

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**

Mohadeseh Amereh

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

محدثه عامره

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

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.

چکیده

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل نوجوانان مبتلا به 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 فلویید 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 مداخله‌ای مناسب جهت بهبود حساسیت اضطرابی و فراهیجان منفی در نوجوانان مبتلا به افسردگی است.

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

مقدمه

نوجوانی^۱ به‌عنوان یکی از حساس‌ترین و تحول‌برانگیزترین دوره‌های رشد انسان، با تغییرات عمیق زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه است (وانگ^۲ 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^۳ و همکاران، ۲۰۲۶). یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی در این بازه سنی، اختلال افسردگی اساسی^۴ 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^۵ 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^۶، گو^۷ 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 گزارش شده 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^۸ 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^۹ و همکاران، ۲۰۲۵). در این چارچوب، یکی از متغیرهای کلیدی که به‌طور فزاینده‌ای در ادبیات پژوهشی موردتوجه قرار گرفته، حساسیت اضطرابی^{۱۰} 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 (گوالتییری^{۱۱} 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^{۱۲}، 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^{۱۳} 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^{۱۴} 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^{۱۵} است که به تجربه هیجان‌های منفی نسبت به هیجان‌های اولیه اشاره دارد (واتس^{۱۶} 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

مثال احساس شرم، گناه، ترس یا خشم نسبت به غمگینی، اضطراب یا ناکامی (جسلین^۱ و همکاران، ۲۰۲۵). افراد مبتلا به افسردگی اساسی اغلب نه تنها هیجان‌های منفی شدیدی را تجربه می‌کنند، بلکه این هیجان‌ها را نشانه ضعف، نابسندگی یا غیرقابل‌پذیرش بودن خود می‌دانند (چن^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). چنین الگوی فراهیجانی می‌تواند به چرخه‌ای معیوب از اجتناب هیجانی، سرکوب احساسات و تشدید نشانه‌های افسردگی منجر شود (کابلو^۳ 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^۴ 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^۵ و همکاران، ۲۰۲۵). طرح‌واره درمانی بر این فرض استوار است که تجربیات ناکام‌کننده 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 فعال شده و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری ناکارآمد را برمی‌انگیزند (تریسی^۶ 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 همراهند (بارلاس و نگ^۷، ۲۰۲۵). این طرح‌واره‌ها می‌توانند زمینه‌ساز حساسیت اضطرابی بالا شوند؛ زیرا نوجوان، نشانه‌های هیجانی را به‌عنوان شواهدی از نقص یا نابسندگی خود تفسیر می‌کند (وانتاتنهو^۸ 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^۹، ۲۰۲۵). از این رو، طرح‌واره‌درمانی با تمرکز بر شناسایی، تجربه هیجانی اصلاحی و بازسازی این الگوهای عمیق، می‌تواند به‌طور هم‌زمان حساسیت اضطرابی (چوهیلی^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۶) و فراهیجان منفی (کول^{۱۱}، ۲۰۲۶) را کاهش دهد. به طوری که استیفان^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۵) و آرندت^{۱۳} و همکاران نشان دادند که طرح‌واره درمانی گروهی در کاهش حساسیت اضطرابی و پیرایه^{۱۴} 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 نه تنها 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؛ باین‌حال، 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 Choelli

11 Kool

12 Stefan

13 Arendt

14

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^۱ 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 یانو^۲ 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 پیش‌آزمون-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 روان‌پزشکان، 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 روان‌پزشک و روان‌شناس 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 اختلال 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 در یکی 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

با نوجوانان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی رعایت شد. پیش از ورود شرکت کنندگان به مطالعه، اهداف، مراحل، مدت زمان مداخله، منافع و مخاطرات احتمالی پژوهش به صورت 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 شرکت کنندگان تأکید شد که مشارکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بوده و در هر مرحله بدون هیچ گونه پیامد منفی می توانند از ادامه همکاری انصراف دهند. به منظور حفظ محرمانگی، اطلاعات فردی شرکت کنندگان با کدگذاری ناشناس ثبت شد و نام یا هرگونه مشخصه هویتی در هیچ یک از مراحل جمع آوری، تحلیل و گزارش داده ها درج نگردید و نتایج پژوهش نیز به صورت کلی و گروهی گزارش شد. با توجه به آسیب پذیری بالینی نمونه، وضعیت روان شناختی شرکت کنندگان در طول اجرای مداخله به طور 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 روان پزشک یا مراکز درمانی مربوطه ارجاع داده می شد. در چنین مواردی، حفظ ایمنی و سلامت شرکت کننده بر تداوم حضور در پژوهش اولویت داشت. همچنین، اجرای مداخله به گونه ای طراحی شد که هیچ گونه تداخلی با درمان دارویی یا برنامه درمانی استاندارد شرکت کنندگان ایجاد نکند و هرگونه تصمیم گیری درمانی صرفاً در حیطه صلاحیت روان پزشک معالج انجام می گرفت. درنهایت برای تحلیل داده های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

شاخص حساسیت اضطرابی (ASI):^۱ این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش دهی است که توسط فلویید و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شده و دارای ۱۶ گویه به صورت مقیاس پنج درجه ای لیکرت (خیلی کم = ۰ تا خیلی زیاد = ۴) است. درجه تجربه ترس از نشانه های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می شود. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۴ است (فلویید^۲ 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 هفته ای 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 می دهد که این شاخص از چهار بعد تشکیل شده و بار عاملی هر سؤال بر روی عامل مربوطه بالاتر از ۰/۴۰ است (فلویید 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-90/۵۶ 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^۳): این مقیاس خود گزارش دهی که فرا هیجان های منفی و مثبت را می سنجد، توسط میتمانسگروبر^۴ و همکاران در سال ۲۰۰۹ ساخته شده و دارای ۲۸ ماده است و آزمودنی در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه ای (۱= اصلاً صدق نمی کند تا ۶= کاملاً صدق می کند) به آن پاسخ می دهد. سازندگان ابزار، این مقیاس را شامل شش مؤلفه خشم، حقارت/ شرم، مهار شدید و فرونشانی (فرا هیجان های منفی) و شفقت و علاقه (فرا هیجان های 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 تشکیل شده 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 هیجان های مثبت و منفی را تأیید کردند. همچنین روایی همگرایی فرا هیجان های مثبت در این ابزار با مؤلفه های هوش هیجانی پرسشنامه رگه هوش هیجانی پترایدز ۰/۵۱ گزارش شده است. آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر نیز ۰/۹۱ بود.

1 Anxiety Sensitivity Index

2 Floyd

3 Meta-Emotion Scale

4 Mitmansgruber

طرح‌واره درمانی گروهی: محتوای جلسات مداخله طرح‌واره درمانی گروهی بر اساس درمان یانگ^۱ 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 تکرار شوند، 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 پیام‌های 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 طرحواره‌ها 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 پیام والد خوب با صداهای والد سرزنشگر، پرتوقع، القاگر گناه و ترس
دهم	بازی و تفریح، پیدا کردن پیام‌های والد خوب در مجلات، گفتن پیام‌های والد خوب به یکدیگر

یافته‌ها

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 سروتونین استفاده می‌کردند؛ به‌گونه‌ای که در گروه آزمایش ۶ نفر فلوکستین (۴۰ درصد)، ۵ نفر سرتالین (۳۳ درصد) و ۴ نفر سیتالوپرام (۲۷ درصد) دریافت می‌کردند. در گروه کنترل نیز ۷ نفر فلوکستین (۵۵ درصد)، ۵ نفر سرتالین (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.

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 نمی‌دهند؛ اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند؛ 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 ($F=75/8$ ، آماره ام‌باکس، $F=12/06$ ، $P<0/01$) به دست آمد که سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده کمتر از $0/05$ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تأیید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (رضائی و استوار، ۱۳۹۶). همچنین کروییت ماچلی برای متغیرهای پژوهش ($0/064 =$ آماره موشلی، $76/1 =$ توزیع خی دو، $P<0/01$) گزارش شد که چون آزمون کروییت ماچلی بالاتر از $0/05$ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای متغیر حساسیت اضطرابی ($F=1/9$ و $P>0/05$) و فراهیجان منفی ($F=2/17$ و $P>0/05$) گزارش شد که نشان‌دهنده تأیید 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 مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
کروییت فرض شده	۱۰۴۹/۲	۵	۲۰۹/۸	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
حساسیت اضطرابی	۱۰۴۹/۲	۱/۷۹	۵۸۴/۲	۲۶/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
و فراهیجان منفی	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 گروه‌های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت $48/1$ 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 مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
بین گروهی	۲۰۸۳/۳	۱	۲۰۸۳/۳	۳۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۶
خطا	۱۸۸۰/۵	۲۸	۶۷/۱			
درون گروهی	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			

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

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای حساسیت اضطرابی ($F=۲۴۷/۳$, $P<۰/۰۵$, $\eta^2=۰/۶۴۶$) و برای فراهیجان منفی ($F=۲۳۲/۰۶$, $P<۰/۰۵$, $\eta^2=۰/۸۹$) 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 ($F=۱۹۸/۴$, $P<۰/۰۵$, $\eta^2=۰/۶۸۶$) معنادار است. همچنین در متغیر فراهیجان منفی نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ($F=۱۲/۲$, $P<۰/۰۵$, $\eta^2=۰/۳۱$) 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 طرح‌واره 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 طرح‌واره 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،

آسیب پذیری نسبت به خطر و ناتوانی هستند که موجب می شود تجربه های هیجانی طبیعی را تهدید آمیز، غیر قابل تحمل و نشانه ضعف تلقی کنند (گو و همکاران، ۲۰۲۶). طرحواره درمانی با هدف شناسایی، فعال سازی آگاهانه و اصلاح این طرحواره ها، به طور مستقیم به هسته شناختی حساسیت اضطرابی نفوذ می کند (کو و همکاران، ۲۰۲۵). طرحواره درمانی همچنین با به چالش کشیدن باورهای عمیق و فراگیر درباره خطرناک بودن اضطراب، به نوجوان کمک می کند تا بین احساس اضطراب و وقوع فاجعه تمایز قائل شود (بارلاس و همکاران، ۲۰۲۵). تکنیک هایی نظیر گفت و گوی سقراطی، بازسازی شناختی و آزمون شواهد، موجب تضعیف باورهایی می شوند که نشانه های بدنی یا هیجانی اضطراب را به از دست دادن کنترل، دیوانگی یا طرد اجتماعی پیوند می زنند (جوشوا و همکاران، ۲۰۲۵). این تغییر در سطح طرحواره ای، باعث کاهش تفسیرهای فاجعه آمیز و در نتیجه کاهش حساسیت اضطرابی می شود، زیرا فرد دیگر نشانه های اضطراب را به عنوان تهدیدی جدی برای خود تلقی نمی کند (تریسی و همکاران، ۲۰۲۵). طرحواره درمانی همچنین با بهره گیری از تکنیک های تجربه محور مانند تصویرسازی ذهنی، صندلی خالی و بازپردازی خاطرات هیجانی، به نوجوان امکان می دهد هیجان های سرکوب شده یا اجتناب شده را در فضایی ایمن تجربه و پردازش کند (اوکورو، ۲۰۲۶). بسیاری از نوجوانان افسرده، به دلیل تجارب اولیه منفی، یاد گرفته اند که هیجان های منفی را خطرناک بدانند و از آن ها اجتناب کنند؛ این اجتناب هیجانی خود به افزایش حساسیت اضطرابی منجر می شود. مواجهه تدریجی و هدایت شده با هیجان ها در طرحواره درمانی، تحمل هیجانی را افزایش داده و ترس از تجربه اضطراب را کاهش می دهد (سلطان و همکاران، ۲۰۲۵). از سوی دیگر پایداری اثر درمان در گذر زمان در متغیر حساسیت اضطرابی را می توان به ماهیت ساختاری و عمیق تغییرات ایجاد شده در طرحواره درمانی نسبت داد. برخلاف مداخلاتی که صرفاً بر کاهش نشانه ها تمرکز دارند، طرحواره درمانی باورها و الگوهای هیجانی دیرپای شکل گرفته از تجارب اولیه را هدف قرار می دهد. زمانی که نوجوان یاد می گیرد هیجان های خود را به شیوه ای متفاوت تفسیر و مدیریت کند و سبک های مقابله ای سالم تری را درونی سازد، این تغییرات به بخشی از نظام شناختی-هیجانی او تبدیل می شوند (بارلاس و همکاران، ۲۰۲۵). در نتیجه، حتی با گذشت زمان و مواجهه با موقعیت های استرس زا، احتمال بازگشت حساسیت اضطرابی کاهش می یابد و اثرات درمانی از ثبات نسبی برخوردار می مانند.

علاوه بر این، یافته های 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 می توان گفت که در افسردگی اساسی نوجوانان، مشکل اصلی صرفاً شدت یا فراوانی هیجان های منفی نیست، بلکه نحوه سازمان دهی، نام گذاری و معنا دادن به هیجان ها دچار آشفتگی است (جسلین و همکاران، ۲۰۲۵). فراهیجان منفی زمانی شکل می گیرد که هیجان های اولیه در یک چارچوب شناختی-هیجانی منسجم قرار نگیرند و فرد نتواند تجربه هیجانی خود را به عنوان بخشی قابل فهم از وضعیت روانی اش تفسیر کند. در این شرایط، هیجان به یک تجربه مبهم، تهدید کننده و غیر قابل پیش بینی تبدیل می شود که خود به واکنش های هیجانی ثانویه منفی منجر می گردد (واتس و همکاران، ۲۰۲۵). طرحواره درمانی با بازسازی ساختارهای معنایی زیربنایی، به نوجوان کمک می کند تا هیجان ها را در یک روایت شخصی منسجم قرار دهد (چوهیلی و همکاران، ۲۰۲۶). بسیاری از نوجوانان افسرده، تجربه های هیجانی خود را گسسته، بی منطق و فاقد پیوند با رویدادهای زندگی می دانند. این گسست معنایی موجب می شود هیجان نه به عنوان «واکنش»، بلکه به عنوان «مشکل» درک شود و همین امر فراهیجان منفی را تقویت می کند (کول، ۲۰۲۶). طرحواره درمانی با پیوند دادن هیجان های فعلی به الگوهای تکرارشونده زندگی، روابط اولیه و نیازهای برآورده نشده، باعث می شود هیجان ها قابل فهم و پیش بینی پذیر شوند (وانتاتنهوو و همکاران، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، فراهیجان منفی در نوجوانان افسرده به شدت تحت تأثیر یادگیری هیجانی بین فردی است (سولینگ و همکاران، ۲۰۲۵). بسیاری از این نوجوانان در محیط هایی رشد کرده اند که هیجان های منفی یا نادیده گرفته شده اند یا به شکل ناپایدار پاسخ گرفته اند. نتیجه این فرایند، شکل گیری الگوهایی است که در آن نوجوان نمی داند هیجان چگونه باید تنظیم، ابراز یا مدیریت شود (کوف بک و همکاران، ۲۰۲۴). طرحواره درمانی از طریق رابطه درمانی ساختارمند و پایدار، نوعی الگوی جدید یادگیری هیجانی فراهم می کند که در آن هیجان ها نه موجب آشفتگی رابطه می شوند و نه تهدید کننده پیوند بین فردی هستند (تریسی و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین طرحواره درمانی با کار بر روی طرح واره ها، به نوجوان کمک می کند بین سطوح مختلف تجربه هیجانی تمایز قائل شود (چوهیلی و همکاران، ۲۰۲۶). در تبیین پایداری اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش فراهیجان منفی می توان گفت که طرحواره درمانی الگوهای معنادهی به هیجان را تغییر می دهد، نه صرفاً واکنش های مقطعی را. این الگوهای جدید در تعاملات روزمره نوجوان بازتولید می شوند و به بخشی از شیوه پردازش تجربه های هیجانی او تبدیل می گردند. از آنجا که این تغییر در سطح

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؛ از این رو، 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؛ تونده جانی، ح؛ زنده دل، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار بر حساسیت اضطرابی و کنترل عواطف زنان آسیب دیده از روابط فرازنشویی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۱۰)، ۱۲۹-۱۳۸. <http://frooyesh.ir/article-1-3994-fa.html>
- اسماعیل زاده قه‌دریجانی، ا؛ علادینی، ز. (۱۴۰۳). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر ارتقای سلامت و فراهیجان 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 طرح‌واره درمانی بر تفکر ارجاعی و خستگی هیجانی در پرستاران زن. *رویش روان‌شناسی*، ۱۱(۱۱)، ۱۱۵-۱۲۴. <http://frooyesh.ir/article-1-4314-fa.html>
- نادری پور، ا؛ تونده جانی، ح؛ باقرزاده گلمکانی، ز؛ زنده دل، ا. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر تحمل آشفتگی و ابعاد فراهیجان منفی بیماران زن مبتلا به اختلال مولتیپل اسکروزیس. *رویش روان‌شناسی*، 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)، ۱-۱۵. <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

- 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, Interceptive 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](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>

- 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 Dalen, 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>