

The effectiveness of emotional schema therapy on the severity of depression, emotional dysregulation and emotional schemas in patients with major depressive disorder

Arezoo Ghasemkhanloo¹, Akbar Atadokht², Vahid Sabri³

1-M.A, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran (Corresponding Author).

E-mail: Psy.arezoo@gmail.com

2- Professor, Department of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.

3- Phd Candidate of Clinical Psychology, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran.

Received: 19/05/2021

Accepted: 24/07/2021

Abstract

Introduction: Major depression disorder is one of the most common psychological disorders that is often characterized by anhedonia, low mood, lethargy, distraction, changes in sleep and appetite and suicidal ideation.

Aim: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotional schema therapy on the severity of depression, emotional dysregulation and emotional schemas of patients with major depressive disorder.

Method: The present study was an experimental study with a pretest-posttest design with a control group. The study population was patients with depression who referred to health centers in Khoy in 2020. 30 of them were randomly selected and assigned to experimental and control groups. The experimental group underwent 9 one-hour treatment sessions. Data were collected using Beck Depression Questionnaire (BDI-II), Emotional Regulation Questionnaire (ERQ) and Leahy Emotional Schemas Questionnaire (LESS-II). Data collection was analyzed using multivariate analysis of covariance in SPSS-26 software.

Results: The results of post-test scores of depression intensity, suppression, reappraisal and adaptive and non-adaptive emotional schema showed that there was a significant difference between the experimental and control groups ($p < 0.001$). The effect size of emotional schema therapy was to reduce the severity of depression (0.86), repression (0.63), re-evaluation (0.69), adaptive emotional schemas (0.74) and non-adaptive emotional schemas (0.78).

Conclusion: Emotional schema therapy as an emerging emotion-focused therapy can be used as an effective and efficient treatment to reduce depression, emotional dysregulation, and correct emotional schemas.

Keywords: Major depressive disorder, Emotional regulation, Emotions

How to cite this article: Ghasemkhanloo A, Atadokht A, Sabri V. The effectiveness of emotional schema therapy on the severity of depression, emotional dysregulation and emotional schemas in patients with major depressive disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2021; 8 (3): 76-88 .URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1204-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and build up the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی، بد تنظیمی هیجانی و طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

آرزو قاسم خانلو^۱، اکبر عطادخت^۲، وحید صبری^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Psy.arezoo@gmail.com

۲. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. کاندیدای دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۰۵/۰۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۰۲/۲۹

چکیده

مقدمه: اختلال افسردگی اساسی به عنوان یکی از اختلال‌های شایع روانشناختی است که اغلب با بی‌لذتی، خلق پایین، بی‌حالی، حواس‌پرتی، تغییرات خواب و اشتها و احتمال وجود افکار خودکشی مشخص می‌شود.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی، بد تنظیمی هیجانی و طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع مطالعه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش بیماران مبتلا به افسردگی که در سال ۱۳۹۹ به مراکز بهداشتی شهرستان خوی مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها ۳۰ نفر به‌طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. برای گروه آزمایشی جلسات درمانی یک ساعته به صورت هفتگی برگزار شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه بک (BDI-II) و پرسشنامه تنظیم هیجانی (ERQ) و پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی نسخه دوم (LESS-II) جمع‌آوری شده و بعد از جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نمرات پس‌آزمون شدت افسردگی، سرکوبی، ارزیابی مجدد و طرحواره‌های هیجانی انطباقی و غیرانطباقی نشان داد که بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). اندازه اثر طرحواره درمانی هیجانی در کاهش شدت افسردگی (۰/۸۶)، سرکوبی (۰/۶۳)، ارزیابی مجدد (۰/۶۹)، طرحواره‌های هیجانی انطباقی (۰/۷۴) و طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی (۰/۷۸) بود.

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی هیجانی به عنوان درمانی نوظهور متمرکز بر هیجان می‌تواند به عنوان درمانی مؤثر و کارآ برای کاهش افسردگی، بد تنظیمی هیجانی و اصلاح طرحواره‌های هیجانی به کار برود.

کلیدواژه‌ها: اختلال افسردگی اساسی، تنظیم هیجان، هیجان

مقدمه

اساسی طراحی شده است که یکی رویکردهای جدید درمانی مبتنی بر هیجان، طرحواره درمانی هیجانی است که برای کاهش و توضیح افسردگی و حتی سایر اختلالات-های مرتبط با مشکلات بد تنظیمی هیجانی بر متغیرهای فرا تشخیصی یعنی طرحواره‌های هیجانی تأکید می‌کند (لیهی^۶، ۲۰۱۵ و ۲۰۱۸).

طرحواره‌های هیجانی به عنوان تفسیر هیجان و به‌کارگیری راهبردهای مقابله با آن در نظر گرفته شده است (لیهی، ۲۰۱۸) بر اساس این مدل افراد به لحاظ تفسیر و ارزیابی تجارب هیجانی خود با یکدیگر متفاوت بوده و ممکن است با راهبردهای مختلفی نسبت بدان پاسخ دهند (لیهی، تیرچ و ناپولیتانو^۷، ۲۰۱۲). پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند که طرحواره‌های هیجانی با طیف وسیعی از اختلالات‌های روانشناختی مانند وسواس فکری-عملی (لیهی، ۲۰۰۷)، اضطراب فراگیر (خالقی، لیهی، اکبری، محمدخانی، حسنی و طیبی، ۲۰۱۷)، اختلال شخصیت مرزی (لیهی و همکاران، ۲۰۱۲) و افسردگی (لیهی و همکاران، ۲۰۱۲؛ لیهی، ۲۰۱۵) تائید کرده‌اند. همچنین خانزاده، ادریسی، محمدخانی و سعیدیان (۱۳۹۳) نشان دادند که تمام طرحواره‌های هیجانی به‌جز منطقی افراطی با افسردگی ارتباط معناداری دارد. لیهی و همکاران (۲۰۱۲) در یک نمونه ۱۳۶۳ نفری درباره ارتباط بین طرحواره‌های هیجانی و افسردگی اساسی گزارش داد که طرحواره‌های هیجانی مانند باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار و نگرانی افسردگی را پیش‌بینی می‌کنند. در یک پژوهش اخیراً نشان داده شد که طرحواره‌های هیجانی کرختی، دیدگاه ساده‌انگارانه به هیجان، نشخوار، تلاش برای منطقی‌سازی، فقدان

اختلال افسردگی اساسی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی است ویژگی اصلی دوره افسردگی دوره حداقل ۲ هفته‌ای است که در این مدت خلق افسرده یا فقدان لذت و علاقه در تقریباً تمام فعالیت‌ها وجود دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). اختلال افسردگی جزو ناتوان کننده‌ترین اختلالات روانی است. در صورتی که این اختلال تحت درمان قرار نگیرد حالت مزمن به خود می‌گیرد که منجر به صرف هزینه و زمان زیاد برای درمان می‌شود (هولزل، هارتر، ریز و کریستون^۳، ۲۰۱۱؛ به نقل از روشن، ۱۳۹۴). به همین خاطر این افراد باید تحت درمان قرار گیرند تا از مزمن شدن اختلال جلوگیری گردد (ساویر، زونسین، دازان و گاریانته^۴، ۲۰۱۹).

بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تقریباً ۲۷ برابر بیشتر از افراد سالم با بدکارکردی در محیط کار و مسئولیت‌های محوله مواجه می‌شوند؛ و به احتمال بیشتر در معرض از دست دادن شغل و یا فرسودگی شغلی قرار دارند. به همین دلیل سازمان جهانی بیماری‌ها در سال ۲۰۱۰ افسردگی را یازدهمین عامل ناتوانی قلمداد کرده است در حالی در سال ۱۹۹۰ در رتبه پانزدهم قرار داشت. پس با گذشت زمان شدت تأثیر افسردگی بر جامعه با افزایش روبروی می‌شود که نیازمند توجه بیشتری است (سایق، لوک، پیستیلی، پمبرثی، چاپامویچ، مک کلوگ و تورکی^۵، ۲۰۱۵). به همین جهت مدل‌های درمانی متنوعی برای تبیین و درمان بیماران مبتلا به افسردگی

¹- Major depressive disorder

²- American Psychiatric Association

³- Holzel, harter, Reese, & Kriston

⁴- Sawyer, Zunsain, Dazza, & Pariante

⁵- Sayegh, Locke, Pistilli, Penberthy, Chachamovich, Mc Cullough, & Turecki

⁶- Leahy

⁷- Leahy, Tirch, & Napolitano

ارزیابی‌هایی و راهبردهای به کار می‌گیرند که همیشه هیجان را افزایش و تشدید می‌دهند (لیهی، ۲۰۱۵). مطالعات مختلفی نشان دهنده تأثیرات مثبت طرحواره درمانی هیجانی است مثلاً طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری بیماران مبتلا به افسردگی (رضایی، قدم پور و رضایی، ۱۳۹۶)؛ زنان قربانی کودک آزاری (دانشمندی، ایزدخواه، کاظمی و مهرابی، ۱۳۹۳)، کاهش نگرانی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر (خالقی و همکاران، ۲۰۱۷) اختلال وسواس فکری مقاوم به درمان (لیهی، ۲۰۰۷)، کاهش اجتناب شناختی و نشخوار پس رویدادی در بیماران اضطراب اجتماعی (قدم پور، حسینی، رمقانی، مرادی، گیزه رود و عالی پور، ۱۳۹۴) اثرات مثبت داشته است.

تنظیم هیجانی یکی از عوامل مهم در سلامت روانشناختی و علت شناسی اختلال‌های روانشناختی است که در کارکرد مؤثر و موفق افراد در حیطه‌های مختلف نقش دارد. (فوردو گراس^۳، ۲۰۱۸). اختلال افسردگی اساسی در واقع نوعی اختلال در تنظیم هیجانی است. عاطفه منفی پایدار و کاهش عواطف مثبت از ویژگی‌های بارز یک دوره افسردگی است (هو، ژانگ، وانگ، مستری، ران و وانگ^۴، ۲۰۱۴). در واقع لیهی (۲۰۱۸) معتقد است که افراد از لحاظ تجارب هیجانی با هم تفاوت ندارند و تفاوت افراد در ارزیابی و تفسیر هیجان‌ها است. ارزیابی مجدد و سرکوبی از راهبردهای مورد استفاده برای مدیریت هیجانی است. سرکوبی و کمبود ارزیابی مجدد در اکثر اختلالات روانشناختی وجود دارد با توجه به اینکه لیهی در تعریف طرحواره هیجانی به راهبردها هم اشاره کرده است و همچنین نقش طرحواره‌های هیجانی

ارزش‌های برتر و کنترل به خوبی توانستند بین دو گروه افسرده تک‌قطبی و دوقطبی تمایز قائل شوند (باتماز، کایماک، کوچیپاک و تورکچاپار^۱، ۲۰۱۴). طرحواره‌های هیجانی معین قدرت پیش‌بینی کننده بیشتری نسبت به سایر اختلالات معین دارند. برای مثال، گناه یا شرم، نشخوار ذهنی، کنترل و تأیید بهترین پیش‌بینی کننده‌های افسردگی در نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک^۲ هستند (لیهی و همکاران، ۲۰۱۲).

طرحواره درمانی هیجانی، رویکردی فراشناختی یکپارچه‌ساز است که براساس مدل طرحواره هیجانی طراحی شده است (لیهی، ۲۰۱۸). لیهی طرحواره درمانی هیجانی را شکل هیجان محور رفتار درمانی شناختی معرفی کرده است. طرحواره درمانی هیجانی تلاش می‌کند تا در شناسایی و افتراق انواع گوناگون هیجان‌ها، بهنجارسازی تجربه هیجانی، مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارتباطات بین فردی و نیازهای شخصی، شناسایی باورهای دردسرساز و طرحواره‌های هیجانی به بیمار کمک کند و با استفاده از تکنیک‌های تجربی و آزمایش‌های هیجانی جهت ارائه پاسخ مفید به هیجان‌ها، ایجاد راهبردها و باورهای جدید، انعطاف‌پذیر و انطباقی‌تر نسبت به تجربه هیجانی به بیمار کمک می‌نماید. این مدل پیشنهاد می‌کند که وقتی یک هیجان برانگیخته یا استنباط می‌شود تفسیرها، واکنش‌ها و راهکارهای مقابله‌ای یا تنظیم هیجان مشخص خواهند کرد که آیا هیجان باقی بماند، از بین برود و یا کاهش پیدا کند؛ یعنی این دقیقاً مشکلی است که بیماران مبتلا به افسردگی با این مسئله درگیر هستند؛ و زمان طولانی در آن هیجان باقی می‌ماند و تفسیرها و

³- Gross

⁴- Hu, Zhang, Wang, Mistry, Ran, & Wang

¹- Batmaz, Kaymak, Kocbiyik, & Turkcapar

²- Beck depression inventory

شهید مدنی شهرستان خوی ارجاع داده می‌شدند. سپس لیست افراد تهیه شد و بیماران به صورت 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 سوء مصرف مواد، عدم شرکت در مداخله روان‌درمانی در ۲ سال گذشته، رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان به منظور 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 وخیم پزشکی، نداشتن تمایل برای درمان و نیاز شدید به دارو درمانی است.

در گروه آزمایش، ۹ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای براساس پروتکل طرحواره درمانی هیجانی لیهی (رضایی و همکاران، ۱۳۹۶) 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 وارد کردن در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ با استفاده از آزمون‌های آمار توصیفی مثل میانگین و انحراف استاندارد و آزمون استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تحلیل قرار گرفتند. پروتکل درمانی طرحواره

در شدت افسردگی هدف پژوهش حاضر مورد آماج درمانی قرار دادن هم شدت افسردگی، طرحواره‌های هیجانی و هم راهبردهایی مورد استفاده برای تنظیم هیجانی است. درباره طرحواره درمانی هیجانی روی اختلالات روانشناختی پژوهش‌های اندکی صورت گرفته است با توجه به اینکه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی عمده شکایتشان مربوط به حالت‌های هیجانی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار برای تنظیم هیجانی است و طرحواره‌های هیجانی نیز متمرکز بر حالات هیجانی و شناسایی راهبردهای دردرساز هست. به همین خاطر پژوهش حاضر به بررسی تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر بد تنظیمی هیجانی و طرحواره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی می‌پردازد.

روش

پژوهش حاضر به عنوان یک کارآزمایی 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 فروردین ۱۳۹۹ تا آذر ۱۳۹۹ 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

درمانی هیجانی برای افسردگی توسط رضایی و همکاران (۱۳۹۶) 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.

جدول ۱ خلاصه جلسه‌های درمانی

جلسه	موضوعات	محتوای جلسه
اول	ارزیابی اولیه میزان افسردگی و تبیین آن در قالب رابطه همدلانه	تبیین افسردگی براساس الگو طرحواره هیجانی، شناسایی طرحواره‌های هیجانی در دسرساز، ارائه نظریه‌ای درباره هیجان، ارائه الگویی از هیجان به بیمار، تمرین ذهن آگاهی گسلیده تکلیف: ذهن آگاهی گسلیده
دوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی	بررسی مقاومت در برابر اعتباریابی و مفهوم آن، شناسایی خواسته‌های طرحواره هیجانی اعتبار زدا، شناسایی پاسخ‌های مشکل ساز و ابداع راهبردهای سازگاران تکلیف: ذهن آگاهی گسلیده، اعتباربخشی دلسوزانه و راهکارهای سازگاران
سوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با طرحواره‌های هیجانی در دسرساز	برجسب زنی و افتراق هیجان‌ها، بهنجارسازی تجربه هیجانی، افزایش تحمل احساسات مختلط تکلیف: ثبت مزایا و معایب این طرحواره که هیجان‌ها من غیرطبیعی هستند و اینکه آیا دیگران نیز چنین هیجان‌هایی 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 نامه‌نگاری تکلیف: نامه‌نگاری دلسوزانه، اقدام متضاد
ششم	بررسی تکالیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، بررسی هیجان به عنوان هدف تکلیف: در جستجوی هیجان‌های مثبت
هفتم	بررسی تکالیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	بالا رفتن از نرده بان مفاهیم برتر، شناسایی افکار خودآیند منفی، پیکان روبه پایین، فاجعه زدایی تکلیف: دسته‌بندی افکار منفی
هشتم	بررسی تکالیف منزل، بازسازی شناختی	فن و کیل 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 پس‌آزمون

ابزار

تهیه و تنظیم شده است. این پرسشنامه در ۲۱ مجموعه سؤال مرتبط با نشانه‌های مختلف تشکیل شده و هنگام اجرا از آزمودنی خواسته می‌شود تا شدت این نشانه‌ها را براساس یک مقیاس ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ درجه‌بندی

پرسشنامه افسردگی بک^۱ (*BDI-II*): این پرسشنامه بر پایه یافته‌های بالینی توسط بک، استیر و براون در سال ۱۹۹۶

^۱ - Beck Depression Inventory

کرونباخ کلی پرسشنامه برابر با ۰/۸۴ بود. برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد و سرکوبی به ترتیب با ۰/۷۳ و ۰/۸۲ به دست آمده بود. نسخه فارسی این مقیاس توسط قاسم پور، ایل بیگی و حسن زاده (۱۳۹۱) هنجاریابی شده است. پایایی نسخه فارسی براساس روش همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶ تا ۰/۸۱ بود. اعتبار این مقیاس از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس بین دو خرده مقیاس ($r=0/13$) و اعتبار ملاکی مطلوبی گزارش شده است.

پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی لیهی^۳ (LESS-II): این مقیاس برای تعیین باورها و نگرش‌ها نسبت به هیجان در افراد توسط لیهی در سال ۲۰۱۱ تهیه شده است. مقیاس طرحواره هیجانی خود برای سنجش ۱۴ طرحواره تدوین شده است که شامل تائید 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) نمره‌گذاری می‌شود (لیهی، ۲۰۱۵) در ایران خانزاده و همکاران (۱۳۹۳) ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی نسخه ۵۰ سؤالی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و یک مقیاس ۳۷ گویه‌ای با درجه‌بندی لیکرت به دست آورده‌اند. پایایی این مقیاس از طریق بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیر مقیاس‌ها بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیر مقیاس‌ها بین

کنند. پرسش‌ها با زمینه‌های در مورد 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 فرا تحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی حاکی از ضرایب همسانی درونی بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۷ هست. ضریب پایایی باز آزمایی 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 مطالعه اخیر میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمده است (مستر، سیژبراندیژ، ویسر و بیورس^۱، ۲۰۲۱). در ایران آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۱ گزارش شده و بازآزمایی یک هفته‌ای ۰/۹۴ و همبستگی با نسخه یک پرسشنامه افسردگی بک ۰/۹۳ گزارش شده است (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۴) و اخیراً در پژوهش حمیدی، فکری زاده، آزاد بخت، گرمارودی، طاهری تنجانی، فتاحی زاده و قیسوندی (۱۳۹۴) در سالمندان ایرانی نشان دادند که آلفای کرونباخ پرسشنامه بک ۰/۹۳ و پایایی دو نیمه آن ۰/۶۴ است.

پرسشنامه تنظیم هیجان^۲ (ERQ): این مقیاس توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ طراحی شده است. این مقیاس از ۱۰ گویه و ۲ خرده مقیاس شکل گرفته است که ۶ گویه آن مربوط به خرده مقیاس ارزیابی مجدد و ۴ گویه آن مربوط به سرکوب است. پاسخ‌دهی برای این مقیاس براساس مقیاس لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) است (گراس، ۲۰۱۴). در بررسی وانگ، یوان، هان و وانگ (۲۰۲۰) آلفای

^۱- Meesters, Sijbrandij, Visser, & Beurs

^۲- Emotion regulation scale

^۳- Leahy emotional schema scale

۴/۳۸ ± ۲۷/۳۵ و میانگین سنی گروه کنترل ۵/۵۴ ± ۲۹/۹۵ بود که از لحاظ سنی تفاوت زیادی نداشتند. از لحاظ جنسیت در گروه آزمایش ۵ مرد و ۱۰ زن و در گروه کنترل ۴ مرد و ۱۱ زن قرار داشتند و از لحاظ تأهل نیز در هر دو گروه ۱۲ نفر مجرد و ۳ نفر متأهل بودند؛ و به لحاظ تحصیلی نیز در گروه آزمایشی ۶ نفر دیپلم، ۷ نفر لیسانس و ۲ نفر بالاتر از لیسانس و در گروه کنترل ۷ نفر دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۳ نفر بالاتر از لیسانس بودند. جدول ۲ نشان دهنده میانگین تعدیل شده شدت افسردگی، طرحواره‌های هیجانی و تنظیم هیجانی در دو گروه آزمایش و کنترل است.

۰/۵۹ تا ۰/۷۳ گزارش شده است. نسخه دوم پرسشنامه طرحواره‌های هیجانی هنوز در ایران هنجارسازی نشده است (نادری، مرادی، رمضان زاده و واقفی، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمده است. همچنین این پرسشنامه توسط باتماز و همکاران (۲۰۱۴) در دو مقوله طرحواره‌های انطباقی و غیر انطباقی تقسیم‌بندی شده است.

یافته‌ها

این مطالعه در دو گروه مستقل به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون صورت گرفت که نتایج ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان می‌دهد که میانگین سنی گروه آزمایشی

جدول ۲ میانگین‌های تعدیل شده شدت افسردگی، تنظیم هیجانی و طرحواره‌های هیجانی

متغیر	خرده	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
افسردگی	افسردگی	۱۲/۵۳	۱/۰۶	۳۶/۴۰	۱/۵۷
	سرکوبی	۱۲/۱۳	۱/۵۶	۱۹/۴۷	۱/۵۱
تنظیم هیجانی	ارزیابی مجدد	۳۲/۶۰	۲/۲۲	۲۷/۲۵	۱/۸۷
	تائید	۱۰/۲۳	۰/۸۷	۶/۳۷	۰/۶۳
	درک	۹/۸۷	۱/۰۹	۵/۶۵	۰/۹۶
طرحواره‌های هیجانی انطباقی	ارزش‌های والا	۶/۶۷	۰/۷۶	۶/۲۸	۰/۸۷
	کنترل‌پذیری	۸/۹۸	۰/۹۷	۵/۸۴	۰/۵۶
	توافق	۷/۷۴	۰/۷۸	۶/۶۹	۰/۷۹
	پذیرش	۷/۶۷	۰/۵۶	۶/۸۴	۰/۶۲
	ابراز	۷/۲۹	۰/۷۲	۷/۴۵	۰/۶۶
	مجموع طرحواره‌های هیجانی انطباقی	۹۸/۷۵	۳/۳۷	۴۷/۲۳	۲/۷۴
	گناه	۴/۴۷	۰/۷۶	۷/۶۴	۰/۸۷
طرحواره‌های غیر انطباقی	نگرش ساده‌انگارانه	۵/۸۶	۰/۶۸	۶/۵۹	۰/۸۲
	کرختی	۵/۷۶	۰/۹۸	۶/۵۶	۰/۶۷
	منطقی بودن افراطی	۶/۶۴	۰/۷۶	۷/۲۳	۰/۷۳
	مدت	۵/۵۲	۰/۵۹	۸/۸۶	۰/۶۹
	نشخوار ذهنی	۳/۳۴	۰/۸۷	۸/۷۶	۰/۹۷
سرزنش	۳/۲۷	۱/۰۲	۷/۵۴	۰/۹۹	

مجموع طرحواره های هیجانی غیر انطباقی ۳۵/۵۲ ۳/۲۵ ۵۵/۷۳ ۲/۳۷

متغیرهای شدت افسردگی، طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی و سرکوبی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کمتر به دست آمده است. برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین متغیرهای پژوهش در پس‌آزمون، بعد تعدیل نتایج پیش‌آزمون در دو گروه با هم اختلاف معناداری دارند ($P < 0.001$)، به طوری که میانگین متغیرهای طرحواره‌های هیجانی انطباقی و ارزیابی مجدد شناختی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بعد از تعدیل میانگین‌ها بیشتر و میانگین

جدول ۳ همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
سرکوبی	۰/۴۲	۱	۲۸	۰/۶۲
ارزیابی مجدد	۱/۰۹	۱	۲۸	۰/۲۳
طرحواره‌های انطباقی	۲/۲۳	۱	۲۸	۰/۱۱
طرحواره‌های غیر انطباقی	۲/۳۹	۱	۲۸	۰/۱۰
شدت افسردگی	۱/۳۱	۱	۲۸	۰/۲۶

همگنی ماتریس واریانس کوواریانس است. همگنی $M_{box} = 3/45$ در سطح $p < 0.078$. جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره را جهت بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی، تنظیم هیجانی و طرحواره‌های هیجانی را در مرحله پس‌آزمون در دو گروه نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که همگنی واریانس‌ها در متغیرهای شدت افسردگی، تنظیم هیجانی و طرحواره‌های هیجانی برقرار است و می‌توان از تحلیل کوواریانس استفاده کرد. همچنین برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شده است که نتایج این آزمون نیز نشان دهنده برآورده شدن فرض

جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به میانگین نمرات پس‌آزمون

متغیر	خرده مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تنظیم هیجانی	سرکوبی	گروه	۶۹۵/۲۵	۱	۶۹۵/۲۵	۲۹/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	ارزیابی مجدد	گروه	۵۸۲/۶۹	۱	۵۸۲/۶۹	۳۳/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹
طرحواره‌های هیجانی	طرحواره‌های انطباقی	گروه	۷۵۲/۳۲	۱	۷۵۲/۳۲	۳۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	طرحواره‌های غیر انطباقی	گروه	۷۴۵/۳۷	۱	۷۴۷/۳۷	۴۱/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۷۸
افسردگی	افسردگی	گروه	۴۱۰۸/۲۹	۱	۴۱۰۸/۲۹	۱۶۱/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶

کارتر و همکاران روی افسردگی (۲۰۱۳)؛ دانشمندی و همکاران بیماران دارای روده تحریک پذیر (۱۳۹۳)؛ باتماز و اوزدل روی شناسایی طرحواره هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (۲۰۱۵) همسو است.

یافته دیگر مطالعه حاضر نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی، بد تنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی را کاهش می‌دهد. پژوهش‌های همسو در زمینه طرحواره درمانی هیجانی وجود ندارد؛ ولی در پژوهش ادوراد، میجک، موتارللا و وپرمن^۱ (۲۰۱۷) نشان داد طرحواره‌های هیجانی در راهبردهای تنظیم هیجانی در بیماران آلکسی تایمیا نقش دارد. همچنین در بررسی طرحواره درمانی هیجانی روی راهبردهای تنظیم هیجانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی در کاهش راهبردهای ناسازگار و افزایش راهبردهای سازگار مؤثر است (مرواریدی، مشهدی، شاملو و لیهی، ۲۰۱۹)

همچنین یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی در اصلاح طرحواره‌های هیجانی انطباقی و غیر انطباقی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تأثیر دارد. طرحواره درمانی هیجانی توانسته طرحواره‌های انطباقی هیجانی را افزایش و طرحواره‌های غیر انطباقی هیجانی را در گروه مداخله کاهش دهد که این تفاوت‌ها بین دو گروه مداخله و کنترل معنادار بود. پژوهش همسو در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی وجود ندارد. طرحواره‌های هیجانی در پژوهش‌های خیلی محدودی به عنوان آماج درمانی قرار گرفتند. نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج پژوهش‌های مشابه قبلی است. در پژوهش مشابه بر روی سندرم روده تحریک‌پذیر نتایج نشان دهنده

براساس داده‌های موجود در جدول شماره ۳ نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد بین میانگین‌های تعدیل شده، نمرات شدت افسردگی، سرکوبی، ارزیابی مجدد، طرحواره‌های انطباقی و غیر انطباقی هیجان در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/05$) و طرحواره درمانی هیجانی توانسته اندازه اثر بالایی را به ترتیب در شدت افسردگی (۰/۸۶)، طرحواره‌های غیر انطباقی هیجان (۰/۷۸)، انطباقی هیجان (۰/۷۴)، ارزیابی مجدد (۰/۶۹) و سرکوبی (۰/۶۳) در پس‌آزمون ایجاد کند که نشان دهنده اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در این مؤلفه‌های بیماران مبتلا به افسردگی اساسی است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر شدت افسردگی، طرحواره‌های انطباقی و غیر انطباقی هیجانی، سرکوب و ارزیابی مجدد بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی در کاهش شدت افسردگی، سرکوبی و طرحواره‌های غیر انطباقی و در افزایش ارزیابی مجدد هیجان و طرحواره‌های انطباقی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تأثیر دارد. با توجه به اینکه مطالعات محدودی در حیطه طرحواره درمانی هیجانی صورت گرفته است؛ ولی با این وجود، با نتایج پژوهش‌های مشابه در زمینه طرحواره درمانی هیجانی برای اختلالات مختلف مثل کمالی و همکاران بر روی اضطراب فراگیر (۱۳۹۲)؛ خالقی و همکاران روی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (۱۳۹۶)؛ رضایی و همکاران روی افسردگی (۱۳۹۶)؛

^۱ - Edwards, Micek, Mottarella, & Wupperman

تغییر آن‌ها دارد که با تغییر و اصلاح طرحواره علائم و نشانه‌های افسردگی نیز کاهش پیدا می‌کند.

نتیجه‌گیری

طرحواره درمانی هیجانی از رویکردهای نسل سوم درمان شناختی رفتار با هدف قرار دادن هیجان به عنوان موضوع شناخت و استفاده از رویکردهای پذیرش و چالش‌های شناختی با طرحواره‌های هیجانی شناسایی شده، سعی در تغییر نشانگان اختلال افسردگی اساسی دارد. به‌طور کلی طرحواره درمانی هیجانی با برقراری رابطه درمانی عمیق و در اولویت قرار دادن هیجانات بیمار و تأکید بر طرحواره‌ها و راهبردهای تنظیم هیجانی توانسته اثربخشی خود را در پژوهش حاضر با کاهش سرکوبی، شدت افسردگی و طرحواره‌های هیجانی غیر انطباقی و افزایش ارزیابی مجدد و طرحواره‌های هیجانی انطباقی به اثبات برساند. با این وجود از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم استفاده از مرحله پیگیری، استفاده از ابزارهای خودسنجی و انتخاب نمونه داوطلبانه بوده است که امیدواریم در پژوهش‌های آتی محدودیت‌های این پژوهش با بررسی مرحله پیگیری، استفاده از ابزارهای روان‌فیزیولوژیایی و انتخاب تصادفی نمونه برطرف شود.

سپاسگزاری

از تمام بیماران که به طور منظم و در راستای برنامه درمانی همکاری لازم را داشتند و همچنین مسئولین دانشکده علوم پزشکی خوی که در انجام پژوهش حاضر همکاری لازم را داشته‌اند، بی‌نهایت سپاسگزاریم. پژوهش حاضر از پایان نامه کارشناسی ارشد به کد ۱۶۴۸۹.۹.۹۸ استخراج شده و دارای کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل به شماره

کاهش نمرات در طرحواره‌های غیر انطباقی و افزایش در طرحواره‌های انطباقی نسبت به خط پایه بودند (عرفان، نوربالا، ادیبی و محمدی، ۱۳۹۴) همچنین در پژوهش مشابه دیگر بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی نتایج طرحواره درمانی هیجانی نشان داد که از طرحواره‌های هیجانی انطباقی، توافق، ابراز هیجانی، تأیید طلبی کنترل‌پذیری، ارزش‌های بالاتر، قابلیت درک بعد از مداخله افزایش و از طرحواره‌های غیر انطباقی هیجانی، سرزنش، کرحتی، مدت زمان، سرزنش و احساس گناه بعد از مداخله در گروه آزمایش کاهش معناداری داشته‌اند (عابدی، آهوان، دوستیان، اعظمی و حسینی، ۱۳۹۵). از سوی دیگر طرحواره‌های هیجانی گناه، نشخوار ذهنی، کنترل، تأیید طلبی در پژوهش لیهی و همکاران (۲۰۱۲) بهترین پیش‌بینی کننده‌های افسردگی بودند؛ که نشان دهنده نقش طرحواره‌های هیجانی در اختلال افسردگی اساسی هستند. در طرحواره درمانی هیجانی درمانگر از القای هیجانی و هنجارسازی هیجانی استفاده کرده و پذیرش و ابراز هیجانی را در بیماران بالا می‌برد و در سطح شناختی نیز درمانگر با آزمایش رفتاری، بررسی سود و زیان، بررسی شواهد و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تمایز افکار و هیجانات، واقعیت و شخصیت، فاجعه زدایی، اتصال طرحواره‌های بیمار به مشکلات و سایر باورهای ناکارآمد؛ چالش‌های گسترده‌ای را در حوزه شناختی با طرحواره برای تغییر و اصلاح آن‌ها می‌کند و افراد را به لحاظ شناختی آماده پذیرش هیجانات و افکار می‌کند (لیهی و همکاران، ۲۰۱۲). به همین دلیل طرحواره درمانی هیجانی با بهره‌گیری از مداخلات هیجانی و شناختی گسترده و چالش در تمام دوره‌ی درمانی با طرحواره‌ها سعی در

Information: A Comparison of Two Conceptual Frameworks, *Quarterly Journal of Thought and Behavior*. 42. 312-326.

IR.ARUMS.REC.1398.6.8 می‌باشد.

- Ford Q, Gross J. (2018). Emotion regulation: Why beliefs matter. *Canadian Psychology/psychologie canadienne*, 59(1), 1.
- Ghadmpour A, Ramghani N, Moradi S, Gizehroud S, Alipour K. (2015) The effectiveness of emotional schema therapy on post-event rumination and cognitive avoidance in students with clinical symptoms of social anxiety. *Knowledge horizon*.; 24 (2): 111-118. (In Persian)
- Ghasempour A, Ilbeigi R, Shahnaz H. (2013). Psychometric Properties of Gross and John Emotional Regulation Questionnaire in an Iranian Sample. Sixth Conference on Student Mental Health, University of Guilan, 724-722. (In Persian)
- Gross J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. In J. J. Gross (Ed.). *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-22). (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hamidi R, Fikrizadeh Z, Azad Bakht M, Garmaroodi Gh, Taberi Tanjani P, Fathizadeh Sh, Qisvandi E. (2015). Validity and reliability of the second version of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in Iranian elderly. *Scientific-Research Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 22 (1), 189-198. (In Persian)
- Hu T, Zhang D, Wang J, Mistry R, Ran G, Wang X. (2014). Relation between emotion regulation and mental health: A meta-analytic review. *Psychological Reports*, 114, 341-362.
- Irfan A, Norbala A., Mohammadi A, Adibi P. (2015). The Effectiveness of Emotional Therapy Scheme on Modifying Emotional Schemas and the Difficulty of Emotion Regulation in Patients with Irritable Bowel Syndrome, 9th International Congress of Psychotherapy (Asian Summit in the Context of Cultural Values), Tehran, Secretariat of the International Congress of Psychotherapy. (In Persian)
- Kamali S, Gharraee B, Birashk B. (2013). The role of emotional schema in prediction of

References

- Abedi Shargh N, Ahovan M, Friends Y, Azami Y, Hosseini S. (2017). The effectiveness of emotional therapy schema treatment on clinical symptoms and emotional schema in patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Studies* (26) 149-163. (In Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5* Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Batmaz S, Kaymak S, Kocbiyik S, Turkcapar M. (2014). Metacognitions and emotional schemas: a new cognitive perspective for the distinction between unipolar and bipolar depression. *Comprehensive psychiatry*, 55(7), 1546-1555.
- Batmaz S, Ozdel K. (2015). Psychometric properties of the Turkish version of the Leahy Emotional Schema Scale-II. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 16.
- Carter J, McIntosh V, Jordan J, Porter R, Frampton C, Joyce R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*, 151(2), 500-505.
- Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. (2015). The effectiveness of emotional schema treatment on emotional schemas of women victims of child abuse, neglect and neglect. *Journal of Shahid Sadoughi Medical Sciences, Yazd*. V 22. NO 5.41-51. (In Persian)
- Edwards R, Micek A, Mottarella K, Wupperman P. (2017). Emotion ideology mediates effects of risk factors on alexithymia development. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 35(3), 254-277.
- Fata L, Birshak B, Dobson K. (2005). Semantic Structures, Schemas, Emotional Modes, and Cognitive Processing of Emotional

- pathological worry in Iranian students. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 84, 994–998. (In Persian)
- Khaleghi M, Leahy R, Akbari E, Mohammadkhani SH, Hasani J, Tayyebi A. (2017). Emotional schema therapy for generalized anxiety disorder: a single-subject design. *International Journal of Cognitive Therapy*, 10(4), 269-282. (In Persian)
- Khanzadeh M, Idrisi F, Mohammadkhani SH, Saeidian M. (2016). A study of the factor structure and psychometric properties of the Emotional Schemas Scale on students. *Clinical Psychology Studies*. No. 11. 91-119. (In Persian)
- Leahy R, Tirsch D, Napolitano L. (2012). Emotional regulation techniques in psychotherapy (translated by A. Mansouri Rad). Arjomand Publications. Tehran. Iran. (In Persian)
- Leahy R. (2011) Cognitive therapy techniques, guidance for therapists. Translated by Fati, Naseri, Tahmasebi and Ziaei. Danjeh Publications Tehran. Iran. (In Persian)
- Leahy R. (2015). Emotional therapy scheme. (Translated by S. Jahangiri. 2016). Ibn Sina Publications. Tehran. Iran. (In Persian)
- Leahy R. (2007). Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 297-302.
- Leahy R. (2018). Introduction: emotional schemas and emotional schema therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 1-4.
- Meesters Y, Sijbrandi J, Visser E, Beurs E. (2021). Sensitivity to change of the Beck Depression Inventory versus the Inventory of Depressive Symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 281, 338-341.
- Morvaridi M, Mashhadi A, Shamloo Z, Leahy R. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 16-24.
- Naderi Y, Moradi A, Ramezanzade F, Vaghefinezhad M. (2016). Emotional schemas (ess), depression and anxiety in posttraumatic stress disorder (PTSD) patient: as a risk factor in ptsd. *Clinical Psychology Studies*, 6 (22), 1-22. (In Persian)
- Rezaei M, Ghazanfari F, Rezaei F. (2017). The effectiveness of emotional schema therapy scheme on the severity of depression and rumination in people with major depression. *Scientific Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, Yazd. 24. 1. 48-56. (In Persian)
- Roshan R. (2016). Psychopathology based on (DSM-5). Ibn Sina Publications. Tehran. Iran (In Persian)
- Sawyer K, Zunszain P, Dazzan P, Pariante M. (2019). Intergenerational transmission of depression: clinical observations and molecular mechanisms. *Molecular psychiatry*, 24(8), 1157-1177.
- Sayegh L, Locke D, Pistilli D, Penberth J, Chachamovich E, Mc Cullough J, Turecki G. (2015). Cognitive behavioural analysis system of psychotherapy for treatment-resistant depression: adaptation to a group modality. *Behaviour Change*, 29(2), 97-108.
- Wang D, Yuan B, Han H, Wang C. (2020). Validity and reliability of emotion regulation questionnaire (ERQ) in Chinese rural-to-urban migrant adolescents and young adults. *Current Psychology*, 1-8.