

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی (EST) بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۰/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۱۵

مهدی رضایی*، عزت اله قدم پور**، مظاهر رضایی***، رضا کاظمی****

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی (EST) بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام گرفت.

روش: در این مطالعه پیش‌تجربی، از طرح پیش-آزمون، پس-آزمون و پی‌گیری تک‌گروهی استفاده شد و از میان مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاوره رهیار اسلام شهر، ۱۱ نفر (۷ زن و ۴ مرد) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس آنها در ۹ جلسه (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفتند و برای ارزیابی پایداری اثرات درمانی در طول زمان، بیماران به مدت دو ماه مورد پیگیری قرار گرفتند. به منظور سنجش تشخیص افسردگی اساسی، شدت افسردگی و پاسخ‌های اندیشناک به ترتیب از مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID)، پرسشنامه افسردگی بک-II (BDI-II) و مقیاس پاسخ‌های اندیشناک (RRS) استفاده شد. داده‌ها نیز با آزمون آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی به طور معناداری منجر به کاهش شدت افسردگی ($p < 0.0001$) و اندیشناکی ($p < 0.0001$) می‌گردد و این کاهش در دوره پیگیری نیز پایدار بود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های این پژوهش، طرحواره درمانی هیجانی به عنوان رفتار درمانی شناختی، نوظهور می‌تواند برای کاهش شدت افسردگی و اندیشناکی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به کار رود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، افسردگی اساسی، اندیشناکی.

rezaee.mehdi15@yahoo.com
ghadampour.e@lu.ac.ir
mazaher.rezaei@yahoo.com
rezakazemi@ut.ac.ir

* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
** استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران
*** استادیار، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، گروه روانشناسی بالینی، زنجان، ایران
**** دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

مقدمه

بیلیون دلار رسید [۸] و در سال ۲۰۱۰ نیز از مرز ۸۳ بیلیون دلار عبور کرد [۹]. بنابراین، با درمان این اختلال پرهزینه می‌توان بار اقتصادی سنگینی را از دوش جامعه برداشت. اخیراً در درمان و علت‌شناسی افسردگی، بر ملاکهای فراتشخیصی^۳ تأکید شده است. یکی از این روش‌ها متمرکز کردن درمان بر متغیرهای سببی بالقوه مثل اندیشناکی^۴ [۱۰، ۱۱] و طرحواره‌های هیجانی [۱۲، ۱۳] می‌باشد. اندیشناکی به عنوان افکاری مقاوم و تکراری تعریف می‌شود که حول یک موضوع معمول دور می‌زند. این افکار به صورت غیر ارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی دور می‌سازد [۱۴]. با وجود رابطه اندیشناکی با اختلالات هیجانی مختلف، رابطه اندیشناکی و افسردگی نقطه شروع مهمی برای پرداختن به مفهوم اندیشناکی بوده است [۱۵]. نولن هوکسما^۵ [۱۶] در نظریه سبک‌های پاسخدهی^۶ به تبیین مفهوم اندیشناکی و نقش آن در افسردگی پرداخته است. در این نظریه تأثیر دو نوع سبک پاسخی اندیشناک و منحرف‌کننده حواس^۷ با یکدیگر مقایسه شده‌اند. سبک پاسخی اندیشناک به عنوان افکار منفعل و تکرار شونده‌ای تعریف می‌شود که توجه فرد را بر نشانه‌های افسردگی، دلایل و پیامدهای آن متمرکز می‌کند [۱۶]. در این نظریه تأکید می‌شود که پاسخ‌های اندیشناک نقطه مقابل حل مسأله موثر و ساختاریافته است، یعنی مانع بروز رفتارهایی می‌شود که به بهبودی افسردگی کمک می‌کنند [۱۷، ۱۸]. بدین ترتیب نقش اندیشناکی در خلق غمگین و افسردگی به وفور نشان داده شده است [۱۹، ۲۰، ۲۱] و از آن به عنوان یک پیش‌بینی‌کننده قوی برای افسردگی یاد می‌شود [۲۲] تا جایی که با کاهش دادن آن می‌توان در جهت بهبودی افسردگی گام برداشت [۱۶]. همچنین، مدل‌های مختلفی از اندیشناکی وجود دارد که یکی از تازه‌ترین مدل‌ها آن را به عنوان طرحواره هیجانی^۸ در نظر گرفته است [۲۳].

طرحواره‌های هیجانی عبارت است از تفسیر هیجان و بکارگیری راهبردهای مقابله با آن [۱۲]. در الگوی طرحواره

اختلال افسردگی اساسی^۱ (MDD) یک اختلال خلقی مزمن است که در سرتاسر جهان شایع می‌باشد. شیوع طول عمر و ۱۲ ماهه آن در ده کشور با درآمد بالا به ترتیب ۱۴/۶ و ۵/۵ درصد (در آمریکا ۱۹/۲ و ۸/۳ درصد) بوده و در هشت کشور با درآمد متوسط شیوع طول عمر ۱۱/۱ درصد و شیوع ۱۲ ماهه آن ۵/۹ درصد می‌باشد [۱]. در ایران نیز میزان شیوع آن از آمارهای گزارش شده در سطح جهانی بیشتر است [۲] طوری که میزان شیوع افسردگی خفیف، متوسط و شدید را در میان جمعیت‌های خاص به ترتیب ۳۰/۱ درصد، ۲۵/۴ درصد و ۱۴/۸ درصد برآورد کرده اند که نسبت به آمار جهانی بالاتر است [۲]. همچنین، مطالعات همه‌گیر شناسی نشان می‌دهند اختلال افسردگی یکی از پرهزینه‌ترین بیماری‌های نیروی کار می‌باشد. مبتلایان به افسردگی تقریباً ۲۷ برابر بیشتر از افراد سالم با نقص و ناتوانی در انجام وظایف مواجهه می‌شوند [۳]. همچنین این افراد بیشتر احتمال دارد که شغل خود را از دست بدهند یا به فرسودگی شغلی دچار شوند [۴] و در معرض بیشتر صدمات شغلی و تصادفات قرار دارند [۵]. در همین راستا، سازمان جهانی مطالعه بیماری‌ها^۲ در سال ۲۰۱۰ افسردگی را در رتبه یازدهم عامل ناتوانی رتبه‌بندی کرده است در حالیکه همین سازمان در سال ۱۹۹۰ آن را در رتبه پانزدهم قرار داده بود [۶]. بنابراین، با گذشت زمان، شدت تأثیر آن بر جامعه افزایش می‌یابد و باید روز به روز توجه بیشتری نسبت به آن مبذول داشت.

علاوه بر مشکلات کارکردی ناشی افسردگی، این بیماری به طور مستقیم یا غیر مستقیم بار اقتصادی بیشتری را بر دوش دولتها قرار می‌دهد. برای مثال فقط در آمریکا میزان هزینه‌های مستقیم (هزینه‌های درمانی) و غیر مستقیم (هزینه‌های از دست دادن سودبخشی) برای افسردگی سالانه ۴۴/۰۱ تا ۸۳ بیلیون دلار برآورد شده است که مقدار هنگفتی به حساب می‌آید [۷]. در همین راستا، در سال ۱۹۹۰ میزان هزینه‌های مستقیم و غیر مستقیم پرداخت شده برای افسردگی اساسی به ترتیب به ۱۲/۴ و ۳۱/۱ بیلیون دلار رسید و در سال ۲۰۰۰ این مقدار به ۷۷/۴

3- Transdiagnostic

4- rumination

5- Nolen-Hoeksema

6- Response Style Theory

7- Distraction

8- Emotional schema

1- Major Depressive Disorder

2- Global Burden Of Deases Study

از قبیل وسواس فکری-عملی [۲۷]، اضطراب مقاوم به درمان [۲۸]، اضطراب منتشر [۲۹]، اختلالات زناشویی [۳۰] و باورهای فراشناختی دردرساز [۳۱] تأیید کرده‌اند. ولی آنچه که در این پژوهش بیشتر مورد توجه قرار گرفته است، ارتباط طرحواره های هیجانی دردرساز با افسردگی است که لیهی [۱۲] و لیهی و همکاران [۳۲] آن را تأیید می‌کنند. همچنین خانزاده و همکاران [۳۳] نشان دادند که تمامی ابعاد طرحواره‌های هیجانی (به جز تلاش برای منطقی بودن) با افسردگی ارتباط معناداری دارند، در پژوهشی دیگر، لیهی و همکاران [۲۳] داده‌های مختلفی را درباره ارتباط افسردگی با طرحواره‌های هیجانی گزارش کرده‌اند که طی آن در یک نمونه ۱۳۶۳ نفری، بعضی از طرحواره‌های هیجانی بیشترین نقش را در پیش‌بینی افسردگی دارند. آنها گزارش می‌کنند که این طرحواره های هیجانی حتی بالاتر از عوامل فراشناختی [۱۰] مثل باورهای مثبت و منفی درباره اندیشناکی و نگرانی، افسردگی را پیش‌بینی می‌کند. در تأیید روایی افزایشی طرحواره‌های هیجانی، اخیراً نشان داده شد که باورهای فراشناختی قادر به تمایز دو گروه افسرده تک‌قطبی و دوقطبی نیست درحالیکه طرحواره‌های هیجانی کرحی، دیدگاه ساده انگارانه درباره هیجان، تلاش برای منطقی بودن، اندیشناکی، فقدان ارزشهای برتر و کنترل به خوبی قادر به این تمایز هستند [۳۴]. به همین دلیل، لیهی [۱۳، ۳۵، ۳۶] یک رویکرد درمانی جدیدی به نام طرحواره درمانی هیجانی^{۱۲} (EST) ابداع کرده است که طرحواره های هیجانی را هدف قرار می‌دهد.

طرحواره درمانی هیجانی یک رویکرد درمانی فراشناختی (یا فراهیجانی) یکپارچه ساز است که بر اساس مدل طرحواره‌های هیجانی [۱۲] ساخته شده است. این الگوی درمانی که حاصل ترکیب مدل فراشناختی ولز [۱۰] و درمان هیجان مدار^{۱۳} (EFT) گرینبرگ [۲۴] است در تلاش است تا درمانهای موج سوم شناختی-رفتاری^{۱۴} (CBT) را به صورت یکپارچه درآورد تا از ازمهم پاشیدگی و انشعابات فراوان درمان شناختی-رفتاری جلوگیری کند [۱۳، ۲۳، ۳۶].

هیجانی^۱ (ESM)، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مثل، اجتناب تجربی^۲ (مانند سرکوبی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش از حد بر اندیشناکی و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیرانطباقی) و یا راهبردهای دیگر، بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند [۲۳]. در واقع این مدل بر موارد زیر تأکید می‌کند: افراد چگونه تجربه هیجانی خود را مفهوم بندی می‌کنند، چه انتظاراتی دارند، چگونه درباره هیجان‌های خود قضاوت می‌کنند و چه راهبردهای رفتاری و بین فردی را در پاسخ به تجربه هیجانی خود بکار می‌گیرند [۲۳]. لیهی^۳ [۱۲، ۱۳] این الگو را الگوی فراشناختی^۴ یا فراهیجانی^۵ می‌نامد که در آن هیجان مورد شناخت اجتماعی^۶ قرار می‌گیرند. به طور کلی طرحواره هیجانی همان فلسفه های فردی درباره هیجان بشمار می‌روند [۲۳] و از این نظر به مدل فراشناختی پاپاچور جیو و ولز^۷ [۱۵] نزدیک شده است و به نوعی آن را در خود جای داده است [۱۳]. این الگو معتقد است که هیجان‌ها یک موضوعی شناختی تشکیل می‌دهد که ارزیابی و کنترل می‌شوند و یا توسط افراد مورد استفاده قرار می‌گیرند [۱۲] و با طرحواره هیجانی گرینبرگ^۸ [۲۴] که در آن هر هیجان محتوای شناختی خاص خود را دارد که منجر به اختلال می‌گردد و طرحواره هیجانی ایزارد^۹ [۲۵] به معنی تعامل بین هیجان و شناخت تفاوت دارد [۱۳].

الگوی طرحواره هیجانی بیان می‌کند که استدلال هیجانی^{۱۰} و اکتشاف هیجانی^{۱۱} بخشی از تفکر افسرده‌زا و اضطراب زا می‌باشد [۱۳]، درحالیکه یک مولفه اساسی در تفکر افراد غیربالینی نیز می‌باشد [۲۶]. در همین راستا پژوهش‌ها ارتباط این الگو با مجموعه وسیعی از اختلالات،

1- Emotional Schema Model

2- Experimental avoidance

3- Leahy

4- Meta-cognitive

5- Meta-emotional

6- Social cognition

7- Papageorgiou & Wells

8- Greenberg

9- Izard

10- Emotional reasoning

11- Emotional Heuristic

12- Emotional Schema Therapy (EST)

13- Emotional Focused Therapy

14- Cognitive Behavior Therapy

هیجان‌ها تجربیاتی غیر قابل تحمل هستند کمک می‌کند، (۶) اعتباریابی و ابراز هیجان تا حدی منجر به بهنجارسازی، همگانی سازی، بهبود درک، افتراق هیجان‌های مختلف از یکدیگر، و کاهش احساس گناه و شرمساری می‌شود و کمک می‌کند تا باورهای قابل تحمل بودن هیجان تقویت گردد. طرحواره درمانی هیجانی در همین راستا تلاش می‌کند تا در موارد زیر به بیمار کمک کند: شناسایی و افتراق انواع گوناگون هیجان‌ها، بهنجارسازی تجربه هیجانی، مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارتباطات بین فردی 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 آرایه پاسخ‌های مفید تر به هیجان، ایجاد راهبردها و باورهای جدید، انعطاف پذیر و انطباقی تر نسبت به تجربه هیجانی [۱۳، ۲۳].

یکی از اهداف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی بیماران مبتلا افسردگی اساسی می‌باشد. چون ارتباط افسردگی و شدت آن با طرحواره‌های هیجانی منفی به فور نشان داده شده است [۱۲، ۲۳، ۳۲، ۳۳] منطقی به نظر می‌رسد تا اثر دستکاری طرحواره‌های هیجانی منفی بر شدت افسردگی مورد مطالعه قرار بگیرد. از سوی دیگر طرحواره درمانی هیجانی از دل درمان‌هایی بیرون آمده (درمان فراشناختی و درمان هیجان‌محور) که برای بیماران افسرده و مضطرب ابداع شده‌اند، [۱۰، ۲۴، ۳۶] اما هنوز مطالعات کافی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر افسردگی نپرداخته‌اند. به عبارت دیگر این الگوی درمانی، دو مدل درمان فراشناختی ولز [۱۰] و درمان هیجان‌مدار گرینبرگ [۲۴] که در بهبود افسردگی موفق بوده‌اند، را با هم ترکیب کرده است و از آنجا که این دو پروتکل درمانی در بهبودی افسردگی موفق بوده‌اند [۴۱، ۴۲] می‌توان انتظار داشت که طرحواره درمانی هیجانی نیز بتواند در کاهش شدت افسردگی موثر واقع شود ولی کمتر پژوهشی به بررسی این موضوع پرداخته. در همین راستا، لیهی [۱۳، ۳۶] معتقد است طرحواره درمانی هیجانی می‌تواند به طور فعال،

به همین منظور از فنون اصلی درمان فراشناختی^۱ (MCT) ولز [۱۰] یعنی توجه آگاهی انفصالی^۲ نسبت به هیجان، درمان هیجان‌مدار گرینبرگ [۲۴] مثل تقویت پردازش هیجانی، رفتار درمانی دیالکتیکی^۳ لینهان^۴ [۳۷] از قبیل توصیف و اعتباربخشی به هیجان و تنظیم هیجانی، درمان دلسوزی محور^۵ ژیلبرت^۶ [۳۸] مثل دلسوزی نسبت به خود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ [۳۹] درمان شناختی-رفتاری و سایر تکنیک‌ها استفاده می‌کند. چون اخیراً شواهد نشان می‌دهد که تمام درمان‌های موج سوم به تنهایی به اندازه کافی اثربخش نیستند [۴۰]. لیهی [۱۳] بر این عقیده است که درمان‌های موج سوم به علت عدم تأکید درمان شناختی-رفتاری بر رابطه درمانی گسترش یافته‌اند به همین منظور او در این الگوی درمانی، رابطه درمانی را از طریق تأکید بر اعتباربخشی، پذیرش و پردازش هیجانی در درمان شناختی-رفتاری پر رنگ‌تر کرده است. به طور کلی، می‌توان گفت این الگوی درمانی یک رویکرد درمانی خالص نیست، بلکه از به هم پیوستن مجموعه‌ای از تکنیک‌های درمانی مختلف به وجود آمده است.

در یک مفهوم‌بندی کلی لیهی [۱۳] طرحواره درمانی هیجانی (EST) را شکل هیجان محور رفتار درمانی شناختی می‌داند که بر پایه شش اصل کلیدی زیر بنا نهاده شده است: (۱) هیجان‌های دردناک همگانی هستند، (۲) هیجان‌ها در جریان تکامل ظهور یافته‌اند و دارای ارزش بقا و سازگاری هستند، (۳) طرحواره‌های مربوط به هیجان مشخص می‌کنند که هر هیجان چه تأثیری بر تداوم یا افزایش بیشتر یک هیجان دارد، (۴) طرحواره‌های هیجانی دردسرساز عبارت است از فاجعه آمیز قلمداد کردن هیجان، فاقد معنی بودن هیجان، قلمداد کردن هیجان به صورت پایدار، غیر قابل کنترل، شرم آور و منحصر به فرد، (۵) راهبردهای کنترل هیجان مانند تلاش برای سرکوبی، نادیده انگاشتن، خنثی سازی، حذف هیجان از طریق پرخوری و مصرف الکل، به تأیید باورهای منفی که

- 1- Meta-Cognitive Therapy
- 2-Detached Mindfulness
- 3- Dialectic Behavior Therapy
- 4- Linehan
- 5 Compassion Focused Therapy
- 6- Gilbert
- 7- Acceptance and Commitment Therapy

افسردگی را کاهش دهد. گلدمن^۱ و همکاران [۴۳] در پژوهشی مشابه، با افزودن مداخلات هیجان محور به رابطه درمانی (همان کاری که EST انجام می دهد) نشان دادند که افسردگی به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد، یافته ای که اخیراً نیز به طور تجربی مورد حمایت قرار گرفته است [۴۴]. با این وجود، در دو پژوهش پروتکل کامل طرحواره درمانی هیجانی بکار گرفته شده است که در یکی از آنها دانشمند و همکاران [۴۵] با ۳۰ زن قربانی کودک آزاری و غفلت، نشان دادند این مدل درمانی منجر به کاهش طرحواره‌های هیجانی ناسازگار که پیش‌بینی کننده افسردگی هستند می‌شود. در مطالعه دیگر لیهی [۲۷] اثربخشی آن بر یک فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مقاوم به درمان نشان داده است ولی هیچ پژوهشی اثربخشی آن را بر افراد مبتلا به افسردگی اساسی مورد مطالعه قرار نداده است. بنابراین، این سوال پیش می‌آید که آیا طرحواره درمانی هیجانی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید منجر به کاهش شدت افسردگی خواهد شد؟ پاسخ به این سوال هدف اول این مطالعه را تشکیل می‌دهد.

دومین هدف این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اندیشناکی افراد مبتلا به افسردگی اساسی می‌باشد. از آنجا که اندیشناکی به عنوان یک فرایند اجتناب تجربی در نظر گرفته می‌شود که بدان وسیله فرد از تجربه هیجان‌ها خودداری می‌کند [۱۳] می‌توان انتظار داشت که طرحواره درمانی هیجانی منجر به کاهش آن گردد، چون طرحواره درمانی هیجانی علاوه بر اصلاح باورهای غلط هیجانی، فرد را با هیجان‌هایش رو به رو ساخته و به تقویت پردازش هیجانی می‌پردازد [۱۳، ۳۵]. همچنین، اندیشناکی در مدل طرحواره‌های هیجانی لیهی [۲۳] یک طرحواره هیجانی در نظر گرفته شده که ارتباط آن با افسردگی در اکثر پژوهش‌ها مورد تأیید قرار گرفته است [۱۲، ۲۳، ۳۳]. بنابراین، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اندیشناکی بیماران افسرده هدف دوم پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد. چون این مدل درمانی اندیشناکی را به طور مستقیم مورد هدف قرار می‌دهد. اما در مطالعه دانشمند و همکاران [۴۵] طرحواره درمانی هیجانی

افسردگی را کاهش دهد. گلدمن^۱ و همکاران [۴۳] در پژوهشی مشابه، با افزودن مداخلات هیجان محور به رابطه درمانی (همان کاری که EST انجام می دهد) نشان دادند که افسردگی به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد، یافته ای که اخیراً نیز به طور تجربی مورد حمایت قرار گرفته است [۴۴]. با این وجود، در دو پژوهش پروتکل کامل طرحواره درمانی هیجانی بکار گرفته شده است که در یکی از آنها دانشمند و همکاران [۴۵] با ۳۰ زن قربانی کودک آزاری و غفلت، نشان دادند این مدل درمانی منجر به کاهش طرحواره‌های هیجانی ناسازگار که پیش‌بینی کننده افسردگی هستند می‌شود. در مطالعه دیگر لیهی [۲۷] اثربخشی آن بر یک فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مقاوم به درمان نشان داده است ولی هیچ پژوهشی اثربخشی آن را بر افراد مبتلا به افسردگی اساسی مورد مطالعه قرار نداده است. بنابراین، این سوال پیش می‌آید که آیا طرحواره درمانی هیجانی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید منجر به کاهش شدت افسردگی خواهد شد؟ پاسخ به این سوال هدف اول این مطالعه را تشکیل می‌دهد.

دومین هدف این پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اندیشناکی افراد مبتلا به افسردگی اساسی می‌باشد. از آنجا که اندیشناکی به عنوان یک فرایند اجتناب تجربی در نظر گرفته می‌شود که بدان وسیله فرد از تجربه هیجان‌ها خودداری می‌کند [۱۳] می‌توان انتظار داشت که طرحواره درمانی هیجانی منجر به کاهش آن گردد، چون طرحواره درمانی هیجانی علاوه بر اصلاح باورهای غلط هیجانی، فرد را با هیجان‌هایش رو به رو ساخته و به تقویت پردازش هیجانی می‌پردازد [۱۳، ۳۵]. همچنین، اندیشناکی در مدل طرحواره‌های هیجانی لیهی [۲۳] یک طرحواره هیجانی در نظر گرفته شده که ارتباط آن با افسردگی در اکثر پژوهش‌ها مورد تأیید قرار گرفته است [۱۲، ۲۳، ۳۳]. بنابراین، تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اندیشناکی بیماران افسرده هدف دوم پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد. چون این مدل درمانی اندیشناکی را به طور مستقیم مورد هدف قرار می‌دهد. اما در مطالعه دانشمند و همکاران [۴۵] طرحواره درمانی هیجانی

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، به لحاظ هدف کاربردی و به لحاظ جمع‌آوری داده‌ها از نوع پیش تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری تک گروهی می‌باشد. طرح تک‌گروهی در مواردی که گماشتن بیماران در لیست انتظار امکان ندارد یا غیراخلاقی بوده راهگشا می‌باشد [۴۶]. در این پژوهش، طرحواره درمانی هیجانی به عنوان متغیر مستقل و متغیرهای شدت افسردگی و اندیشناکی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شده‌اند.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل ۱۲۱ نفر بودند که در فصول بهار و تابستان سال ۱۳۹۳ به مرکز مشاوره رهیار اسلامشهر تهران مراجعه کرده بودند و از میان آنها به تعداد ۱۱ نفر (۷ زن و ۴ مرد) با میانگین سنی ۳۳/۶۳ به روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بود از: دریافت نمره حداقل ۱۴ در پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II)، دریافت تشخیص اختلال افسردگی اساسی غیرسایکوتیک براساس مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک^۲ (SCID-I) یعنی در یک دوره حداقل دو هفته‌ای یکی از علائم خلق افسرده یا کاهش قابل ملاحظه در علایق را همراه با حداقل چهار

2- structured clinical interview for DSM-IV-TR disorder (SCID)

1- Goldman

اندیشناک (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس^۳ (DRS) تشکیل شده است. RRS ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود هر عبارت را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند [۵۰]. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های اندیشناک، پایایی درونی بالایی دارد. آلفای کرونباخ آن در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد [۵۱، ۵۲، ۵۳]. علاوه بر این ضریب بازآزمایی برای RRS به مدت بیش از ۱۲ ماه ۰/۶۷ است [۵۴]. در ایران نیز باقری‌نژاد و همکاران [۵۵] هبستگی آن با پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۵۶ برآورد کرده‌اند.

۳- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک و دو DSM-IV-TR (SCID-I و SCID-II). SCID-I برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر^۴ (SCID-CV) و نسخه پژوهشی می‌باشد که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده گردید. این نسخه، اختلال‌هایی که در کلینیک‌ها 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 ماده‌ها 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 [۵۶]. CID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) بکار می‌رود و تمامی اختلالات مربوطه را 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 مقوله ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون طبقه ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است [۵۷]. همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است [۵۷].

ویژگی زیر داشته باشد: کاهش یا افزایش اشتها؛ کم‌خوابی یا پرخوابی، کندی روانی-حرکتی؛ احساس خستگی یا کمبود انرژی؛ احساس بی‌ارزشی یا گناه مفرط؛ کاهش قدرت تفکر و تمرکز؛ افکار عودکننده درباره مرگ و سنین بین ۴۲-۱۹ سال. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: استفاده از دارو درمانی و سایر درمان‌های روانشناختی در حال حاضر و شش ماه گذشته، وجود کندی روانی-حرکتی و کلامی شدید، وجود اختلال‌های همایند مثل روان‌پریشی، اختلال شخصیت مرزی براساس مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور دو، سلوک، افسردگی دوقطبی، سوء مصرف مواد براساس مصاحبه ساختاریافته برای اختلالات محور یک، عدم وجود نشانه‌های دال بر خودکشی.

ابزار

۱- پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II): این پرسشنامه 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. ماده‌های این مقیاس نشانه‌های اصلی افسردگی از قبیل احساس غمگینی، بدبینی، شکس‌های گذشته، فقدان لذت، احساس گناه، احساس مربوط به تنبیه، بی‌زاری از خویشتن، عیب‌جویی از خویشتن، فکر یا میل به خودکشی، گریه، برانگیختگی، بی‌علاقگی، بلا تکلیفی، احساس بی‌ارزشی، کم‌توانی، تغییر در الگوی خواب، تحریک‌پذیری، تغییر در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی و احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به امور جنسی را می‌سنجد. بک و همکاران [۴۷] ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز دابسون و محمدخانی [۴۸] ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند. رجبی و همکاران [۴۹] ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۷ و ضریب بازآزمایی به فاصله سه هفته را ۰/۴۹ گزارش کرده‌اند.

۲- مقیاس پاسخ‌های اندیشناک^۱ (RRS): پرسشنامه سبک‌های پاسخ^۲ (RSQ) از دو مقیاس پاس‌های

2- Response Styles Questionnaire
3- Distracting Response Scale
4- Clinical version

1- ruminative response scale (RRS)

بررسی پیگیری اجرا گردید. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده با آزمون‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، آزمون تعقیبی و شاخص تغییر پایا، بوسیله نرم افزار SPSS19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. البته نمونه اولیه‌ای که وارد درمان شدند ۱۶ نفر بودند که ۵ نفر از آنها بعد از مراحل اولیه، درمان را ترک کردند و نمونه به ۱۱ نفر کاهش یافت. موضوعات و محتوای درمان در جدول ۱ نشان داده شده است.

روند اجرای پژوهش: بعد از مراجعه بیماران به مرکز ارائه خدمات روان‌شناختی و مشاوره رهیاری، ابتدا تعداد افرادی که به این مرکز مراجعه نموده بودند و براساس ارزیابی بالینی دارای شاخص‌های تشخیصی اختلال افسردگی بودند، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و با کسب رضایت وارد مرحله درمان ۹ جلسه‌ای (هر هفته ۹۰ دقیقه) شدند. سپس در اولین جلسه، آخرین جلسه و دو ماه بعد از درمان، پرسشنامه افسردگی بک-II و مقیاس پاسخ‌های اندیشناک (RRS) به عنوان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

جدول (۱) موضوعات و محتوای طرحواره درمانی هیجانی

مراحل	موضوعات	محتوای درمان
۱	ارزیابی اولیه میزان افسردگی و تبیین آن در قالب رابطه همدلانه.	تبیین افسردگی بر اساس الگوی طرحواره‌های هیجانی، شناسایی طرحواره‌های هیجانی در دسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به بیمار، تمرین توجه‌آگاهی انفصالی، تکلیف منزل: توجه‌آگاهی انفصالی به هیجان.
۲	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی.	بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن، شناسایی خاستگاه‌های مختلف طرحواره‌های هیجانی اعتبارزدا، شناسایی پاسخ‌های مشکل‌زا به اعتبارزدایی، ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، تکلیف منزل: اعتباربخشی دلسوزانه به خویشتن و توجه‌آگاهی انفصالی به هیجان.
۳	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با طرحواره‌های هیجانی در دسرساز.	برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل، تکلیف 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 همراه با توجه آگاهی انفصالی به هیجان.
۴	بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره‌های هیجانی در دسرساز.	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، تکلیف منزل: مشاهده و توصیف هیجان.
۵	بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات.	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد و همجوشی‌زدایی، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تمرین نامه‌نگاری دلسوزانه، تکلیف منزل: اقدام متضاد و نامه‌نگاری دلسوزانه.
۶	بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی.	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف، تکلیف منزل: در جستجوی هیجان‌های مثبت و ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی.
۷	بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند ^۲ و بازسازی شناختی.	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، نقص کامیابی ^۱ ، شناسایی افکار خودآیند، تمایز افکار از احساسات، فن پیکان رو پایین، فاجعه زدایی، تکلیف منزل: دسته بندی افکار منفی.
۸	بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی.	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، بررسی معایب و مزایای افکار منفی، فن درجه‌بندی میزان هیجان و میزان باور به یک فکر، تکلیف منزل: بررسی معایب و مزایای افکار منفی.
۹	جمع بندی و ارزیابی.	روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام تکالیف خانگی، پس‌آزمون.

- 1- affective forecasting
- 2- Constructive Discomfort
- 3- Successful imperfection

یافته‌ها

پایایی آزمون بازآزمون یا همسانی درونی ابزار می‌باشد.

$$SE = s_1 \sqrt{1 - r_{xx}}$$

براساس این فرمول مقدار شاخص پایا برای شدت افسردگی (با همسانی درونی ۰/۷۴) ۴/۵۱ و اندیشناکی (با همسانی درونی ۰/۸۶) ۳/۱۴ بدست آمد که از ۱/۹۶ بزرگتر می‌باشد. یافته‌های توصیفی حاصل از این پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است.

در تجزیه و تحلیل داده‌ها ابتدا با استفاده از فرمول جاکوبسن و همکاران [۵۸] که در زیر آمده است به بررسی پایایی و اعتبار طرحواره درمانی هیجانی پرداخته شد.

$$RCI = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{SE}$$

در این فرمول RCI شاخص تغییر پایا می‌باشد که در صورت تجاوز از ۱/۹۶ نشان دهنده اعتبار درمانی است [۵۸] و مخرج کسر هم از طریق فرمول جداگانه زیر محاسبه می‌گردد که در آن S1 انحراف استاندارد پیش‌آزمون و r_{xx}

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و اندیشناکی در سه دوره زمانی

متغیر وابسته	پیش-آزمون	پس-آزمون	پیگیری
افسردگی	میانگین (انحراف معیار) ۲۹/۲۷ (۵/۶۲)	میانگین (انحراف معیار) ۱۶/۳۶ (۳/۹۰)	میانگین (انحراف معیار) ۱۶/۶۳ (۳/۸۱)
اندیشناکی	۴۴/۳۶ (۱۱/۰۷)	۳۱/۳۶ (۱۱/۷۶)	۳۳/۲۷ (۱۱/۶۷)

تقریبی، $W = ۰/۶۰$ (موخلی) و عدم نیاز به اصلاح درجات آزادی در تحلیل واریانس تک متغیری بود. بنابراین، داده‌ها برای تجزیه و تحلیل آماری آماده بود و نتایج آزمون تحلیل واریانس تک متغیری با فرض کرویت، برای متغیر وابسته شدت افسردگی بیانگر معنادار بودن اثر زمان (پیش-آزمون، پس-آزمون، پیگیری) بود ($F_{(۹,۲)} = ۱۲۴/۸۲$ ، $p < ۰/۰۰۰۱$). که در جدول ۳ نشان داده شده است. در مرحله دوم آزمون تحلیل واریانس تک گروهی بر روی متغیر وابسته اندیشناکی صورت گرفت. از این رو دوباره با رعایت عدم وجود داده‌های پرت (کمتر بودن ارزش مشاهده شده فاصله مهالانوبیس با ارزش عددی $۱۶/۲۷$ با درجه آزادی ۳) توزیع داده‌ها در سه سطح اندازه‌گیری مورد بررسی قرار گرفت که حاکی از رعایت مفروضه بهنجاری در زمان‌های سنجش اول ($p = ۰/۷۳$ ، $۰/۶۶ =$ کالموگروف-اسمیرنف Z)، دوم ($p = ۰/۸۷$ ، $۰/۴۳ =$ کالموگروف-اسمیرنف Z) و سوم ($p = ۰/۸۶$ ، $۰/۴۵ =$ کالموگروف-اسمیرنف Z) بود. سپس نتایج آزمون موخلی مورد بررسی قرار گرفت و نتیجه آن نشان داد که مفروضه کرویت درباره متغیر اندیشناکی رعایت نشده است ($p < ۰/۰۰۰۱$ ، $X^2_{(۲)} = ۲۰/۸۶$ ، $p < ۰/۰۰۰۱$ ، $X^2_{(۲)} = ۰/۰۹$ ، W موخلی). بنابراین، باید در درجات آزادی اصلاحاتی انجام گردد. به همین سبب از عامل اپسیلون، آزمون هین-فلت

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس مکرر تک‌گروهی، ابتدا اثر زمان (پیش-آزمون، پس-آزمون، پیگیری) بر شدت افسردگی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، به همین منظور مفروضه‌های آماری این آزمون مورد بررسی قرار گرفت و با رعایت مفروضه‌های فاصله‌ای بودن مقیاس متغیر وابسته و استقلال مشاهدات، ابتدا برای بررسی پرت‌ها در سه متغیر (شدت افسردگی در سه دوره زمانی) جدول مهالانوبیس^۱ ایجاد گردید. این جدول نشان داد که حد اکثر مقدار فاصله مهالانوبیس^۲ برابر با $۶/۷۲$ می‌باشد که با درجه آزادی ۳ (تعداد متغیرهای وابسته) از مقدار بحرانی ($۱۶/۲۷$) کمتر است، یعنی داده‌ی پرتی در نمرات افسردگی افراد وجود ندارد. همچنین، بهنجار بودن توزیع متغیرهای وابسته در سه دوره زمانی با استفاده از آزمون کالموگروف-اسمیرنف بررسی گردید و نتایج نشان داد که شدت افسردگی در زمان‌های سنجش اول ($p = ۰/۹۹$ ، $۰/۴۸ =$ کالموگروف-اسمیرنف Z)، دوم ($p = ۰/۱۱$ ، $۱/۲۱ =$ کالموگروف-اسمیرنف Z) و سوم ($p = ۰/۷۶$ ، $۰/۶۷ =$ کالموگروف-اسمیرنف Z) از توزیع نرمال برخوردار می‌باشد. سپس آزمون موخلی بررسی شد که حاکی از رعایت مفروضه کرویت ($p = ۰/۱۰۲$ ، $X^2_{(۲)} = ۴/۵۶$ ، $p = ۰/۱۰۲$)

1- mahalanobis
2- Mahal. Distance

مورد استفاده قرار گرفت (۰/۵۳) و نتایج آن که در جدول ۳ گزارش شده است، نشان داد زمان (پیش-آزمون، پس-آزمون، پیگیری) اثر معناداری بر اندیشناکی دارد ($F_{(۹,۱۷,۰۷)} = ۹۶/۴۳, P < ۰/۰۰۰۱$).

جدول ۳) آزمون اثرات درون گروهی بر متغیرهای افسردگی و اندیشناکی

منبع	آزمون	مجموع مجذورات درجه سوم	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
افسردگی	با فرض کرویت	۱۱۹۶/۷۸	۲	۵۹۸/۳۹	۱۲۴/۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۲	۱
اندیشناکی	با فرض کرویت	۱۰۸۴/۰۶	۲	۵۴۲/۰۳	۹۶/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱
	هین-فلت	۱۰۸۴/۰۶	۱/۰۷	۱۰۳۰/۶۴	۹۶/۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱	۱

بنابراین، همانطوری که جدول ۲ نشان می‌دهد میزان میانگین در مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله پس‌آزمون نسبتاً ثابت مانده است و مقایسه زوجی در جدول ۴ نیز حاکی از فقدان معناداری تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری می‌باشد ($p > ۰/۰۵, p = -۰/۲۷$ تفاوت میانگین‌ها). بدین ترتیب می‌توان گفت که طرحواره درمانی هیجانی اثرات پایداری در کاهش افسردگی دارد. نمودار ۱ روند تغییرات را در سه مرحله مداخله به خوبی نشان می‌دهد.

از آنجا که آزمون F معنادار بود برای مقایسه‌های زوجی از آزمون بونفرونی استفاده گردید. همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد در میانگین افسردگی میان سه دوره زمانی تفاوت معناداری وجود دارد و از آنجا که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۰۱$)، می‌توان گفت که طرحواره درمانی هیجانی منجر به کاهش افسردگی می‌گردد. همچنین تفاوت میانگین‌های پیش‌آزمون و پیگیری ($p < ۰/۰۰۰۱, p = -۱۲/۶۴$ تفاوت میانگین‌ها) معنادار بود.

جدول ۴) مقایسه‌های زوجی بونفرونی بر میانگین‌های سه دوره زمانی افسردگی و اندیشناکی

متغیر وابسته	زمان اندازه‌گیری		
	۱	۲	۳
افسردگی	—	۱۲/۹۱**	۱۲/۶۴**
	-۱۲/۹۱**	—	-۰/۲۷
	-۱۲/۶۴**	-۰/۲۷	—
اندیشناکی	—	۱۳**	۱۱/۰۹**
	-۱۳*	—	-۱/۹۱*
	-۱۱/۰۹**	-۱/۹۱*	—

$P < ۰/۰۰۱^*, P < ۰/۰۰۰۱^{**}$

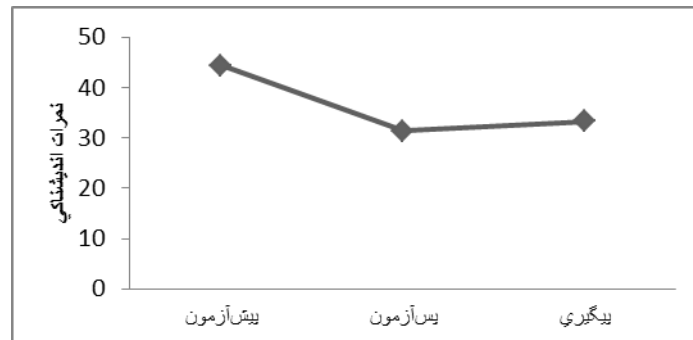


نمودار ۱) مقایسه درون آزمودنی نمرات افسردگی در سه سطح مداخله

هیجانی منجر به کاهش اندیشناکی نیز می‌گردد ($p < ۰/۰۰۰۱, p = ۱۳$ تفاوت میانگین‌ها). همچنین تفاوت

مقایسه‌های زوجی پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر اندیشناکی نشان می‌دهد (جدول ۴) طرحواره درمانی

میانگین اندیشناکی از دوره پس‌آزمون به پیگیری معنادار می‌باشد ($p < 0/001$)، تفاوت میانگین‌ها). نمودار ۲ روند تغییرات را به خوبی نشان می‌دهد.



نمودار ۲) مقایسه درون آزمودنی نمرات اندیشناکی در سه سطح مداخله

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در افسردگی همخوان است. برای تبیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش شدت افسردگی و می‌توان گفت که این الگوی درمانی کمتر بر این موضوع تأکید می‌کند که هیجان‌ها چگونه بوسیله شناخت‌ها ایجاد می‌شوند یا اینکه چگونه محتوای افکار درباره هیجان‌ها باعث ادامه یافتن راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌گردد. در حالیکه بر این باور است که هیجان‌ها ممکن است به محتوای شناختی، رفتاری، توجهی و فرایندهای خاطره‌ای متصل باشند و تأکید می‌کند نظریه هیجان به طور تلویحی در پاسخ افراد به تجارب هیجانی شان مشهود است [۱۳]. بنابراین، در درجه اول با تغییر باورهای فراهیجانی در دسرساز فرد به کاهش افسردگی می‌پردازد.

از سوی دیگر طرحواره درمانی هیجانی پایداری^۲ و پیش بینی عاطفی^۳ که در آن بیماران افسرده پیش بینی می‌کنند که هیجان‌های ناخوشایند و حتی خوشایند طولانی‌تر از آنچه که انتظار دارند ادامه خواهد یافت [۶۳]، را از طریق شناسایی ابعاد طرحواره‌های هیجانی مربوط به این حیطه (مثل طرحواره هیجانی تداوم)، جمع‌آوری اطلاعات از میان آزمایشات رفتاری و ارزیابی سوگیری‌های طرحواره‌ای به طور مستقیم مورد هدف قرار می‌هد و از این طریق به کاهش علائم افسردگی کمک می‌کند [۳۶].

سایر ابعادی که در طرحواره درمانی هیجانی برای بیماران افسرده مورد ارزیابی قرار می‌گیرند و در کاهش شدت آن

میان پیش‌آزمون و پیگیری معنادار می‌باشد ($p < 0/001$)، تفاوت میانگین‌ها) بنابراین، طرحواره درمانی هیجانی بر اندیشناکی نیز اثرات پایدار دارد هر چند افزایش

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی (EST) بر شدت افسردگی و پاسخ‌های اندیشناک افراد مبتلا به افسردگی اساسی انجام گردید. به عبارت دیگر، پژوهش حاضر با هدف بررسی اعتبار یک پروتکل درمانی جدید به نام طرحواره درمانی هیجانی در فرهنگ ایرانی صورت گرفت. یافته‌های حاصل از آن نشان داد همانطوری که انتظار می‌رفت، طرحواره درمانی هیجانی به طور معناداری منجر به کاهش افسردگی و اندیشناکی می‌گردد. در خصوص بررسی میزان کاهش افسردگی می‌توان گفت در نتیجه ارایه طرحواره درمانی هیجانی، افسردگی از دامنه شدید (با میانگین ۲۹/۲۷ در پیش‌آزمون) به دامنه ملایم (۱۶/۳۶) کاهش یافته و در دوره پیگیری (۱۶/۶۳) نیز پایدار مانده است. بنابراین، طرحواره درمانی هیجانی افسردگی شدید را به فروکشی نسبی^۱ تقلیل داده است [۵۹]. همچنین به دلیل شاخص تغییر پایایی بالا می‌توان گفت که طرحواره درمانی هیجانی از پایایی درمانی خوبی مطلوبی برخوردار است. اما به دلیل اینکه این رویکرد درمانی هنوز در حال گسترش است و داده‌های آزمایشی کافی از آن بدست نیامده است امکان مقایسه دقیق آن با سایر پژوهش‌ها وجود ندارد. با وجود این، پژوهش حاضر با مطالعه دانشمند و همکاران [۴۵] و با آن دسته از پژوهش‌ها که نشان می‌دهند افزودن مداخلات هیجان محور به رفتار درمانی شناختی می‌تواند منجر به بهبودی افسردگی گردد [۴۳، ۴۴، ۶۰، ۶۱، ۶۲] و عقیده لیهی [۱۳، ۳۶] مبنی بر

2- durability

3- affective forecasting

1- partial remission

رفتاری نیست [۲۳] ولی مدل طرحواره درمانی هیجانی به دنبال افزایش هشیاری آگاهانه و افتراق هیجانی می باشد. در واقع طرحواره درمانی هیجانی به این علت بر هشیاری آگاهانه تمرکز می کند که ناخوانی هیجانی^۲ (درک و آگاهی ناچیز از هیجان) اغلب خصیصه همراه افسردگی است [۶۵، ۶۶]. طرحواره درمانی هیجانی با بکارگیری تکنیک‌های درمان هیجان مدار [۲۴] به بیمار کمک می کند تا به این آگاهی برسد و دامنه ای از هیجان‌اتش را شناسایی کند، به آنها برچسب بزند و از همدیگر متمایز سازد که این اعمال باعث می شود بیمار برانگیختگی و تجربه هیجانی عمیق را تجربه کنند که با کاهش نشانه‌های افسردگی همراه است [۶۷]. به طور کلی، طرحواره درمانی هیجانی از طریق افزایش پذیرش هیجان‌های دردناک و متعارض بر بهبودی افسردگی و اندیشناکی کمک می کند، که در آن بیمار می آموزد به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا قربانی شدن توسط آنها، بر وجود هیجان‌های خود، آگاه باشد و تلاش کند تجربه خود را هر چه عمیق‌تر دریافت کند. بیمار در طول جلسات درمانی به این ادراک می رسد که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار. بنابراین، می توان به جای اجتناب تجربی یا اندیشناکی در باره هیجان‌ها، آنها را پذیرفت و بدین طریق انعطاف‌پذیری روانشناختی بیماران را بیشتر می کند [۱۲].

همچنین مدل طرحواره درمانی هیجانی عملکرد قابلیت خود-تسکین بخشی را نوعی فرایند تفسیر کرده است که در تنظیم هیجانی سازگاران انسان نقش محوری دارد [۲۳، ۶۸]. و پرورش آن (مثل استفاده از نامه نگار دلسوزانه) عنصری ضروری در طرحواره درمانی هیجانی است که از درمان دلسوزی محور [۳۸] اقتباس شده است. بدین ترتیب EST از طریق افزایش توانایی بیماران در مهربان بودن نسبت به خود (خود-دلسوزی) و احساس تعلق نسبت به دیگران (دلسوزی) به سلامت روانی آنها کمک می کند [۶۹].

به طور کلی می توان گفته طرحواره درمانی هیجانی به عنوان یک الگوی درمانی یکپارچه‌ساز هر چهار ویژگی درمان پروتکل یکپارچه^۳ [۷۰] را دارد و از طریق آنها

تأثیرگذار می باشد، عبارت است از این عقیده که هیجان‌ها، فرد ویژه و خاص بیمار بوده و اتفاق نظر پایینی درباره هیجان وجود دارد. در این زمینه طرحواره درمانی هیجانی با بهنجارسازی هیجانی و اعتبار بخشی اینکه دیگران نیز دارای چنین هیجان‌اتی هستند صورت می پذیرد [۳۵]. از سوی دیگر احساس گناه و شرمساری درباره تجربه هیجانی با افسردگی رابطه بالایی دارد و همچنین موجب افزایش اجتناب تجربی، اندیشناکی، توجه افراطی به هیجان و خود انتقادی می گردد که EST با اعتبار بخشی به این تجربه هیجانی و در پیش گرفتن توجه آگاهی انفصالی نسبت به آن، اندیشناکی و علایم افسردگی را کاهش می دهد. چون نقش توجه آگاهی در کاهش ارزیابی های منفی از افکار مورد تأیید قرار گرفته است [۱۰]. به عبارت دیگر، همانطور که درمان فراشناختی به بیمار کمک می کند به این تشخیص برسد که، این فقط یک فکر است، طرحواره درمانی هیجانی نیز به بیمار کمک می کند تا دریابد این فقط احساسی است که هم اکنون تجربه می کند [۱۳].

همانطور که ذکر شد، منطق اساسی طرحواره درمانی هیجانی این است که هیجان به خودی خود دردسرساز نیست بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای (برای واکنش به هیجان) و تمایل به اقدام کردن بر اساس استدلال هیجانی تعیین کننده می باشد. در این زمینه طرحواره درمانی هیجانی با راهنمایی بیمار برای انجام اقدام متضاد، همجوشی زدایی، تجربه هیجان به صورت یک موج و اتخاذ رویکردی بدون قضاوت نسبت به هیجان (از فنون درمان‌های موج سوم) که منجر به کاهش هیجان‌های آشفته می شوند [۶۴] بر کاهش اندیشناکی و افسردگی کمک می کند. همچنین در EST به منظور روشن سازی و اصلاح نظریه هیجان بیمار از فنون ارزیابی‌های سقراطی و شناختی، آزمایشات تجربی و تجارب رفتاری و سایر مداخلات استفاده می شود تا به افراد کمک شود هیجان‌های خود را بهنجارسازی کنند، با هیجان‌هایشان کنار بیایند و آنها را به ارزشهای برتر ربط دهند [۲۳].

یکی دیگر از عوامل اثرگذار EST بر افسردگی و اندیشناکی تأکید آن بر نقش فراآگاهی^۱ می باشد. اگرچه آگاهی هشیارانه یک بخش ضروری تغییر یا یادگیری هیجانی و

2- alexithymia
3- Unified Protocol

1- Meta-Awareness

- 4- Haslam, C, Atkinson S, Brown S, Haslam RA. Perceptions of the impact of depression and anxiety and the medications for these conditions on safety in the workplace. *Occup Environ Med.* 2005; 62(8):538-45.
- 5- Williams CD, Schouten R. Assessment of occupational impairment and disability from depression. *J Occup Environ Med.* 2008; 50(4):441-50.
- 6- Sayegh L, Locke DL, Pistilli P, Penberthy JK, Chachamovich E, McCullough JP, et al. Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy for Treatment- Resistant Depression: Adaptation to a Group Modality. *Behav Change.* 2012; 29(2):97-108.
- 7- Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morganstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *JAMA.* 2003; 289(23): 3135-44.
- 8- Greenberg PA, Kessler RC, Brinbaum HG, Leong., SA, Lowe SW, Berglund PA, et al. The economic burden of depression in the United States: how did it change between 1990 and 2000? *J Clin Psychiatry.* 2003; 64(12):1465-75.
- 9- Lepine BA, Moreno RA, Campos RN, Couttolenc BF. Treatment-resistant depression increases health costs and resource utilization. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012; 34(4):379-88.
- 10- Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression.* New York: Guilford Press; 2009.
- 11- Watkins ER, Mullan E, Wingrove J, Rimes K, Steiner H, Bathurst N, et al. Rumination-focused cognitive-behavioural therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2011; 199(4):317-22.
- 12- Leahy RL. Model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract.* 2002; 9(3):177-90.
- 13- 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.
- 14- Joormann J. Differential effect of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cogn Behav Ther.* 2006; 30(2):149-60.
- 15- Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res.* 2003; 27(3):261-73.
- 16- Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol.* 1991; 100(4):569-82.
- 17- Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL. Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *J Abnorm Psychol.* 1993; 102(1):20-8.

عمل می‌کند. این چهار ویژگی عبارت‌اند از: افزایش آگاهی هیجانی، شناسایی و مقابله با اجتناب هیجانی و تجربی، مواجهه‌سازی با سرخ‌های هیجانی درونی و بیرونی و افزایش انعطاف‌پذیری در ارزیابی‌ها و انتساب‌ها [۶۱]. شواهد نیز نشان می‌دهند که اعمال آنها در روان‌درمانی منجر به کاهش نشانه‌های اختلالات هیجانی از قبیل افسردگی می‌گردد [۶۲].

این مطالعه نیز مثل همه پژوهش‌ها خالی از محدودیت نبود. یکی از این محدودیت‌ها به قابلیت تعمیم نتایج مربوط می‌شود چون از نمونه‌های در دسترس استفاده گردیده است. یکی دیگر از آنها به طرح پژوهشی پیش‌تجربی این مطالعه مربوط می‌شود. به این معنا که نمی‌توان به طور قاطع بیان کرد که تغییرات در متغیر وابسته تحت تاثیر مداخله درمانی یعنی متغیر مستقل قرار داشته است. سومین محدودیت به بسنده کردن جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از ابزارهای خودسنجی مربوط می‌شود که در معرض سوگیری قرار دارند. چهارمین محدودیت عبارت است از ناکافی بودن مدت زمان پیگیری (۲ ماه).

از آنجا که الگوی طرحواره درمانی هیجانی یک رویکرد درمانی نو ظهور است، مطالعات زیادی را بر روی آن می‌توان انجام داد. بنابراین، پیشنهاد می‌شود اثربخشی آن در گروه‌های سنی و بالینی مختلف به خصوص اختلالات اضطرابی نیز مورد مطالعه قرار بگیرد. از آنجا که این مدل درمانی به عنوان یک الگوی درمانی یکپارچه‌ساز، دو رویکرد درمانی فراشناختی [۱۰] و هیجان‌مدار [۲۴] را با هم ترکیب کرده است پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی با آنها نیز مورد مقایسه قرار بگیرد.

منابع

- 1- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo GD, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med.* 2011; 9(90):1-16.
- 2- Fallah R, Farhadi S, Amini K, Mohajeri M. Prevalence of Depression in Personnel of Zanjan University of Medical Sciences. *J Zanjan Uni Med Sci.* 2010; 75(19):107-14. [Persian].
- 3- Kennedy N, Abbott R, Paykel ES. Longitudinal syndromal and sub-syndromal symptoms after severe depression: 10-year follow-up study. *Br J Psychiatry.* 2012; 184(4):330-36.

- features of Emotional Schemas Scale in students. *J Clin Psychol.* 2013; 11(3):92-119. [Persian].
- 34- 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 Psychiatry.* 2014; 55(7):546-55.
- 35- Leahy RL. Emotional schema therapy. In: Herbert J, Forman E, editors. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies.* New York: Wiley; 2010.
- 36- Leahy RL. *Emotional Schema Therapy.* New York: Guilford; 2015.
- 37- Linehan MM. *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.* New York: Guilford Press; 1993.
- 38- Gilbert P. Introducing compassion- focused therapy. *J Adv Psychiatr treat.* 2009; 15(3):199-208.
- 39- Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guilford; 1996.
- 40- Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Curr Opin Psychiatry.* 2012; 25(6):522-38.
- 41- Wells A., Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *Cognit Ther Res.* 2009; 33(3):291-300.
- 42- Greenberg L, Watson J. Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychother Res.* 1998; 8(2):210-24.
- 43- Goldma R, Greenberg L, Angus L. The effects of adding specific emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. *Psychother Res.* 2005; 16(5):537- 49.
- 44- 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.
- 45- Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi HA. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *J Shahid Sadoughi Uni Med Sci.* 2014; 22(5):1481-94. [Persian].
- 46- Cozby P, Bates S. *Methods in Behavioral Research,* 11th ed. New York: McGraw-Hill; 2011.
- 47- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual of the Beck inventory-II.* San Antonio TX: The psychological corporation; 2000.
- 48- Dabson E, Mohammadkhani P. Psychometric features of depression inventory-II in depressive disorders in partial remission. *J Rehabil.* 2007; 29(8):80-6. [Persian].
- 18- Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cogn Behav Pract.* 2001; 8(2):160-64.
- 19- Moulds MC, Kandris E, Starr S, Wong ACM. The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. *Behav Res Ther.* 2007; 45(2):251- 61.
- 20- Nolen-Hoeksema S, Stice E, Wade E, Bohon C. Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *J Abnorm Psychol.* 2007; 116(1):198-207.
- 21- LeMoult J, Joormann J. Depressive rumination alters cortisol decline in Major Depressive Disorder. *Asian J Psychiatr.* 2014; 6(1):35-41.
- 22- Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspect Psychol Sci.* 2008; 3(5):400- 24.
- 23- Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide.* New York: Guilford press; 2011.
- 24-Greenberg LS. *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings.* Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
- 25- Izard CE. Emotion theory and research: highlights, unanswered questions, and emerging issues. *Annu Rev Psychol.* 2009; 60:1-25.
- 26- Kahneman D, Frederick S. A model of heuristic judgment. In: Holyoak KJ, Morrison RG, editors. *The Cambridge handbook of thinking and reasoning* New York: Cambridge; 2005. P. 267-93.
- 27- Leahy RL. Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cogn Behav Pract.* 2007; 14(3):297-302.
- 28- Leahy RL. Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cogn Behav Pract* 2007; 14(1): 36-45.
- 29- Rahimian-Boogar I, Kianersi F, 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].
- 30- Leahy RL, Kaplan D. Emotional schemas and relationship adjustment. *Conference of Advancement of Behavior Therapy* 2004; 561-65.
- 31- Yavuz KF, Türkçapar MH, Demirel B, Karadere E. Adaptation, Validity and Reliability of The Leahy Emotional Schema Scale Turkish Version Based on Turkish University students and workers. *Dusunen Adam.* 2011; 24(4):273-82.
- 32- Leahy R. L., Tirch DD, Melwani PS. Processes Underlying Depression: Risk Aversion, Emotional Schemas, and Psychological Flexibility. *Int J Cogn Ther.* 2012; 5(4):362-79.
- 33- Hkzadeh M, Edrisi F, Mohammadkhani S, saidian M. Factor analysis and psychometric

- 63- Wilson TD, Wheatley T, Meyers JM, Gilbert DT, Axsom D. Focalism: a source of durability bias in affective forecasting. *J Pers Soc Psychol.* 2000; 78(5):821-36.
- 64- McKay M, Wood J, Brantley J. *The dialectic behavior therapy skills workbook: practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation and distress tolerance.* New York: Guilford Press; 2007.
- 65- Hintikka J, Honkalampi K, Lehtonen V, Viinamäki H. Are alexithymia and depression distinct or overlapping constructs?: A study in a general population. *Compr Psychiatry.* 2001; 42(3):234-39.
- 66- Bamonti PM, Heisel MJ, Topciu RA, Franus N, Talbot I, Duberstein PR. Association of Alexithymia and Depression Symptom Severity in Adults 50 Years of Age and Older. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2010; 18(1):51-6.
- 67- Pos AE, Greenberg LS. Emotion-focused Therapy: The Transforming Power of Affect. *J Contemp Psychother.* 2007; 37(1): 25-36.
- 68- Golpour R, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. The Effectiveness of Cognitive Self-Compassion Training and Emotion-Focused Therapy on Quality of Life with Depression Disorder. *J Clin Psychol.* 2014; 6(21):53-64. [Persian].
- 69- Prasko J, Diveky T, Mozny P, Sigmundova Z. Therapeutic letters – changing the emotional schemas using writing letters to significant caregivers *Eur Psychiatry.* 2012; 116:1-65
- 70- Barlow DH, Ellard K, Fairholme CP, Farchione TJ, Boisseau CL, Allen LB, Ehrenreich-May J. *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook.* New York: Oxford University Press; 2011.
- 49- Rajabi G, Atari Y, Haghghi J. Factor analysis of Beck depression inventory in boy students OF Shahid Chamran university. *J Educ Psychol.* 2001; 8(3): 49-66. [Persian].
- 50- Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Ruminative Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognit Ther Res.* 2003; 27(3):247-59.
- 51- Bagby RM, Rector NA, Segal ZV, Joffe RT, Levitt AJ, Kennedy SH, et al. Rumination and distraction in major depression: Assessing response pharmacological treatment. *J Affective Disord.* 199; 55(2-3):225-29.
- 52- 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.
- 53- Nolen-Hoeksema S, Davis CG. Thanks for sharing that: Ruminators and their social support networks. *J Pers Soc Psychol.* 1999; 77(4):801-14.
- 54- Luminet O. Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. In: Papageorgiou C, Wells A, editor. *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment.* New York: Wiley; 2004. p. 187-215.
- 55- Bagherinejad M, Salehi-Fedri J, Tabatabai M. Relation between rumination and depression Iranian students. *J Educ Psychol Stud.* 2010; 11(1):21-38. [Persian].
- 56- Mohammadkhani P. Structured clinical interview for DSM-IV-TR disorder. Tehran: Danzhe; 2010. P. 2. [Persian].
- 57- Maffei C, Fossati A, Agostoni I, Donati D, Namia C, Novella L, Petrachi M. Inter-rater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II). *J Pers Disord.* 1997; 11(3):279-84.
- 58- Jacobson NS, Follette WC, & Revenstorf D. Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behav Ther* 1984; 15(4):336-352.
- 59- Khoshnam S, Borjali A, Karegari-Padar L, Amiri H. Effectiveness of emotion focused therapy on patients with major depression disorder. *Contemp Psychol.* 2014; 9(1):95-106. [Persian].
- 60- Watson JC, Gordo L, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P. Comparing the effectiveness of process experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol.* 2003; 71(4):773-81.
- 61- Ellard KK, Fairholme CP, Boisseau CL, Farchione TL, Barlow DH. Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cogn Behav Pract.* 2010; 17(1):88-101.
- 62- Bilek EL, Ehrenreich-May J. An Open Trial Investigation of a Transdiagnostic Group Treatment for Children With Anxiety and Depressive Symptoms. *Behav Ther.* 2012; 43(4):887-97.

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

Rezaei, M. *Ph.D Student., Ghadampur, E. Ph.D., Rezaei, M. Ph.D., Kazemi, R. Ph.D Student.

Abstract

Introduction: Present study was conducted to examine effectiveness of emotional schema therapy (EST) on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder.

Method: Pretest and post-test design and single group follow up was used in this pre-experimental study. 11 patients (7 women and 4 men) who had attended to Rahiar clinic were selected by convenience sampling method. They participated in 9 sessions (every week of 90-minute session) of emotional schema therapy and patients were followed for two months to assess the sustainability of the effects of treatment over time.

In this study depression, In order to assess major depression, severity of depression and rumination were assessed by using structured clinical interview for DSM-IV-TR (SCID), Beck Depression Inventory-II (BDI-II) and Ruminative Response Scale (RRS) respectively. Data was analyzed by using repeated measures analysis of variance.

Results: Results showed that emotional schema therapy (EST) has reduced severity of depression ($p < 0/0001$) and rumination ($p < 0/0001$) significantly and this reduction was consistent in follow up period.

Conclusion: Based on research's findings, emotional schema therapy (EST) as new cognitive behavioral therapy can be used to decrease severity of depression and rumination in patients with major depression.

Keywords: emotional schema therapy, major depressive, severity of depression, rumination

*Correspondence E-mail:
rezaee.mehdi15@yahoo.com