رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۲، شماره پیاپی ۱۱۹، اردیبهشت ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(2), 2026

اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی

The Effectiveness of Schema Therapy on Anxiety Sensitivity and Negative Meta-Emotion in Adolescents with Major Depressive Disorder

محدثه عامره
کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد ساوه، دانشگاه آزاد اسلامی، ساوه، ایران.

Mohadeseh Amereh
Master's Degree, Department of Psychology, Saveh Branch, Islamic Azad University, Saveh, Iran. *mohadeseamere0@gmail.com*

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلابه افسردگی اساسی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس-آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان مبتلابه اختلال افسردگی اساسی بود که در سال ۱۴۰۴ به مراکز روان‌شناسی و روان‌پزشکی در شهر ساوه مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها ۳۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه حساسیت اضطرابی فلوید و همکاران (ASI، ۲۰۰۵) و فراهیجان منفی میتمانسگروبر و همکاران (MIES، ۲۰۰۹) استفاده شد. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه گروهی و هفتگی مداخله را دریافت کرد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود داشت و همچنین بین میانگین پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش تفاوت معناداری در سطح ۰/۰۰۱ وجود نداشت و نتایج در دوره پیگیری حفظ شد. براساس نتایج پژوهش می‌توان گفت طرح‌واره درمانی گروهی مداخله-ای مناسب جهت بهبود حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلابه افسردگی است.

واژه‌های کلیدی: *طرح‌واره درمانی گروهی، حساسیت اضطرابی، فراهیجان منفی، افسردگی اساسی، نوجوانان.*

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of schema therapy on anxiety sensitivity and negative affect in adolescents with major depressive disorder. The research method was a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group and a three-month follow-up period. The statistical population consisted of adolescents diagnosed with major depressive disorder who had been referred to psychology and psychiatry centers in the city of Saveh in 2025. From this population, 30 participants were selected using purposive sampling and were randomly assigned to experimental and control groups. Data were collected using the Anxiety Sensitivity Index developed by Floyd et al. (ASI, 2005) and the Negative Affect scale developed by Mitmansgruber et al. (MIES, 2009). The experimental group received a group-based intervention consisting of 10 weekly sessions. Data analysis was conducted using repeated measures analysis of variance. The findings showed that there were significant differences between the experimental and control groups in anxiety sensitivity and negative affect from pretest to posttest at the 0.001 significance level. In addition, no significant differences were observed between posttest and follow-up mean scores in the experimental group at the 0.001 level, indicating that the treatment effects were maintained during the follow-up period. Based on the results of the study, schema therapy can be considered an effective intervention for improving anxiety sensitivity and negative affect in adolescents with major depressive disorder.

Keywords: *Schema Therapy, Anxiety Sensitivity, Negative Meta-Emotion, Major Depressive, Adolescents.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت: بهمن ۱۴۰۴** | **پذیرش: اسفند ۱۴۰۴** | **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

مقدمه

نوجوانی[1] به‌عنوان یکی از حساس‌ترین و تحول برانگیزترین دوره‌های رشد انسان، با تغییرات عمیق زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه است (وانگ[2] و همکاران، ۲۰۲۶). در این دوره، بازسازمان‌دهی هویت، افزایش استقلال‌طلبی، حساسیت نسبت به پذیرش اجتماعی و نوسانات هیجانی، نوجوان را در معرض آسیب‌پذیری روان‌شناختی قابل‌توجهی قرار می‌دهد (زائو[3] و همکاران، ۲۰۲۶). یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی در این بازه سنی، اختلال افسردگی اساسی[4] است که نه‌تنها عملکرد تحصیلی، روابط بین فردی و کیفیت زندگی نوجوانان را مختل می‌کند، بلکه خطر بروز پیامدهای بلندمدت ازجمله عود مزمن، اختلالات اضطرابی همبود، رفتارهای پرخطر و خودکشی را به‌طور معناداری افزایش می‌دهد (تیان[5] و همکاران، ۲۰۲۶). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که شیوع افسردگی اساسی از اوایل نوجوانی روندی افزایشی می‌یابد و در صورت عدم‌مداخله مؤثر، می‌تواند مسیر تحول هیجانی و شناختی فرد را به شکلی پایدار دچار انحراف کند (اوکورو[6]، ۲۰۲۶ و گو[7] و همکاران، ۲۰۲۶). شیوع افسردگی در نوجوانان در سطح جهانی قابل‌توجه است؛ بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، حدود ۴ تا ۵ درصد نوجوانان جهان در هر مقطع زمانی معیارهای اختلال افسردگی اساسی را برآورده می‌کنند و این میزان در مطالعات اپیدمیولوژیک نوجوانان تا حدود ۸ درصد نیز گزارش‌شده است. در ایران، یافته‌های یک مطالعه ملی داخلی نشان می‌دهد که شیوع اختلالات افسردگی در گروه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال از ۳ تا ۱۷ درصد برآورد شده است که رقم بالاتری نسبت به میانگین جهانی محسوب می‌شود (یعقوبی سیاهگورابی و همکاران، ۱۴۰۳).

افسردگی اساسی در نوجوانان صرفاً به‌صورت خلق غمگین بروز نمی‌یابد، بلکه با الگوهای پیچیده‌ای از پردازش هیجانی ناکارآمد، خودارزیابی منفی، نشخوار ذهنی و دشواری در تنظیم هیجان همراه است (تورکمن[8] و همکاران، ۲۰۲۵). در سال‌های اخیر، توجه پژوهشگران از تمرکز صرف بر نشانه‌های آشکار افسردگی، به بررسی سازه‌های زیربنایی و فراتشخیصی معطوف شده است؛ سازه‌هایی که می‌توانند هم در تداوم افسردگی نقش داشته باشند و هم هدف‌های مداخله‌ای دقیق‌تری فراهم آورند (سلطان[9] و همکاران، ۲۰۲۵). در این چارچوب، یکی از متغیرهای کلیدی که به‌طور فزاینده‌ای در ادبیات پژوهشی موردتوجه قرارگرفته، حساسیت اضطرابی[10] است.

حساسیت اضطرابی به ترس از پیامدهای ادراک‌شده احساسات و برانگیختگی اضطرابی اشاره دارد و مبتنی بر این باور است که نشانه‌های اضطراب می‌توانند خطرناک، غیرقابل‌کنترل یا تحقیرآمیز باشند (گوآلتیری[11] و همکاران، ۲۰۲۵). افرادی که از حساسیت اضطرابی بالاتری برخوردارند، نشانه‌های بدنی، شناختی و هیجانی اضطراب را نه به‌عنوان تجربه‌هایی گذرا، بلکه به‌عنوان تهدیدهایی جدی برای سلامت روان یا پذیرش اجتماعی خود تعبیر می‌کنند (کرامر و فرانسیس[12]، ۲۰۲۵). شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی نه‌تنها یک عامل خطر مهم برای اختلالات اضطرابی است، بلکه در افسردگی اساسی نیز نقش معناداری ایفا می‌کند؛ به‌گونه‌ای که افزایش حساسیت اضطرابی با شدت بیشتر نشانه‌های افسردگی، پیش‌آگهی ضعیف‌تر و پاسخ درمانی کمتر مطلوب همراه است (کلوسن[13] و همکاران، ۲۰۲۵). این یافته‌ها نشان می‌دهند که افسردگی اغلب در بستری از ترس مزمن از هیجان‌های منفی و ناتوانی در تحمل آن‌ها شکل می‌گیرد (سولینگ[14] و همکاران، ۲۰۲۵). در امتداد این دیدگاه، پژوهش‌های معاصر بر اهمیت لایه‌های فراتنظیمی هیجان تأکید کرده‌اند؛ لایه‌هایی که نه به خود هیجان، بلکه به نگرش‌ها، باورها و ارزیابی‌های فرد درباره تجربه هیجانی مربوط می‌شوند. یکی از مفاهیم نوظهور در این حوزه، فراهیجان منفی[15] است که به تجربه هیجان‌های منفی نسبت به هیجان‌های اولیه اشاره دارد (واتس[16] و همکاران، ۲۰۲۵)؛ برای

1 Adolescence
2 Wang
3 Zhao
4 Major Depressive Disorder
5 Tian
6 Okoro
7 Guo
8 Türkmen
9 Sultan
10 Anxiety Sensitivity
11 Gualtieri
12 Kramer, Francis
13 Clausen
14 Seuling
15 Negative Meta-Emotion
16 Watts

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

مثال احساس شرم، گناه، ترس یا خشم نسبت به غمگینی، اضطراب یا ناکامی (جسلین[1] و همکاران، ۲۰۲۵). افراد مبتلابه افسردگی اساسی اغلب نه‌تنها هیجان‌های منفی شدیدی را تجربه می‌کنند، بلکه این هیجان‌ها را نشانه ضعف، نابسندگی یا غیرقابل‌پذیرش بودن خود می‌دانند (چن[2] و همکاران، ۲۰۲۵). چنین الگوی فراهیجانی می‌تواند به چرخه‌ای معیوب از اجتناب هیجانی، سرکوب احساسات و تشدید نشانه‌های افسردگی منجر شود (کابلو[3] و همکاران، ۲۰۲۵).

با توجه به نقش محوری این متغیرهای شناختی–هیجانی، مداخلات درمانی که بتوانند به‌طور عمیق و ساختاری این باورها را هدف قرار دهند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند. در این میان، طرحواره‌درمانی گروهی[4] به‌عنوان رویکردی یکپارچه که ریشه‌های تحولی، شناختی، هیجانی و بین‌فردی آسیب‌پذیری روانی را موردتوجه قرار می‌دهد، ظرفیت بالقوه بالایی برای مداخله در افسردگی دارد (جوشوا[5] و همکاران، ۲۰۲۵). طرحواره درمانی بر این فرض استوار است که تجربیات ناکام کننده اولیه، به شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه منجر می‌شوند؛ الگوهای عمیق و فراگیری از باورها و احساسات درباره خود، دیگران و جهان که در موقعیت‌های استرس‌زا فعال‌شده و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری ناکارآمد را برمی‌انگیزند (تریسی[6] و همکاران، ۲۰۲۵). در نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی، طرحواره‌هایی نظیر نقص/شرم، شکست، رهاشدگی و معیارهای سخت‌گیرانه اغلب برجسته هستند و با خودانتقادی شدید، حساسیت بالا به ارزیابی منفی و اجتناب هیجانی همراه‌اند (بارلاس و نگ[7]، ۲۰۲۵). این طرحواره‌ها می‌توانند زمینه‌ساز حساسیت اضطرابی بالا شوند؛ زیرا نوجوان، نشانه‌های هیجانی را به‌عنوان شواهدی از نقص یا نابسندگی خود تفسیر می‌کند (وانتاتنهوو[8] و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین، طرحواره‌های مذکور با شکل‌گیری فراهیجان منفی مرتبط‌اند، چراکه هیجان‌های منفی اولیه به‌سرعت با احساس شرم، گناه یا ترس از طرد شدن همراه می‌شوند (کو و پارک[9]، ۲۰۲۵). از این رو، طرحواره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی، تجربه هیجانی اصلاحی و بازسازی این الگوهای عمیق، می‌تواند به‌طور هم‌زمان حساسیت اضطرابی (چوهیلی[10] و همکاران، ۲۰۲۶) و فراهیجان منفی (کول[11]، ۲۰۲۶) را کاهش دهد. به طوری که استیفان[12] و همکاران (۲۰۲۵) و آرندت[13] و همکاران نشان دادند که طرحواره درمانی گروهی در کاهش حساسیت اضطرابی و پیرایه[14] و همکاران (۲۰۲۳) و اسماعیل زاده قهدریجانی و علادینی (۱۴۰۳) نیز در نتایج پژوهش خود نشان دادند که طرحواره درمانی گروهی در بهبود فراهیجان منفی در افراد مبتلا به اختلالات خلقی می‌گردد.

افسردگی اساسی در دوران نوجوانی به‌دلیل هم‌زمانی با دوره‌ای حساس از تحول شناختی، هیجانی و هویتی، از اهمیت ویژه‌ای در سیاست‌گذاری و مداخلات سلامت روان برخوردار است و ناکارآمدی در درمان مؤثر آن می‌تواند پیامدهای پایدار و بین‌نسلی به‌همراه داشته باشد. در این راستا، توجه به سازه‌های فراتشخیصی نظیر حساسیت اضطرابی و فراهیجان‌های منفی از آن جهت ضروری است که این متغیرها نه‌تنها شدت و تداوم افسردگی را تحت تأثیر قرار می‌دهند، بلکه پیش‌بینی‌کننده پاسخ درمانی و میزان عود نیز محسوب می‌شوند (کرامر و همکاران، ۲۰۲۵ و واتس و همکاران، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، محدودیت رویکردهای درمانی رایج در پرداختن عمیق به الگوهای هیجانی پایدار و باورهای هسته‌ای ناکارآمد، ضرورت بهره‌گیری از مداخلات جامع‌تر را برجسته می‌سازد. طرحواره‌درمانی با تمرکز بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و بهبود تنظیم هیجان، رویکردی است که از ظرفیت نظری و بالینی بالایی برای تأثیرگذاری بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان‌های منفی برخوردار است؛ بااین‌حال، شواهد تجربی نظام‌مند درباره اثربخشی آن در جمعیت نوجوان مبتلا به افسردگی اساسی، به‌ویژه در بافت فرهنگی بومی، محدود است. بنابراین، پژوهش حاضر از حیث توسعه دانش تخصصی، ارتقای شواهد درمان‌محور و فراهم‌سازی مبنایی علمی برای طراحی مداخلات اثربخش و پیشگیرانه در نوجوانان، دارای اهمیت و ضرورت اساسی است.

1 Jesline
2 Chen
3 Cabello
4 Schema Therapy
5 Joshua
6 Tracy
7 Barlas, Ng
8 van Tatenhove
9 Ko, Park
10 Choheili
11 Kool
12 Stefan
13 Arendt
14

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

در مجموع، مطالعات مختلف گزارش کرده‌اند که این رویکرد با کاهش باورهای ناکارآمد درباره هیجان، افزایش تحمل پریشانی و ایجاد رابطه سالم‌تری با تجربه‌های هیجانی همراه است (کوف بک[1] و همکاران، ۲۰۲۴). با این حال، بخش قابل توجهی از پژوهش‌های موجود، تمرکز خود را بر پیامدهای کلی مانند کاهش نشانه‌های افسردگی یا اضطراب معطوف کرده‌اند (کول و همکاران، ۲۰۲۴ و یائو[2] و همکاران، ۲۰۲۲) و کمتر به بررسی مستقیم سازه‌های فرایندی نظیر حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی پرداخته‌اند؛ در حالی که این متغیرها می‌توانند مکانیزم‌های کلیدی تغییر درمانی را توضیح دهند. علاوه بر این، بیشتر مطالعات طرح‌واره‌درمانی در جمعیت بزرگسال انجام شده و پژوهش‌های نظام‌مند در گروه نوجوانان، به‌ویژه نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی، هنوز محدود است. این در حالی است که نوجوانی دوره‌ای حساس برای اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار و پیشگیری از تثبیت الگوهای آسیب‌زا در بزرگسالی محسوب می‌شود. بنابراین پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری ۳ ماهه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که در سال ۱۴۰۴ به مراکز روان‌شناسی و روان‌پزشکی (از جمله مطب‌های روان پزشکان، کلینیک‌های روانشناسی، بیمارستان‌های اعصاب و روان و مراکز بهزیستی) در شهر ساوه مراجعه کرده بودند. برای انتخاب نمونه، جهت اخذ مجوزهای لازم برای اجرای مداخله ابتدا با مسئولان مراکز درمانی خصوصی و دولتی (بیمارستان‌های اعصاب و روان و بهزیستی) روانشناسی هماهنگی‌های لازم انجام شد. سپس افرادی که بر اساس نظر روان پزشک و روان شناس مرکز، تشخیص اختلال افسردگی اساسی را دریافت کرده بودند، به محقق این پژوهش معرفی شدند تا در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. از میان این افراد تعداد ۳۰ نفر واجد شرایط به روش هدفمند انتخاب شده و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفری شامل گروه آزمایش و گروه گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش تشخیص اختلال افسردگی اساسی بر اساس ملاک‌های DSM-5-TR توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی؛ قرار داشتن در بازه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال؛ عدم ابتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی شدید یا ناتوان‌کننده هم‌زمان (از جمله اختلال دوقطبی، اختلالات سایکوتیک یا اختلال مصرف مواد) بر اساس مصاحبه بالینی؛ عدم تغییر در دارودرمانی روان‌پزشکی حداقل طی ۴ هفته پیش از ورود به مطالعه؛ عدم دریافت هم‌زمان مداخلات روان‌درمانی ساختاریافته دیگر در طول اجرای پژوهش؛ رضایت آگاهانه نوجوان برای شرکت در پژوهش به همراه رضایت‌نامه کتبی والدین یا قیم قانونی؛ و تمایل و توانایی شرکت منظم در جلسات مداخله و ارزیابی‌ها تا پایان پژوهش و معیارهای خروج شامل بروز تشدید بالینی علائم افسردگی در طول اجرای مداخله به تشخیص روان‌پزشک معالج، به‌گونه‌ای که ادامه حضور در پژوهش با ملاحظات ایمنی یا درمانی فرد در تعارض باشد؛ ظهور افکار خودکشی فعال، طرح خودکشی یا رفتار خودآسیب‌رسان که مستلزم مداخله فوری در بحران، ارجاع اورژانسی یا تغییر برنامه درمانی باشد؛ قطع خودسرانه دارودرمانی روان‌پزشکی، تغییر نوع یا دوز دارو بدون هماهنگی با روان‌پزشک، یا شروع دارودرمانی جدید در طول اجرای پژوهش که منجر به مخدوش شدن اثر مداخله گردد؛ آغاز هم‌زمان هرگونه مداخله روان‌درمانی ساختاریافته، مشاوره تخصصی یا برنامه درمانی موازی خارج از چارچوب پژوهش؛ عدم پایبندی معنادار به پروتکل مداخله (از جمله عدم انجام تمرینات تعیین‌شده یا غیبت بیش از دو جلسه متوالی)؛ تکمیل ناقص ابزارهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون یا پیگیری که تحلیل داده‌ها را با اخلال مواجه کند؛ و انصراف آگاهانه شرکت‌کننده یا والدین از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش. دیگر بود. روش اجرا به این صورت بود که پس انتخاب گروه نمونه با توجه به معیارهای ورود، پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی بر روی نمونه موردپژوهش انجام شد. در ادامه طرحواره درمانی گروهی توسط پژوهشگر دریکی از مراکز مشاوره شهر ساوه آموزش داده شد (مرکز دارای فضا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسب بود). تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه‌ها را به‌صورت گروهی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کرده و برای تکمیل آن‌ها محدودیت زمانی لحاظ نشد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که طرحواره درمانی گروهی طی ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته‌ای دو جلسه) برگزار شد. در این پژوهش، تمامی ملاحظات اخلاقی متناسب با ماهیت بالینی نمونه و کار

1 Kopf-Beck
2 Yao

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

با نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی رعایت شد. پیش از ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه، اهداف، مراحل، مدت‌زمان مداخله، منافع و مخاطرات احتمالی پژوهش به‌صورت شفاف و متناسب با سطح درک نوجوانان توضیح داده شد و رضایت آگاهانه کتبی از والدین یا قیم قانونی و همچنین رضایت آگاهانه نوجوانان اخذ گردید. به شرکت‌کنندگان تأکید شد که مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بوده و در هر مرحله بدون هیچ‌گونه پیامد منفی می‌توانند از ادامه همکاری انصراف دهند. به‌منظور حفظ محرمانگی، اطلاعات فردی شرکت‌کنندگان با کدگذاری ناشناس ثبت شد و نام یا هرگونه مشخصه هویتی در هیچ‌یک از مراحل جمع‌آوری، تحلیل و گزارش داده‌ها درج نگردید و نتایج پژوهش نیز به‌صورت کلی و گروهی گزارش شد. با توجه به آسیب‌پذیری بالینی نمونه، وضعیت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در طول اجرای مداخله به‌طور مستمر تحت نظر قرار داشت و در صورت بروز تشدید علائم افسردگی، افکار خودکشی یا هرگونه نشانه هشداردهنده، مداخله پژوهشی متوقف و فرد جهت دریافت خدمات تخصصی و مداخله در بحران به روان‌پزشک یا مراکز درمانی مربوطه ارجاع داده می‌شد. در چنین مواردی، حفظ ایمنی و سلامت شرکت‌کننده بر تداوم حضور در پژوهش اولویت داشت. همچنین، اجرای مداخله به‌گونه‌ای طراحی شد که هیچ‌گونه تداخلی با درمان دارویی یا برنامه درمانی استاندارد شرکت‌کنندگان ایجاد نکند و هرگونه تصمیم‌گیری درمانی صرفاً در حیطه صلاحیت روان‌پزشک معالج انجام می‌گرفت. درنهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

شاخص حساسیت اضطرابی (ASI)[1]: این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است که توسط فلوید و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شده و دارای ۱۶ گویه به صورت مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم= ۰ تا خیلی زیاد= ۴) است. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ است (فلوید[2] و همکاران، ۲۰۰۵). ساختار این پرسشنامه از سه عامل ترس از نگرانی های بدنی (۸ گویه)، ترس از عدم کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است. آلفای کرونباخ این شاخص بین ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ و ضریب بازآزمایی ۲ هفته‌ای و سه ساله آن به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۱ گزارش شده است. جهت بررسی روایی این شاخص نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی نشان می‌دهد که این شاخص از چهار بعد تشکیل‌شده و بار عاملی هر سؤال بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ است (فلوید و همکاران، ۲۰۰۵). پایایی این شاخص در نمونه ایرانی براساس سه روش همسانی درونی، بازآزمایی در فاصله زمانی دو هفته و تنصیفی به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمده است. روایی همزمان آن از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه SCL-90 ۰/۵۶ گزارش شده است. همچنین ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بوده است (آخوندی و همکاران، ۱۴۰۱). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر نیز ۰/۸۹ بود.

مقیاس فراهیجان میتمانسگروبر (MES[3]): این مقیاس خود گزارش‌دهی که فرا هیجان‌های منفی و مثبت را می‌سنجد، توسط میتمانسگروبر[4] و همکاران در سال ۲۰۰۹ ساخته‌شده و دارای ۲۸ ماده است و آزمودنی در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (۱= اصلاً صدق نمی‌کند تا ۶= کاملا صدق می‌کند) به آن پاسخ می‌دهد. سازندگان ابزار، این مقیاس را شامل شش مؤلفه خشم، حقارت/ شرم، مهار شدید و فرونشانی (فرا هیجان‌های منفی) و شفقت و علاقه (فرا هیجان‌های مثبت) با ضرایب آلفای به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۸۳، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ و برای کل مقیاس ۰/۸۷ گزارش کردند (میتمانسگروبر و همکاران، ۲۰۰۹). میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) جهت بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی استفاده نمودند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که این آزمون از دو بعد تشکیل‌شده و بار عاملی هر سؤال بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ است. در ایران نادری پور و همکاران (۱۴۰۱) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را در ایران ۰/۷۸ گزارش کردند. نتایج تحلیل عاملی این پژوهش، دو بعد اصلی فرا هیجان‌های مثبت و منفی را تائید کردند. همچنین روایی همگرایی فرا هیجان‌های مثبت در این ابزار با مؤلفه‌های هوش هیجانی پرسشنامه رگه هوش هیجانی پترایدز ۰/۵۱ گزارش شده است. آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر نیز نیز ۰/۹۱ بود.

1Anxiety Sensitivity Index
2 Floyd
3 Meta-Emotion Scale
4 Mitmansgruber

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

طرح‌واره درمانی گروهی: محتوای جلسات مداخله طرح‌واره درمانی گروهی بر اساس درمان یانگ[1] و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از صفائیان و همکاران (۱۴۰۱) بود که در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه انجام شد که به شرح زیر است:

جدول ۱. جلسات طرح‌واره درمانی گروهی مبتنی بر الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۳)

جلسه	محتوا
اول	معرفی و بیان قوانین گروه، ایجاد حس تعلق گروهی، بیان مشکلات اصلی با مراجعان در محیط درمان، مرور فعال کننده‌های طرحواره‌ها و ذهنیت‌ها
دوم	مرور نیازهای اساسی پنجگانه، ارتباط طرحواره‌ها و نیازها در محیط درمان، ایجاد تصویرسازی ذهنی از یک مراجع
سوم	بررسی فرمول بندی موردی از مشکل حال حاضر فرد، الگوی مرتبط و تکرارشوند، نیازهای دوران کودکی من، محیط اولیه عوامل زیستی، فعال کننده‌ها، ظرفیت بزرگسال سالم
چهارم	بررسی موقعیت‌هایی که ذهنیت فعال می‌شوند، نشانه‌های اصلی، احساسات، حس‌های برنی، افکار، خاطرات، طرحواره‌ها و نیاز
پنجم	شناسایی پیغام‌های اصلی والد، بررسی شواهد تأیید و رد ذهنیت والد، معرفی ذهنیت والد پرتوقع، سرزنش‌گر، القاکننده گناه و القاگر ترس
ششم	بررسی ظرفیت‌های بزرگسال سالم، رفتار جرات مندانه (فاصله گرفتن، خودمراقبتی و مواجهه)
هفتم	شناسایی طرحواره ها و نیازهای مرتبط به ذهنیت‌های کودک، استفاده نمایش برای ارتباط با ذهنیت کودک
هشتم	تصویرسازی کودک تنها در خیابان و کودک آسیب پذیر، بررسی افکار، احساسات، خاطرات، حس‌های بدنی و نیازهای کودک آسیب پذیر، آموزش مهرورزی و شفقت به خود
نهم	جاگذاری پیغام والد خوب با صداهای والد سرزنشگر، پرتوقع، القاگر گناه و ترس
دهم	بازی و تفریح، پیدا کردن پیغام‌های والد خوب در مجلات، گفتن پیغام‌های والد خوب به یکدیگر

یافته ها

تعداد کل نمونه پژوهش ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. یافته‌های توصیفی بیانگر سن شرکت‌کننده در گروه آزمایش با میانگین و انحراف استاندارد ۱۶/۵ و ۰/۸۹ و در گروه کنترل ۱۷/۱ و ۰/۹۲ بود. همچنین ۷ نفر از افراد گروه آزمایش پسر (۴۶/۷ درصد) و ۸ نفر نیز دختر (۵۳/۳ درصد) بودند از سوی دیگر ۹ نفر از افراد گروه کنترل دختر (۶۰/۵ درصد) و ۶ نفر نیز پسر (۳۹/۵ درصد) بودند. برای تحصیلات والدین ۸ نفر (۵۷ درصد) والدین با تحصیلات دانشگاهی و ۷ نفر (۴۳ درصد) بدون تحصیلات دانشگاهی و در گروه کنترل نیز ۶ نفر (۴۰ درصد) والدین دارای تحصیلات دانشگاهی و ۹ نفر (۶۰ درصد) والدین بدون تحصیلات دانشگاهی بودند. از نظر ویژگی‌های بالینی، میانگین مدت ابتلا به اختلال افسردگی اساسی در گروه آزمایش ۸/۵ ماه و انحراف استاندارد ۰/۱۱۳ و در گروه کنترل ۹/۳ ماه و انحراف استاندارد ۰/۲۰۳ بود. از نظر نوع داروی مصرفی، اغلب شرکت‌کنندگان از داروهای ضدافسردگی گروه مهارکننده‌های بازجذب انتخابی سروتونین استفاده می‌کردند؛ به‌گونه‌ای که در گروه آزمایش ۶ نفر فلوکستین (۴۰ درصد)، ۵ نفر سرترالین (۳۳ درصد) و ۴ نفر سیتالوپرام (۲۷ درصد) دریافت می‌کردند. در گروه کنترل نیز ۷ نفر فلوکستین (۵۵ درصد)، ۵ نفر سرترالین (۳۵ درصد) و ۳ نفر سیتالوپرام (۱۰ درصد) مصرف می‌نمودند. از نظر وضعیت درمان دارویی، تمامی شرکت‌کنندگان پیش از ورود به پژوهش تحت نظر روان‌پزشک دارودرمانی پایدار دریافت می‌کردند. میانگین مدت مصرف داروهای ضدافسردگی در گروه آزمایش ۳/۲ ماه با انحراف استاندارد ۰/۱۴۵ و در گروه کنترل ۶/۲ ماه و به انحراف استاندارد ۰/۳۵۸ بود. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سن، جنسیت، سطح تحصیلات والدین، مدت زمان ابتلا، مدت درمان دارویی و نوع دارو از یکدیگر وجود نداشت. جدول ۲، اطلاعات آماری مربوط به نمرات شرکت‌کنندگان در حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی را ارائه می‌دهد.

1 Yang

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

جدول ۲. مشخصه‌های آماری متغیرها

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
حساسیت اضطرابی	طرحواره درمانی گروهی	۵۰/۳	۶/۹۲	۳۹/۸	۶/۵۳	۴۱/۱	۷/۴۲
	گواه	۴۹/۴	۵/۳۱	۴۸/۸	۵/۵۱	۴۹/۶	۶/۱۹
فراهیجان منفی	طرحواره درمانی گروهی	۶۹/۴	۶/۶۹	۵۸/۶	۵/۶۶	۵۸/۹	۵/۹۶
	گواه	۷۱/۰۶	۶/۱۹	۷۰/۷	۶/۲۹	۷۱/۳	۶/۸۳

چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در دو گروه مداخله و گروه گواه نشان داده شده است؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش آزمون تفاوت چندانی نشان نمی دهند؛ اما بعد از مداخله گروه های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در متغیرهای پژوهش (۷۵/۸=آماره ام‌باکس، F=۱۲/۰۶، P<۰/۰۱) به دست آمد که سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تائید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (رضائی و استوار، ۱۳۹۶). همچنین کرویت ماچلی برای متغیرهای پژوهش (۰/۰۶۴= آماره موشلی، ۷۶/۱= توزیع خی دو، P<۰/۰۱) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای متغیر حساسیت اضطرابی (F=۱/۹ و P>۰/۰۵) و فراهیجان منفی (F=۲/۱۷ و P>۰/۰۵) گزارش شد که نشان‌دهنده تائید همگنی واریانس‌ها است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه دو گروه آزمایش و گواه و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیرهای پژوهش ارائه گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

	نام آزمون	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی	کرویت فرض شده	۱۰۴۹/۲	۵	۲۰۹/۸	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	گرین هاوس- گیسر	۱۰۴۹/۲	۱/۷۹	۵۸۴/۲	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	هوین- فلت	۱۰۴۹/۲	۱/۹۸	۵۲۹/۹	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	باند بالا	۱۰۴۹/۲	۱	۱۰۴۹/۲	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۴۸/۱ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم‌پذیری را دارد. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر

		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجرورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
حساسیت اضطرابی	بین گروهی	گروه	۲۰۸۳/۳	۱	۲۰۸۳/۳	۳۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
		خطا	۱۸۸۰/۵	۲۸	۶۷/۱			
	درون گروهی	عامل	۱۹۸۳۰/۴	۲/۴۵	۸۰۸۷/۴	۲۴۷/۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶
		عامل و گروه	۲۵۰۴/۸	۲/۴۵	۱۰۲۱/۵	۱۹۸/۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
		خطا (عامل)	۴۷۹۰	۶۸/۶	۶۹/۷			

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

فراهیجان منفی	بین گروهی	گروه	۸۱۱/۲	۱	۸۱۱/۲	۹/۸۲	۰/۰۰۴	۰/۲۶۰
		خطا	۲۳۱۲/۶	۲۸	۸۲/۵			
	درون گروهی	عامل	۲۰۰۲۰/۷	۲/۷۱	۷۳۹۱/۹	۱۲/۲	۰/۰۰۱	۰/۳۱۰
		عامل و گروه	۱۷۱۲/۳	۲/۷۱	۶۳۱/۹	۳۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
		خطا (عامل)	۵۴۳۲/۹	۷۵/۸	۷۱/۶			

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای حساسیت اضطرابی (F=۲۴۷/۳ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۶۴۶) و برای فراهیجان منفی (F=۲۳۲/۰۶ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۸۹) معنادار هستند؛ یعنی بین دو گروه از نظر میانگین حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر حساسیت اضطرابی اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (F=۱۹۸/۴ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۶۸۶) معنادار است. همچنین در متغیر فراهیجان منفی نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (F=۱۲/۲ ،P <۰/۰۵ ،η^2 =/۳۱) معنادار است. به عبارتی بین نمرات حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در سه مرحله پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های مختلف آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در سه مرحله

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
حساسیت اضطرابی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۹/۸۶*	۰/۰۰۱
		پیگیری	۵/۳۴*	۰/۰۰۱
فراهیجان منفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۰/۸*	۰/۰۰۱
		پیگیری	۶/۱۲*	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که این نشان دهنده تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در این نوجوانان است. در متغیر حساسیت اضطرابی تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (d=۹/۸۶ ،p<۰/۰۵) و پیش‌آزمون پیگیری (d =۵/۳۴ ،p<۰/۰۵) معنادار است. با توجه به جدول ۵ همچنین می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات حساسیت اضطرابی نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که نشان دهنده تاثیر طرح واره درمانی بر کاهش حساسیت اضطرابی است. همانطور که مشاهده می‌شود در متغیر فراهیجان منفی نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (d=۱۰/۸ ،p<۰/۰۵) و پیش‌آزمون و پیگیری (d=۶/۱۲ ،p<۰/۰۵) معنادار و نشان دهنده اثر بخشی طرح واره درمانی بر کاهش فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد. نتیجه حاصل از انجام پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی در نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی موثر است. این یافته با نتایج جوشوا و همکاران (۲۰۲۵)، بارلاس و همکاران (۲۰۲۵) و کو و همکاران (۲۰۲۵) همسو است. در تبیین یافته حاصل می‌توان گفت که حساسیت اضطرابی به‌عنوان ترس از پیامدهای منفی احساسات و نشانه‌های اضطراب (مانند تپش قلب، تنش یا افکار فاجعه‌آمیز) ریشه در تفسیرهای ناکارآمد شناختی و باورهای عمیق درباره خطرناک بودن تجربه‌های هیجانی دارد (زائو و همکاران، ۲۰۲۶). نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی غالباً دارای طرحواره‌های ناسازگار اولیه‌ای همچون رهاشدگی، نقص/شرم،

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

آسیب‌پذیری نسبت به خطر و ناتوانی هستند که موجب می‌شود تجربه‌های هیجانی طبیعی را تهدیدآمیز، غیرقابل تحمل و نشانه ضعف تلقی کنند (گو و همکاران، ۲۰۲۶). طرح‌واره‌درمانی با هدف شناسایی، فعال‌سازی آگاهانه و اصلاح این طرح‌واره‌ها، به‌طور مستقیم به هسته شناختی حساسیت اضطرابی نفوذ می‌کند (کو و همکاران، ۲۰۲۵). طرح‌واره‌درمانی همچنین با به چالش کشیدن باورهای عمیق و فراگیر درباره خطرناک بودن اضطراب، به نوجوان کمک می‌کند تا بین احساس اضطراب و وقوع فاجعه تمایز قائل شود (بارلاس و همکاران، ۲۰۲۵). تکنیک‌هایی نظیر گفت‌وگوی سقراطی، بازسازی شناختی و آزمون شواهد، موجب تضعیف باورهایی می‌شوند که نشانه‌های بدنی یا هیجانی اضطراب را به از دست دادن کنترل، دیوانگی یا طرد اجتماعی پیوند می‌زنند (جوشوا و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییر در سطح طرح‌واره‌ای، باعث کاهش تفسیرهای فاجعه‌آمیز و در نتیجه کاهش حساسیت اضطرابی می‌شود، زیرا فرد دیگر نشانه‌های اضطراب را به‌عنوان تهدیدی جدی برای خود تلقی نمی‌کند (تریسی و همکاران، ۲۰۲۵). طرح‌واره‌درمانی همچنین با بهره‌گیری از تکنیک‌های تجربه‌محور مانند تصویرسازی ذهنی، صندلی خالی و بازپردازی خاطرات هیجانی، به نوجوان امکان می‌دهد هیجان‌های سرکوب‌شده یا اجتناب‌شده را در فضایی ایمن تجربه و پردازش کند (اوکورو، ۲۰۲۶). بسیاری از نوجوانان افسرده، به دلیل تجارب اولیه منفی، یاد گرفته‌اند که هیجان‌های منفی را خطرناک بدانند و از آن‌ها اجتناب کنند؛ این اجتناب هیجانی خود به افزایش حساسیت اضطرابی منجر می‌شود. مواجهه تدریجی و هدایت‌شده با هیجان‌ها در طرح‌واره‌درمانی، تحمل هیجانی را افزایش داده و ترس از تجربه اضطراب را کاهش می‌دهد (سلطان و همکاران، ۲۰۲۵). از سوی دیگر پایداری اثر درمان در گذر زمان در متغیر حساسیت اضطرابی را می‌توان به ماهیت ساختاری و عمیق تغییرات ایجادشده در طرح‌واره‌درمانی نسبت داد. برخلاف مداخلاتی که صرفاً بر کاهش نشانه‌ها تمرکز دارند، طرح‌واره‌درمانی باورها و الگوهای هیجانی دیرپای شکل‌گرفته از تجارب اولیه را هدف قرار می‌دهد. زمانی که نوجوان یاد می‌گیرد هیجان‌های خود را به‌شیوه‌ای متفاوت تفسیر و مدیریت کند و سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را درونی سازد، این تغییرات به بخشی از نظام شناختی–هیجانی او تبدیل می‌شوند (بارلاس و همکاران، ۲۰۲۵). در نتیجه، حتی با گذشت زمان و مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا، احتمال بازگشت حساسیت اضطرابی کاهش می‌یابد و اثرات درمانی از ثبات نسبی برخوردار می‌مانند.

علاوه‌براین، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی موثر است. این یافته با نتایج چوهیلی و همکاران (۲۰۲۶)، وانتاتنهوو و همکاران (۲۰۲۵) و کوف بک و همکاران (۲۰۲۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در افسردگی اساسی نوجوانان، مشکل اصلی صرفاً شدت یا فراوانی هیجان‌های منفی نیست، بلکه نحوه سازمان‌دهی، نام‌گذاری و معنا دادن به هیجان‌ها دچار آشفتگی است (جسلین و همکاران، ۲۰۲۵). فراهیجان منفی زمانی شکل می‌گیرد که هیجان‌های اولیه در یک چارچوب شناختی–هیجانی منسجم قرار نگیرند و فرد نتواند تجربه هیجانی خود را به‌عنوان بخشی قابل فهم از وضعیت روانی‌اش تفسیر کند. در این شرایط، هیجان به یک تجربه مبهم، تهدیدکننده و غیرقابل پیش‌بینی تبدیل می‌شود که خود به واکنش‌های هیجانی ثانویه منفی منجر می‌گردد (واتس و همکاران، ۲۰۲۵). طرح‌واره‌درمانی با بازسازی ساختارهای معنایی زیربنایی، به نوجوان کمک می‌کند تا هیجان‌ها را در یک روایت شخصی منسجم قرار دهد (چوهیلی و همکاران، ۲۰۲۶). بسیاری از نوجوانان افسرده، تجربه‌های هیجانی خود را گسسته، بی‌منطق و فاقد پیوند با رویدادهای زندگی می‌دانند. این گسست معنایی موجب می‌شود هیجان نه به‌عنوان «واکنش»، بلکه به‌عنوان «مشکل» درک شود و همین امر فراهیجان منفی را تقویت می‌کند (کول، ۲۰۲۶). طرح‌واره‌درمانی با پیوند دادن هیجان‌های فعلی به الگوهای تکرارشونده زندگی، روابط اولیه و نیازهای برآورده‌نشده، باعث می‌شود هیجان‌ها قابل فهم و پیش‌بینی‌پذیر شوند (وانتاتنهوو و همکاران، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، فراهیجان منفی در نوجوانان افسرده به‌شدت تحت تأثیر یادگیری هیجانی بین‌فردی است (سولینگ و همکاران، ۲۰۲۵). بسیاری از این نوجوانان در محیط‌هایی رشد کرده‌اند که هیجان‌های منفی یا نادیده گرفته شده‌اند یا به شکل ناپایدار پاسخ گرفته‌اند. نتیجه این فرایند، شکل‌گیری الگوهایی است که در آن نوجوان نمی‌داند هیجان چگونه باید تنظیم، ابراز یا مدیریت شود (کوف بک و همکاران، ۲۰۲۴). طرح‌واره‌درمانی از طریق رابطه درمانی ساختارمند و پایدار، نوعی الگوی جدید یادگیری هیجانی فراهم می‌کند که در آن هیجان‌ها نه موجب آشفتگی رابطه می‌شوند و نه تهدیدکننده پیوند بین‌فردی هستند (تریسی و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین طرح‌واره‌درمانی با کار بر روی طرح واره‌ها؛ به نوجوان کمک می‌کند بین سطوح مختلف تجربه هیجانی تمایز قائل شود (چوهیلی و همکاران، ۲۰۲۶). در تبیین پایداری اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش فراهیجان منفی می‌توان گفت که طرح‌واره‌درمانی الگوهای معنادهی به هیجان را تغییر می‌دهد، نه صرفاً واکنش‌های مقطعی را. این الگوهای جدید در تعاملات روزمره نوجوان بازتولید می‌شوند و به بخشی از شیوه پردازش تجربه‌های هیجانی او تبدیل می‌گردند. از آنجا که این تغییر در سطح

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]
[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

ساختارهای شناختی–هیجانی رخ می‌دهد، با گذشت زمان نیز حفظ شده و احتمال بازگشت فراهیجان منفی به شکل اولیه کاهش می‌یابد. (یائو و همکاران، ۲۰۲۲).

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌طور معناداری موجب کاهش حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شود. این یافته‌ها حاکی از آن است که مداخله مبتنی بر طرحواره، با هدف قرار دادن الگوهای شناختی–هیجانی ناکارآمد و طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر است واکنش‌پذیری هیجانی منفی و تفسیرهای فاجعه‌آمیز نسبت به نشانه‌های اضطرابی را تعدیل کند. از آنجا که حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی از مؤلفه‌های مهم تداوم و تشدید افسردگی در نوجوانان محسوب می‌شوند، کاهش این متغیرها می‌تواند به بهبود تنظیم هیجان و کاهش آسیب‌پذیری روان‌شناختی این گروه منجر شود. بنابراین، طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک رویکرد مداخله‌ای مؤثر و مکمل در کنار درمان دارویی پایدار برای نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی مورد توجه قرار گیرد.

نتایج پژوهش حاضر باید با در نظر گرفتن محدودیت‌هایی تفسیر شود. نخست، شدت افسردگی شرکت‌کنندگان در طول مطالعه با استفاده از ابزارهای عینی و استاندارد سنجش شدت افسردگی (مانند مقیاس‌های خودگزارشی یا مصاحبه‌های ساختاریافته) به‌طور مستقیم اندازه‌گیری نشد؛ ازاین‌رو، امکان بررسی ارتباط میزان کاهش حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی با تغییرات شدت افسردگی فراهم نبود. اگرچه تلاش شد ثبات نسبی درمان دارویی حفظ شود، نوع داروی مصرفی، مدت دقیق ابتلا به اختلال افسردگی اساسی و مدت مصرف دارو به‌عنوان متغیرهای مداخله‌گر بالقوه به‌طور تحلیلی کنترل یا لایه‌بندی نشدند که می‌تواند بر میزان پاسخ به مداخله اثرگذار باشد. همچنین، حجم نمونه محدود، روش نمونه‌گیری هدفمند، دوره پیگیری کوتاه‌مدت و عدم کنترل متغیرهایی نظیر ویژگی‌های شخصیتی و وضعیت اقتصادی–اجتماعی از دیگر محدودیت‌های پژوهش محسوب می‌شوند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از ابزارهای استاندارد و چندمنبعی برای سنجش شدت افسردگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شود و نقش نوع داروی مصرفی، مدت ابتلا به اختلال و مدت درمان دارویی به‌صورت متغیرهای کنترل یا هم‌پراش در تحلیل‌ها لحاظ گردد. همچنین، بهره‌گیری از نمونه‌گیری تصادفی، افزایش حجم نمونه، تفکیک زیرگروه‌ها بر اساس نوع دارو یا مرحله بیماری، و استفاده از دوره‌های پیگیری بلندمدت می‌تواند به افزایش اعتبار بیرونی و تبیین دقیق‌تر اثربخشی طرحواره‌درمانی کمک کند. در سطح کاربردی، با وجود این محدودیت‌ها، نتایج پژوهش حاضر از به‌کارگیری طرحواره‌درمانی به‌عنوان یک مداخله روان‌شناختی مکمل در کنار درمان دارویی پایدار برای کاهش حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی حمایت می‌کند.

منابع

آخوندی، ف؛ توزنده جانی، ح؛ زنده دل، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر حساسیت اضطرابی و کنترل عواطف زنان آسیب دیده از روابط فرازناشویی. *رویش روان شناسی*، ۱۱(۱۰)، ۱۳۸- ۱۲۹. http://frooyesh.ir/article-1-3994-fa.html

اسماعیل زاده قهدریجانی، ا؛ علادینی، ز. (۱۴۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی بر ارتقای سلامت و فراهیجانات مثبت زنان دارای نشانگان وسواس فکری-عملی در شهر اصفهان. فصلنامه علمی- پژوهشی مطالعات روانشناسی بالینی، ۵۶(۱۱)، ۸۰-۶۷. https://doi.org/10.22054/jcps.2025.84109.3187

صفائیان، م؛ کاکاوند، ع؛ بهرامی هیدجی، م؛ محمدی شیر محله، ف؛ رنجبری پور، ط. (۱۴۰۱). اثربخشی طرح واره درمانی بر تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی در پرستاران زن. *رویش روان شناسی*، ۱۱ (۱۱)، ۱۱۵-۱۲۴. http://frooyesh.ir/article-1-4314-fa.html

نادری پور، ا؛ توزنده جانی، ح؛ باقرزاده گلمکانی، ز؛ زنده دل، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر تحمل آشفتگی و ابعاد فراهیجانی منفی بیماران زن مبتلا به اختلال مولتیپل اسکلروزیس. *رویش روان شناسی*، ۱۱ (۱۱) ، ۱۲۵-۱۳۴. http://frooyesh.ir/article-1-4191-fa.html

یعقوبی سیاهگورابی، ف؛ رضائی، س؛ زبردست، ع. (۱۴۰۳). شیوع اضطراب و افسردگی در دختران نوجوان لاهیجان و عوامل جمعیتی همراه. طلوع بهداشت، ۲۳(۳)، ۱۵-۱. https://tbj.ssu.ac.ir/article-1-3649-fa.pdf

Arendt, I. M. T., Gondan, M., Juul, S., Hastrup, L. H., Hjorthøj, C., & Moeller, S. B. (2025). Statistical analysis plan for a parallel group randomized clinical trial comparing schema therapy versus treatment as usual for outpatients with difficult-to-treat depression (DEPRE-ST). *Trials*, *26*(1), 334. https://doi.org/10.1186/s13063-025-09012-4

Barlas, J., & Ng, A. (2025). Schema therapy: Historical development, theoretical model, and empirical evidence. In *The Palgrave handbook of third-wave psychotherapies* (pp. 541-577). Cham: Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-032-00353-9_23

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

Cabello, R., Zych, I., Llorent, V. J., & Fernandez-Berrocal, P. (2025). The polish version of the trait Meta-mood Scale-24 in adolescents: a measure of perceived emotional intelligence. *Educational Psychology*, *31*(1), 55-61. https://doi.org/10.5093/psed2025a7

Chen, S. Y., Zhao, W. W., Cheng, Y., Bian, C., Yan, S. R., & Zhang, Y. H. (2025). Effects of positive psychological interventions on positive and negative emotions in depressed individuals: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Mental Health*, *34*(2), 196-206. https://doi.org/10.1080/09638237.2024.2332810

Choheili, H., Marashian, F. S., Safarzadeh, S., & Asgari, P. (2026). The effect of schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy on coping strategies in individuals with stimulant substance use disorder. *Journal of Substance Use*, 1-9. https://doi.org/10.1080/14659891.2026.2627203

Clausen, B. K., Shepherd, J. M., Rogers, A. H., Garey, L., Redmond, B. Y., Heggeness, L., & Zvolensky, M. J. (2025). Anxiety sensitivity in terms of mental health among a racially and ethnically diverse sample of sexual minority college students. *Journal of American college health*, *73*(5), 1887-1894. https://doi.org/10.1080/07448481.2023.2277191

Floyd, M., Garfield, A., & LaSota, M. T. (2005). Anxiety sensitivity and worry. *Personality and Individual Differences*, *38*(5), 1223-1229. https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.005

Gualtieri, I., Parisi, I., Bortolini, T., Porciello, G., & Panasiti, M. S. (2025). Exploring the Relationship between Anxiety Sensitivity, Interoceptive Sensibility and Psychopathology: A Network Analysis Approach. *International Journal of Cognitive Behavioral Therapy*, *18*(2), 256-283. https://link.springer.com/article/10.1007/s41811-025-00235-6

Guo, B., Wang, H., Gao, S., Guo, Y., Zhao, Z., Chen, X., & Yang, J. (2026). Affiliate stigma among family caregivers of adolescents with depression: the roles of family function and coping style. *BMC psychology*. https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-026-04050-2

Jesline, J., Romate, J., Diya, E., & Rajkumar, E. (2025). Mediating role of resilience on the relationship between meta emotions and emotional regulation among neglected adolescents. *BMC psychology*, *13*(1), 622. https://link.springer.com/article/10.1186/s40359-025-02856-0

Joshua, P. R., Lewis, V., Kelty, S. F., & Boer, D. P. (2025). Applications of schema therapy in young people: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-23. https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2522375

Ko, J. Y., & Park, C. H. K. (2025). Interpersonal constructs in the mediation of early maladaptive schemas and suicidal ideation among outpatients with major depressive disorder. *Journal of Korean Medical Science*, *40*(29). https://doi.org/10.3346/jkms.2025.40.e173

Kool, A. M. (2026). Enhancing treatment outcomes for comorbid depression and personality disorders: Investigating the effect of psychotherapy dosage and exploring integrated treatment approaches. https://doi.org/10.5463/thesis.1456

Kool, M., Van, H., Arntz, A., Bartak, A., Peen, J., Dil, L., ... & Dekker, J. (2024). Dosage effects of psychodynamic and schema therapy in people with comorbid depression and personality disorder: four-arm pragmatic randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, *225*(1), 274-281. https://doi.org/10.1192/bjp.2024.56

Kopf-Beck, J., Müller, C. L., Tamm, J., Fietz, J., Rek, N., Just, L., ... & Egli, S. (2024). Effectiveness of schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus supportive therapy for depression in inpatient and day clinic settings: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *93*(1), 24-35. https://doi.org/10.1159/000535492

Kramer, L., & Francis, S. (2025). The relationships between adolescent anxiety sensitivity, parent emotional availability, and gender in the context of adolescent anxiety. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *47*(1), 17. https://doi.org/10.1007/s10862-025-10197-w

Okoro, T. (2026). Associations Between Major Depressive Episodes, Sociodemographic Factors, and Past-Year Marijuana Use Among US Adolescents: A Cross-Sectional Study. *Nigerian Medical Journal*, *66*(5), 1767-1778. https://www.nigerianmedjournal.org/index.php/nmj/article/view/1125

Pirayeh, L., Bagholi, H., Hoseini, S. E., & Javidi, H. (2023). Comparison of Emotional Schema Therapy and Schema Therapy in Reducing Suicidal Thoughts in Patients with Persistent Depressive Disorder. *Journal of Preventive Counselling*, *4*(4). https://journal.uma.ac.ir/article_2712

Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. Behavior Research and Therapy, 4(3), 241-248 https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90143-9

Seuling, P. D., Gottschalk, M. G., Vietz, M., Lueken, U., Lonsdorf, T. B., Dannlowski, U., ... & Schiele, M. A. (2025). The Adult Separation Anxiety Questionnaire (ASA-27): reliability of the German translation, factor structure, and concurrent validity with anxiety sensitivity and agoraphobic cognition. *Der Nervenarzt*, 1-7. https://link.springer.com/article/10.1007/s00115-025-01806-w

Stefan, S., Stroian, P., Fodor, L. A., Silviu, M., Nechita, D., Mătiță, D., ... & Roediger, E. (2025). Contextual schema therapy for social anxiety and depression symptoms—A two sessions, online, group randomized trial. *Psychotherapy Research*, 1-16. https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2523480

Sultan, A. A., Goldstein, B. I., Blanco, C., Kennedy, K. G., Conway, K. P., He, J. P., & Merikangas, K. (2025). Correlates of cannabis use and cannabis use disorder among adolescents with major depressive disorder and bipolar disorder in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of Affective Disorders*, *371*, 268-278. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032724016045

Tian, S., Che, W., Liang, Z., Qiu, F., Yu, Y., & Wang, X. (2026). The effects of exercise type and dose on depression in children and adolescents: A systematic review, network, and dose-response meta-analysis. *Journal of affective disorders*, *394*, 120604. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032725020464

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]

Tracy, M., Penney, E., & Norton, A. R. (2025). Group schema therapy for personality disorders: Systematic review, research agenda and treatment implications. *Psychotherapy Research*, *35*(6), 884-903. https://doi.org/10.1080/10503307.2024.2361451

Türkmen, C., Machunze, N., Lee, A. M., Bougelet, E., Ludin, N. M., de Cates, A. N., ... & van Dalfsen, J. H. (2025). Systematic review and Meta-analysis: the association between newer-generation antidepressants and insomnia in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2025.01.006

van Tatenhove, M., Koppers, D., Peen, J., & Dekker, J. J. (2025). Group schema therapy: The temporal relationship between early maladaptive schemas and global psychological distress. *Psychotherapy Research*, *35*(2), 296-305. https://doi.org/10.1080/10503307.2023.2292151

Wang, W., Lu, Y., Mi, G. L., & Qi, S. F. (2026). Cognitive preservation and antidepressant efficacy of magnetic seizure therapy in adolescents with treatment resistant major depressive disorder in China: A randomized controlled trial. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *61*(1), 64-75. https://doi.org/10.1177/00912174251364987

Watts, J. R., Lazzareschi, N. R., Warwick, L. A., & Gaa, M. (2025). Posttraumatic stress disorder symptoms in postsecondary students exposed to childhood psychological abuse: Exploring the role of negative meta-emotions. *Journal of Counseling & Development*, *103*(1), 3-14. https://doi.org/10.1002/jcad.12534

Yao, J., Lin, Q., Zheng, Z., Chen, S., Wang, Y., Jiang, W., & Qiu, J. (2022). Characteristics of implicit schemas in patients with major depressive disorder. *General Psychiatry*, *35*(3), e100794. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9240893/

Zhao, S., Dong, X., Lu, J., Wu, Y., Fang, P., Zhang, Y., ... & Xie, H. (2026). Clinical Factors and Serum Biomarkers Associated With Major Depressive Disorder in Adolescents With and Without Nonsuicidal Self-Injury: A Comparative Cross-Sectional Study. *Alpha Psychiatry*, *27*(1). https://www.imrpress.com/journal/AP/27/1/10.31083/AP44160

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-28]

[DOI: 10.66224/Rooyesh.15.2.303]