تنظیم هیجان‌ها، ج) استفاده انطباقی از هیجان‌ها تأکید دارند.

همان‌طور که مطرح شد بدتنظیمی هیجانی بعد مهمی از نشانه‌های اختلال افسردگی اساسی است. به همین خاطر راهبردهای متعددی برای تنظیم هیجانی وجود دارد که شایع‌ترین راهبرد برای مدیریت و

اختلال افسردگی اساسی به عنوان یک دوره حداقل دوهفته‌ای که در جریان آن یکی از دو علامت خلق افسرده یا فقدان لذت در تقریباً همه فعالیت‌های وجود دارد، تعریف شده است (۱) به‌طور کلی علائم افسردگی در ۵ دسته طبقه‌بندی می‌شود که دسته اول شامل نشانه‌های انگیزشی که افراد مبتلا به افسردگی باید خود را برای صحبت کردن با دوستان، کارکرده، غذا خوردن و رابطه جنسی مجبور کنند. این افراد انگیزه و اراده انجام هیچ کاری را نداشته و بیشتر از بی‌حال شکایت می‌برند. دسته دوم نشانه‌های رفتاری است که شامل کاهش فعالیت، تمایل به تنها بودن، آرام صحبت کردن، گذراندن زمان طولانی در رختخواب (۲) دسته سوم نشانه‌های جسمی است که شامل سردرد، سوءهاضمه، سرگیجه، یبوست و درد کلی و مشکل در خوابیدن است (۳). دسته چهارم شامل نشانه‌های شناختی است که شامل داشتن دید منفی نسبت به‌ظاهر خود، افراد افسرده خود را ناکافی، حقیر و بد می‌دانند. سرزنش کردن خود به خاطر هر اتفاق بد، منفی‌گرایی، احساس ناتوانی نسبت

طرح‌واره درمانی هیجانی بر روی اختلالات مختلف صورت پذیرفته است و کار آیی بالینی این رویکرد جدید درمانی درحال بررسی است. طرح‌واره درمانی هیجانی در درمان موردی اختلال وسواسی اجباری مقاوم به درمان (۲۰)، خالقی و همکاران (۲۱) نشان دادند که طرح‌واره درمانی هیجانی می‌تواند اضطراب و نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را کاهش دهد، همچنین طرح‌واره درمانی هیجانی در افراد مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیری نشانه‌های آن را کاهش داده است (۲۲) در پژوهش دیگر قدم پور و همکاران (۲۳) نشان دادند که طرح‌واره درمانی هیجانی نشخوار فکری پس رویدادی و اجتناب شناختی در دانش آموزان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی را کاهش داد. گلدمن (۲۴) با افزودن مداخلات هیجان محور به رابطه درمانی همانند طرح‌واره درمانی هیجانی نشان داد که افسردگی به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد. در تنها مطالعه‌ای که درباره طرح‌واره درمانی هیجانی بر روی بیماران افسرده صورت گرفته رضایی و همکاران (۲۵) نشان دادند که طرح‌واره درمانی هیجان به‌طور معناداری شدت افسردگی و نشخوار فکری را در این بیماران به‌طور پایدار کاهش می‌دهد. طرح‌واره درمانی هیجانی دو مدل درمانی فراشناختی (۲۶) و درمان هیجان مدار که در بهبود افسردگی موفق بوده‌اند را ترکیب کرده است پس می‌توان انتظار بهبودی ناشی از طرح‌واره درمانی هیجانی بیماران افسرده را داشت. هنوز مطالعات گسترده درباره تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی صورت نپذیرفته است. به همین خاطر هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر کاهش شدت افسردگی و راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است.

## روش کار

پژوهش حاضر به عنوان یک کار آزمایشی بالینی نیمه تجربی با گروه‌های کنترل و آزمایش اجرا شد. جامعه آماری این مطالعه را کلیه بیماران ۱۸-۵۵ ساله مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تشکیل می‌دهند که در فاصله زمانی ۹ ماهه از مرداد ۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ به مراکز جامع خدمات بهداشتی شهرستان خوی مراجعه کردند. برای انتخاب نمونه مراجعین شرکت‌کننده به پزشک، مراقبین سلامت و کارشناس سلامت روان که دارای نشانه‌های افسردگی بودند را شناسایی و برای ارزیابی بیشتر پیش کارشناس سلامت روان ارجاع می‌دادند. مصاحبه تشخیصی توسط روانشناس بالینی برای تمام شرکت‌کنندگان اجرا شد. پس از بررسی معیارهای ورود و خروج و رضایت افراد برای شرکت در برنامه درمانی برای تشخیص روانپزشکی نیز به روانپزشک بیمارستان شهید مدنی شهرستان خوی ارجاع داده می‌شدند. سپس لیست افراد تهیه شد و بیماران به‌صورت قرعه‌کشی و تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل: تشخیص اختلال افسردگی اساسی با استفاده از تشخیص روانپزشکی و مصاحبه ساختاریافته، بیماران مرد و زن سرپایی با دامنه سنی ۱۸-۵۵، عدم ابتلا به هرگونه اختلال روان‌پریشی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم ابتلا به سوءمصرف مواد، عدم شرکت در مداخله روان‌درمانی در ۲ سال گذشته، رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان به‌منظور شرکت در جلسات طرح‌واره درمانی هیجانی، سطح تحصیلات حداقل سیکل و تسلط بر زبان فارسی و ملاک‌های خروج نیز شامل: ابتلا به اختلالات سایکوتیک یا شرایط

تنظیم تجارب هیجانی استفاده از شیوه شناختی تنظیم هیجان است. تنظیم شناختی هیجان نوعی راهبرد مقابله‌ای شناختی یا روشی برای تنظیم و مدیریت هیجان‌هاست که مخزن پاسخ فرد است و تمام فرآیندهای درونی و بیرونی را دربر می‌گیرد که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، به‌ویژه حالت شدید و زودگذر آن است (۸). راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی به فرد کمک می‌کند تا هیجان‌های منفی را کنترل و تنظیم کند و این شیوه تنظیم با ایجاد و پیشرفت اختلالات روانی رابطه مستقیم دارد (۹). راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان شامل ۹ راهبرد هستند که به دو دسته سازگاران و ناسازگاران تقسیم می‌شوند، راهبردهای سازگاران عبارتند از پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، کنار آمدن با دیدگاه و راهبردهای ناسازگاران هم شامل سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار و فاجعه انگاری هست امروزه پژوهشگران معتقدند که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگار با اشکال مختلف آسیب روانی مثل اضطراب و افسردگی در ارتباط است (۱۰). پژوهش‌های قبلی نشان داده‌اند که راهبردهای مقابله‌ای شناختی مانند نشخوار، سرزنش خود، و فاجعه سازی با افسردگی ارتباط مثبتی دارند درحالی‌که ارزیابی مجدد مثبت با افسردگی رابطه منفی دارد (۱۱) به‌طور کلی یافته‌های پژوهشی مختلفی رابطه قوی بین راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان با اختلال‌های رفتاری (۱۲) و آسیب‌شناسی روانی را نشان می‌دهد (۱۲، ۱۳) مؤمنی (۱۴) درباره تأثیر مهارت‌های تنظیم هیجانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نشان داد که آموزش یک دوره تنظیم هیجانی می‌تواند سرزنش خود را کاهش و دیدگاه گیری و ارزیابی مجدد مثبت را افزایش دهد. در مطالعه دیگر توسط ستارپور و همکاران (۱۵) آموزش تنظیم هیجان نشان داد که نشانه‌های افسردگی به‌طور معناداری کاهش داشته است.

یکی از مدل‌های جدید متمرکز بر تنظیم هیجانی در اختلالات روانی، مدل طرح‌واره هیجانی لیهی است. الگوی طرح‌واره هیجانی برای کاهش و توضیح افسردگی و سایر اختلالات هیجانی بر مؤلفه‌های فراتشخیصی یعنی طرح‌واره‌های هیجانی تأکید می‌کند (۱۶) لیهی و همکاران (۱۷) نشان دادند که افسردگی با احساس گناه زیاد، انتظار تداوم داشتن هیجان، نشخوار فکری بیشتر و غیرقابل کنترل بودن هیجان‌ها مرتبط است. ریسکیند و کلیمند (۱۸) در پژوهش خود نشان دادند که طرح‌واره‌های هیجانی در مدل طرح‌واره هیجانی به‌اندازه تحریف‌ها و سوگیری‌های شناختی در درمان شناختی مهم هستند. ولی تأثیر درمانی تغییر و دست‌کاری آن‌ها هنوز به‌صورت گسترده در پژوهش‌های مختلف مورد مطالعه قرار نگرفته است. همان‌طور که با تغییر خطاها و تحریف‌ها و باورهای مرکزی در شناخت درمانی علائم و نشانه‌های افسردگی بهبود می‌یابد، انتظار از الگوی طرح‌واره‌ای نیز چنین است که با تغییر و دست‌کاری طرح‌واره‌های هیجانی تغییراتی در علائم افسردگی ایجاد گردد. چون‌که ارتباط بین این دو مفهوم شناختی به‌خوبی نشان داده‌شده است (۱۸).

رویکردهای درمانی مختلفی برای اختلال افسردگی مطرح شده است. دارودرمانی به خاطر عوارض جانبی داروها مثل بی‌خوابی، تحریک‌پذیری و علائم گوارشی باعث عدم مصرف دارو توسط بیماران می‌شود (۱۹) رویکردهای شناختی نیز به خاطر ناتوانی برخی مراجعین برای شناسایی افکار و باورها با دشواریهایی مواجه است. مطالعاتی درباره اثربخشی

از آزمون‌های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف استاندارد و آزمون استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند.

## ابزار

### پروتکل درمانی

پروتکل درمانی طرح‌واره درمانی هیجانی برای افسردگی توسط رضایی و همکاران (۲۵) در ۹ جلسه طراحی شده است و اعتبار و پایایی آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است که در پژوهش حاضر نیز از پروتکل حاضر استفاده خواهد شد که موضوعات و محتوای جلسات طرح‌واره درمانی هیجانی در زیر آمده است.

وخیم پزشکی، نداشتن تمایل برای درمان و نیاز شدید به دارودرمانی است. در گروه آزمایش، ۹ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای بر اساس پروتکل طرح‌واره درمانی هیجانی لیهی (۲۵) انجام شد. در گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. در مجموع ۳۰ نفر وارد مطالعه شدند. دو نفر در گروه آزمایشی در جلسات به‌طور کامل شرکت نکردند که با بیماران دیگر طبق روال انتخاب بقیه شرکت‌کنندگان وارد طرح شدند. به‌منظور رعایت موازین اخلاقی، شرکت‌کنندگان در پژوهش از شرایط پژوهش آگاه شدند و رضایت‌نامه کتبی پیش از شروع کار گرفته شد. درنهایت داده‌های بعد از جمع‌آوری و واردکردن در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ با استفاده

جدول ۱. طرح‌واره درمانی هیجانی برای اختلال افسردگی اساسی جلسه

جلسه	موضوعات	محتوای جلسه
اول	ارزیابی اولیه میزان افسردگی و تبیینان در قالب رابطه همدلانه	تبیین افسردگی براساس الگو طرح‌واره هیجانی، شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی دردرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به بیمار، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، ذهن آگاهی گسلیده
دوم	بررسی تکلیف منزل، اعتبار یابی هیجانی	بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن، شناسایی خواستگاههای طرح‌واره هیجانی اعتبار زدا، شناسایی پاسخهای مشکل ساز و ابداع راهبردهای سازگارانه، تکلیف: ذهن آگاهی گسلیده، اعتبار بخشی دلسوزانه و راهکارهای سازگارانه
سوم	بررسی تکالیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با طرح‌واره‌های هیجانی دردرساز	برچسب زنی و افتراق هیجانات، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، تکلیف: ثبت مزایا و معایب این طرح‌واره که هیجانات من غیرطبیعی هستند و اینکه آیا دیگران نیز چنین هیجاناتی را تجربه می‌نمایند؟
چهارم	بررسی تکلیف منزل، چالش با طرح‌واره‌ها	افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، تمایز میان هیجان و اقدام، آزمایش رفتاری، تکلیف: مشاهده و توصیف هیجان
پنجم	بررسی تکالیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همجوشی زدایی، آزمایش رفتاری برای طرح‌واره‌ها، تمرین نامه نگاری، تکلیف: نامه نگاری دلسوزانه، اقدام متضاد
ششم	بررسی تکالیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	تقویت آگاهی هیجانی، آفای هیجان، بررسی هیجان به‌عنوان هدف، تکلیف: در جستجوی هیجان‌های مثبت
هفتم	بررسی تکالیف منزل، رنجش سودمند، و بازسازی شناختی	بالارفتن از نرده بان مفاهیم برتر، شناسایی افکار خودآیند منفی، پیکارن روبه پایین، فاجعه زدایی، تکلیف: دسته بندی افکار منفی
هشتم	بررسی تکالیف منزل، بازسازی شناختی	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایا، فن درجه‌بندی، تکلیف: بررسی معایب و مزایای افکار
نهم	جمع‌بندی و ارزیابی	روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام تکالیف خانگی و پس آزمون

۳ درجه بندی کنند. پرسش‌ها با زمینه‌های درمورد علائم افسردگی مثل احساس ناتوانی و شکست، احساس گناه، تحریک‌پذیری، آشفتگی خواب و از دست دادن اشتها ارتباط دارند. دامنه نمره این پرسشنامه بین صفر تا ۶۳ می‌باشد. نتایج فراتحلیل انجام شده درمورد پرسشنامه افسردگی حاکی از ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۷ می‌باشد. ضریب پایایی بازآزمایی برحسب دفعات اجرا و نوع جمعیت در دامنه ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ قرار دارد و ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی همیلتون ۰/۷۳ و با مقیاس افسردگی زونگ ۰/۷۶ بوده و در ایران آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ گزارش شده و بازآزمایی یک هفته‌ای ۰/۹۴ و همبستگی با نسخه یک پرسشنامه افسردگی یک ۰/۹۳ گزارش شده است (۲۸).

پرسشنامه راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان فرم کوتاه: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کراچ و اسپینهاون (۲۹) در کشور هلند تدوین شده است نسخه‌ی انگلیسی پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان پس از آماده سازی با تکنیک ترجمه‌ی مضاعف بر روی ۴۲۰ نفر (۲۰۰ نفر زن) از شرکت‌کننده‌های جامعه‌ی دانشجویی شهر تهران با دامنه‌ی سنی ۱۸ الی ۳۲ اجرا شد. برای بررسی اعتبار نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان (CERQ-P) از روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی استفاده شد. همچنین روایی پرسشنامه‌ی مذکور از طریق تحلیل مؤلفه‌ی اصلی با استفاده از چرخش واریماکس،

پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی لیهی (LESS-II): این مقیاس برای تعیین باورها و نگرش‌ها نسبت به هیجان در افراد تهیه شده است. مقیاس طرح‌واره هیجانی خود برای سنجش ۱۴ طرح‌واره تدوین شده است که شامل تأیید جویی، قابل درک بودن، احساس گناه و شرم، دیدگاه ساده انگارانه درباره هیجانات، ارزش‌های بالاتر، کنترل، تلاش برای منطقی بودن، طول دوره، توافق، پذیرش هیجانات، نشخوار ذهنی، ابراز هیجانات، سرزنش است. این مقیاس دارای ۲۸ گویه است که با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (صفر) تا کاملاً موافقم (چهار) نمره گذاری می‌شود (۲۶) در ایران خانزاده و همکاران (۲۷) ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۵۰ سوالی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و یک مقیاس ۳۷ گویه ای با درجه بندی لیکرت بدست آورده‌اند. پایایی این مقیاس از طریق بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است. نسخه دوم پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی هنوز در ایران هنجارسازی نشده است. پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه بر پایه یافته‌های بالینی تهیه و تنظیم شده و هیچ نظریه سبب شناسی را برای افسردگی در نظر نگرفته است. این پرسشنامه در ۲۱ مجموعه سؤال مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل شده و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می شود تا شدت این نشانه‌ها را براساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا

## یافته‌ها

این مطالعه در دو گروه مستقل بصورت پیش آزمون و پس آزمون صورت گرفت که نتایج ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که میانگین سنی گروه آزمایشی  $4/38 \pm 27/35$  و میانگین سنی گروه کنترل  $5/54 \pm 29/95$  بود که از لحاظ سنی تفاوت زیادی نداشتند. دیگر ویژگی‌های جمعیت شناختی در جدول ویژگی‌های جمعیت شناختی آمده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی (n=۳۰)

گروه	آزمایش	کنترل
سن	$27/35 \pm 4/38$	$29/95 \pm 5/54$
جنسیت		
مرد	۵	۱۱
زن	۱۰	۴
وضعیت تأهل		
مجرد	۱۲	۱۲
متاهل	۳	۳
تحصیلات		
دیپلم	۶	۷
لیسانس	۷	۵
بالتر از لیسانس	۲	۳

همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و روایی ملاکی مورد بررسی قرار گرفت. این پرسشنامه شامل ۹ راهبرد متفاوت نظم جویی شناختی هیجان شامل ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران است که نتایج نشان داد که ۹ خرده مقیاس نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی نظم جویی شناختی هیجان همسانی درونی خوبی داشتند (دامنه الفای کرونباخ  $0/92-0/76$  بود). نمره‌های ماده و نمره‌های کلی خرده مقیاس‌های مطابق به صورت معنادار همبسته بودند ( $R = 0/46$  تا  $R = 0/75$ ) و ارزش ضرایب همبستگی بازآزمایی ( $0/55-0/77$ ) بیانگر ثبات مقیاس بود. نتایج تحلیل مؤلفه اصلی از الگوی ۹ عاملی اصلی پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان حمایت کرد که ۷۴ درصد واریانس را تبیین کرد. همچنین شکل کوتاه همین پرسشنامه توسط حسنی (۲۹) با استفاده از وشهای تحلیل عاملی، روایی ملاکی و همبستگی بین خرده مقیاس‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. که در فرم کوتاه نیز ۹ عامل به‌طورکلی ۷۵ درصد واریانس را تبیین می‌کند. و روایی همزمان با پرسشنامه افسردگی در تمام مؤلفه‌ها معنادار بود که با توجه به این موارد فرم کوتاه این پرسشنامه نیز از روایی خوبی برخوردار است. آلفای کرونباخ بدست آمده در پژوهش حاضر برای این پرسشنامه ۰/۶۸ بدست آمد.

جدول ۳. میانگین‌های تعدیل شده راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی و شدت افسردگی (n=۳۰)

متغیر	گروه	آزمایش	گروه	کنترل
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	۱۲/۵۳	۱/۰۶	۳۶/۴۰	۱/۵۷
پذیرش	۷/۱۳	۰/۵۶	۴/۸۷	۰/۵۴
نشخوار ذهنی	۴/۶۰	۰/۲۲	۷/۴۷	۰/۳۷
ارزیابی مجدد مثبت	۷/۴۷	۰/۳۷	۴/۵۳	۰/۳۴
سرزنش خود	۴/۴۰	۰/۲۹	۶/۷۳	۰/۴۷
تمرکز مجدد	۶/۴۰	۰/۴۲	۴/۴۷	۰/۲۹
فاجعه سازی	۴/۶۰	۰/۳۱	۷/۶۰	۰/۲۹
سرزنش دیگران	۵	۰/۴۶	۶/۸	۰/۴۱
دیدگاه گیری	۶/۸۷	۰/۳۵	۵/۰۷	۰/۲۷
تمرکز بر برنامه‌ریزی	۷/۶۰	۰/۴۶	۶/۶۷	۰/۳۷
راهبردهای سازگار	۳۵/۴۷	۱/۱۹	۲۳/۶۰	۱/۲۱
راهبردهای ناسازگار	۱۸/۶۰	۰/۶۹	۲۸/۶۰	۰/۹۴

جدول ۴. همگنی واریانس‌ها (n=۳۰)

متغیر	F	Df1	Df2	P
راهبردهای سازگار	۰/۳۱	۱	۲۸	۰/۵۸
راهبردهای ناسازگار	۲/۶۸	۱	۲۸	۰/۱۱
شدت افسردگی	۱/۳۱	۱	۲۸	۰/۲۶

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره مربوط به میانگین نمرات پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر
سازگار	گروه	۷۲۱/۰۲	۱	۷۲۱/۰۲	۳۲/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵
ناسازگار	گروه	۴۸۱/۵۹	۱	۴۸۱/۵۹	۴۱/۹۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱
افسردگی	گروه	۴۱۰۸/۲۹	۱	۴۱۰۸/۲۹	۱۶۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶

**جدول ۳** میانگین تعدیل شده راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی را نشان می‌دهد یعنی اثر متغیر تصادفی کمکی به صورت آماری حذف شده است. براساس داده‌های موجود در **جدول ۲** میانگین راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در مقایسه با گروه کنترل تغییر زیادی را داشته است.

برای انجام آزمون‌های تحلیل کواریانس باید ابتدا پیش فرض‌های آن را بررسی کرد که برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده که نتایج آن در جدول همگنی واریانس‌ها آمده است که نتایج نشان دهنده همگنی واریانس‌ها در شدت افسردگی و راهبردهای سازگار و ناسازگار نظم جویی شناختی هیجان است.

همچنین فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت نتایج نشان دهنده همگنی ماتریس واریانس کواریانس بوده است. ( $P < 0/04$ ,  $M_{box} = 3/10$ ) جدول نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره را جهت بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر راهبردهای نظم جویی شناختی هیجانی و شدت افسردگی را در مرحله پس آزمون در دو گروه نشان می‌دهد. براساس داده‌های موجود در **جدول ۴** نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد بین میانگین‌های تعدیل شده، نمرات شدت افسردگی و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد ( $P < 0/05$ ) و طرح‌واره درمانی هیجانی توانسته اندازه اثر بالایی را در شدت افسردگی و راهبردهای ناسازگار و سازگار نظم جویی شناختی هیجان در پس آزمون ایجاد کند.

## بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان و شدت افسردگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. نتایج بدست آمده نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی هیجانی تأثیر مناسبی در کاهش شدت افسردگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی داشته است. با وجود اینکه مطالعات کمی در راستای این پژوهش صورت پذیرفته اما با نتایج تحقیقات مشابه قبلی (۲۰، ۲۱، ۲۵، ۲۶-۳۲) همسو است.

برای تبیین اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی بیماران می‌توان از رویکردهای مبتنی بر پذیرش و شناخت درمانی بهره برد. طبق اصل پذیرش طرح‌واره درمانی هیجانی مثل اکثر رویکردهای نسل سوم تلاش می‌کند که بیماران از پذیرش هیجانات بجای نشخوار و اجتناب استفاده کنند (۳۳) این رویکردها به افراد کمک می‌کنند تا هیجانات را به عنوان بخش انکار ناپذیر و همبسته زندگی خود پذیرفته و نسبت به آنها دیدگاه جدیدی را کسب کنند تا اینکه درگیر و سرگرم سرکوبی هیجانات خود نشوند. همچنین از سوی دیگر طرح‌واره درمانی هیجانی به جای تأکید بر ایجاد هیجان‌ها از طریق شناختها و محتوای افکار بر این باور است که هیجان‌ها به تنهایی می‌توانند به محتوای شناختی، توجهی، رفتاری و حافظه‌ای ارتباط داشته باشند که هیجان‌های ناخوشایند و حتی خوشایند با طرح‌واره‌های خاصی مثل تداوم ارتباط دارند که چالش با ابعاد طرح‌واره‌ای باعث کاهش نشانگان افسردگی می‌شود (۲۵).

از سوی دیگر مطالعه حاضر نشان داد که طرح‌واره درمانی هیجانی راهبردهای ناسازگار و سازگار تنظیم شناختی هیجان را در گروه آزمایش پس آزمون کاهش می‌دهد. پژوهش مستقیمی که در این باره وجود ندارد ولی در پژوهش‌های مشابه مثل آموزش تنظیم هیجان بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در بیماران افسرده (۲۶) توانسته بود راهبردهای ناسازگار نظم جویی شناختی هیجانی مثل نشخوار، سرزنش خود و فاجعه انگاری را کاهش دهد. همچنین در پژوهش نادری و همکاران (۳۴) طرح‌واره درمانی هیجانی توانسته بود راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان را در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه کاهش دهد در پژوهش قاسمی و همکاران (۳۵) درمان مبتنی بر شفقت توانسته بود راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان را در بیماران افسرده کاهش دهد. در تبیین این یافته می‌توان ادعا کرد که طرح‌واره درمانی هیجانی با برقرار رابطه درمانی عمیق، متمرکز بر طرح‌واره و جایگزینی راهبردهای تنظیم هیجانی کارآمدتر برای رهایی از نشانه‌های اضطراب و بالاخص کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگار متمرکز شده است. چون راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجانی با شدت و علائم افسردگی ارتباط دارند و یک بعد مهم درمانی طرح‌واره‌های هیجانی هم پرداختن به راهبردهای دردسرساز و جایگزین کردن آنها با راهبردهای کارآمدتر است.

بطور کلی طرح‌واره درمانی هیجانی با برقراری رابطه درمانی عمیق و در الویت قرار دادن هیجانات بیمار و تأکید بر طرح‌واره‌ها و راهبردهای تنظیم هیجانی توانسته اثربخشی خود را در پژوهش حاضر نیز تأیید نماید و شدت افسردگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را بهتر کرده است. از محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم وجود مرحله پیگیری است که بهتر است در پژوهش‌های آتی پیگیری‌های بلندمدت صورت بگیرد. همچنین طرح‌واره درمانی هیجانی هنوز در اول راه است پژوهش خیلی کمی در این زمینه صورت گرفته که بهتر است پژوهش‌های گسترده دیگر درباره طرح‌واره درمانی هیجانی بر روی سایر متغیرهای مرتبط با افسردگی صورت بگیرد. همچنین در پژوهش‌های آتی بهتر است طرح‌های مقایسه‌ای با روان‌درمانی‌های استاندارد برای افسردگی برای تعیین حساسیت و اختصاصی بودن این رویکرد درمانی جدید صورت بگیرد.

## نتیجه‌گیری

طرح‌واره درمانی هیجانی رویکردی نوظهور از مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجان می‌تواند نشانه‌ها و شدت افسردگی را کاهش داده و میزان استفاده بیماران از راهبردهای ناسازگار نظم جویی شناختی هیجان را کاهش داده و استفاده از راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان را افزایش دهد.

## تشکر و قدردانی

از تمامی مسئولین دانشکده علوم پزشکی خوی بالاخص مسئول محترم واحد سلامت روان، اجتماعی و اعتیاد جناب آقای محسن مددلو و تمامی بیماران محترمی که نهایت همکاری با ما را داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم. (کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1398.50.608)



## References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). American Psychiatric Pub2013.
2. Joiner Jr, Thomas E. "Depression in its interpersonal context." The Guilford Press.2002.
3. Goldstein DJ, Potter WZ, A. CD. "Biological theories of depression and implications for current and new treatments." Pharmacotherapy of depression. Humana Press, Totowa, NJ. 2011;1-32. DOI: 10.1007/978-1-60327-435-7\_1
4. Wilson CJ, Deane FP. Help-negation and suicidal ideation: the role of depression, anxiety and hopelessness. *J Youth Adolesc.* 2010;39(3):291-305. DOI: 10.1007/s10964-009-9487-8 PMID: 19957103
5. Hammar A, Strand M, Ardal G, Schmid M, Lund A, Elliott R. Testing the cognitive effort hypothesis of cognitive impairment in major depression. *Nord J Psychiatry.* 2011;65(1):74-80. DOI: 10.3109/08039488.2010.494311 PMID: 20560870
6. Bhar SS, Brown GK. Treatment of depression and suicide in older adults. *Cognitive Behav Pract.* 2012;19(1):116-125. DOI: 10.1016/j.cbpra.2010.12.005
7. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy. Handbook of emotion regulation. 2014;2:469-490.
8. Mashhadi A, Hassani J. Investigating the Factor Structure, Validity and Narrative of the Persian Version of the Cognitive Emotion-Form of Children's Cognitive Regulation Questionnaire. [Persian]. *Principle Mental Health.* 1392;14.
9. Sirota NA, Moskovchenko DV, Yaltonsky VM, Kochetkov YA, Yaltonskaya AV. Psychodiagnostics of emotional schemas: the results of transcultural adaptation and assessment of psychometric properties of Russian Version of Leahy Emotional Schema Scale II (LESS II\_RUS). 2013;77:76.
10. Zemestan M, Imani M. The effectiveness of over-the-counter treatment on the symptoms of depression, anxiety and emotion regulation. *Contemporary Psychology. Volume One* [Persian]. (22):21-32.
11. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Person AndIndivid Difference.* 2006;40(8):1659-1669. DOI: 10.1016/j.paid.2005.12.009
12. Brunoni AR, Nitsche MA, Bolognini N, Bikson M, Wagner T, Merabet L, et al. Clinical research with transcranial direct current stimulation (tDCS): challenges and future directions. *Brain Stimul.* 2012;5(3):175-195. DOI: 10.1016/j.brs.2011.03.002 PMID: 22037126
13. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. ۲۰۰۷.
14. Momeni F. The effectiveness of emotional regulation training on depression, anxiety and emotional regulation problems in girls with major depressive disorder living in dormitories. [Persian]. *Behav Sci Res.* 2016;14(1):64-71.
15. Starpur F, Ahmadi E, Qaramlaki H. The effectiveness of emotion regulation training on reducing the symptoms of student depression. [Persian]. *J Cognitive Res.* 2014;1(1):31-38.
16. Leahy R. Emotional schema therapy. (Translated by S. Jahangiri). Ibn Sina Publications. Tehran Iran [Persian]. 2016.
17. Leahy RL, Tirsch DD, Melwani PS. Processes underlying depression: Risk aversionemotional schemas, and psychological flexibility. *Int J Cognitive Therap.* 2012;5(4):362-379. DOI: 10.1521/ijct.2012.5.4.362
18. Riskind JH, Kleiman EM. Looming cognitive style, emotion schemas, and fears of loss of emotional control: Two studies. *Int J Cognitive Therap.* 2012;5(4):392-405. DOI: 10.1521/ijct.2012.5.4.392
19. Mokhber N, Azarpazhooh M, Talaei A. Comparison of Desipramine and Sertraline in the Treatment of Depression in Patients Suffering from Alzheimer Disease [Persian]. *JRUMS.* 2010;9(4):249-262.
20. Leahy RL. Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behav Pract.* 2007;14(3):297-302. DOI: 10.1016/j.cbpra.2006.08.002
21. Khaleghi M, Leahy RL, Akbari E, Mohammadkhani S, Hasani J, Tayyebi A. Emotional schema therapy for generalized anxiety disorder: a single-subject design. *Int J Cognitive Therap.* 2017;10(4):269-282. DOI: 10.1521/ijct.2017.10.4.269
22. Saeedeh D, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. Effectiveness of treatment of emotional schemas on emotional schemas of child victims of child abuse and neglect. [Persian]. 1394:1484-1498.
23. Ghadmapour E, Hosseini R, Nasrin S, Moradiani G, Seyedeh Kh. The Effectiveness of Emotional Therapy Therapy on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation Strategies for Socially Disappointed Students. [Persian]. *Armaghan Danesh.* 1397;23(5):591-607.
24. Greenberg LS, Goldman RN. Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power. *America Psychol Associat.* 2008. DOI: 10.1037/11750-000
25. Rezaei M, Ghazanfari F, Rezaei F. The effectiveness of emotional schema therapy on the severity of depression and mental rumination in people with major depression. [Persian]. 1396.
26. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press.2011.
27. Khanzadeh M, Idrisi F, Mohammadkhani Sh, Saeedian M. Investigating the Factor Structure and Psychometric Specifications of Student Scale Scale on Students. [Persian]. *J Cognitive Res.* 1392;11(3).
28. Fata L, Birshak B, Vahid A, Kit D. Semantic structures, schemas, emotional states, and cognitive processing of emotional information: Comparison of two conceptual frameworks [Persian]. *Quarter J Thought Behav.* 1384;42:312-326.
29. Kamali S, Gharraee B, Birashk B. The role of emotional schema in prediction of pathological worry in Iranian students. *Procedia Soc Behav Sci.* 2013;84:994-998. DOI: 10.1016/j.sbspro.2013.06.687
30. Greenberg LS, Pascual-Leone A. Emotion in psychotherapy: a practice-friendly research review. *J Clin Psychol.* 2006;62(5):611-630. DOI: 10.1002/jclp.20252 PMID: 16523500
31. 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):500-505. DOI: 10.1016/j.jad.2013.06.034 PMID: 23870427
32. Renner F, Arntz A, Leeuw I, Huijbers M. Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinic Psychol Sci Pract.* 2013;20(2):166-180. DOI: 10.1111/cpsp.12032
33. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice.* 2002;9(3). DOI: 10.1016/S1077-7229(02)80048-7
34. Naderi Y, Moradi A, Hasani J, Noah S. The effectiveness of emotion-based schema therapy (EST) in emotional schema (ES) and cognitive regulatory strategies (CER) in patients with post-traumatic stress disorder (PTSD). [Persian]. *J Psychol Health Res.* 1394;9(2):4.
35. Ghasemi N, Goodarzi M, Ghazanfari F. The effectiveness of compassion-based therapy on cognitive emotion regulation, mindfulness skills, and readiness to experience the shame and guilt of people with mixed depression anxiety disorder. [Persian]. *Clinic Psychol Stud.* 1398;9(34):145-166.