

«زن و مطالعات خانواده»

سال هشتم - شماره سی و سوم - پاییز 1395

ص ص: 91-112

تاریخ دریافت: 95/03/24

تاریخ پذیرش: 95/06/28

بررسی مقایسه تاثیر دو روش طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان

سعیدرضا طوسی راد¹

دکتر ویدا سادات رضوی نعمت‌اللهی^{2*}

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی مقایسه تاثیر دو روش طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان بود. این بررسی بر اساس روش نیمه آزمایشی بر روی 45 نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد واحد کرمان با روش نمونه‌گیری هدفمند، از افرادی که میزانی از افسردگی را گزارش کرده بودند، صورت گرفت و سپس افراد از طریق گمارش تصادفی در سه گروه 15 نفری شامل یک گروه گواه و دو گروه آزمایش طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی قرار گرفتند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه افسردگی بک (1998) بوده است. گروه‌های آزمایش تحت 8 جلسه طرح‌واره درمانی و 8 جلسه افشای هیجانی قرار گرفتند. برای بررسی یافته‌های پژوهش از آزمون T و تحلیل واریانس یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد و برای بالابردن روایی درونی تحقیق گروهها را هم در درون و هم با یکدیگر مقایسه شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو روش طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی در هر دو گروه آزمایش در کاهش نمرات افسردگی تغییر معناداری نشان دادند. و بر اساس یافته‌های پژوهش با توجه به نتایج حاصل نمی‌توان گفت این دو روش تفاوت معناداری از لحاظ اثربخشی با یکدیگر دارند، اما مقایسه میانگین‌ها نشان داد که به طور نسبی طرح‌واره درمانی عملکرد بهتری را نشان داده است.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، طرح‌واره درمانی، افشای هیجانی

1- دانشجوی کارشناسی‌ارشد راهنمایی و مشاوره گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران
2- استادیار گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران (نویسنده مسؤول)

مقدمه

حدود 450 سال قبل از میلاد بقراط از افسردگی تحت عنوان ملانکولی نام برده، وی اظهار داشت این اختلال به دلیل وجود صفرای سیاه است. اصطلاح ملانکولی را پزشکان دیگر از جمله ارسطو از سال 120 تا 180 بعد از میلاد و جالینوس از سال 129 تا 191 بعد از میلاد و هم چنین الکساندر ترالز در قرن ششم به کار بردند (کاپلان، ترجمه پور افکاری، 1389، 112).

امیل کرایلین در سال 1899 بر اساس معلومات روان پزشکان فرانسوی و آلمانی مفهوم بیماری مانیک-دپرسیو را شرح داد. که شامل اکثر ملاک های تشخیصی است. که امروزه روانپزشکان از آن استفاده می کنند (کاپلان، ترجمه پور افکاری 1389، 78). افسردگی به قدری شایع است که سرماخوردگی روان شناسان لقب گرفته است. در هر مقطع معینی از درمان 15 تا 20 درصد از بزرگسالان در سطح قابل توجهی از نشانه های افسردگی رنج می برند. حداقل 12 درصد به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله ای از زندگی به سمت درمان بکشاند مبتلا هستند و حدس زده می شود حدود 75 درصد موارد بستری در بیمارستان های روانی را موارد افسردگی تشکیل می دهد. به نظر می رسد زنان دو برابر در معرض خطر ابتلا به افسردگی می باشند (سیدمحمدی، 1385، 52) افسردگی حالت خلقی گاه مداوم و گاه ناپایدار است که میتواند جنبه های مختلفی از زندگی فرد را در بر گرفته و در آنها تداخل نماید، تغییر خلق یعنی اندوه شدید تا خفیف غمگینی و تحریک پذیری که افراد را تحت تاثیر قرار میدهد (فوت، 1983).

طبق تحقیقاتی که در ایران انجام شده است، حدود 7 میلیون نفر، از نوعی اختلال روانی رنج می برند. حدود 15 تا 25 درصد جمعیت کشور، افسردگی را در حد خفیف تا شدید تجربه می کنند. این اختلال بیماری شایعی است که 25 درصد افراد یکبار در طول زندگی با آن مواجه میشوند.

در خانواده هایی که تشتهای شدید عاطفی وجود دارد و افراد با هم ستیزند، به ندرت سعی در صحبت کردن و تبادل نظر در باره مشکلات کرده و در عوض بیشتر مشاجره و دعوا نموده و افراد فقط برای خود تلاش میکنند. بنابر این ممکن است شاهد ناراحتیهای روحی و روانی مثل افسردگی و اضطراب در تک تک اعضای خانواده باشیم (خدایی، 1384). لذا در این راستا این احتمال وجود دارد که روشهایی مانند طرحواره درمانی و افشای هیجانی شاید بتواند در کاهش و یا رفع این مشکل اساسی موثر باشد.

طرح‌واره درمانی یا درمان مبتنی بر طرح‌واره یک درمان ابتکاری و تلفیقی است که توسط یانگ و همکاران (1999 و 1990) مبتنی بر درمان‌ها و مفهومی‌های سنتی درمان شناخت-رفتاری پی‌ریزی شده است. این روش درمانی، مولفه‌هایی از رویکردهای مختلف، از جمله نظریه‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، رابطه‌های شیء، ساختارگرایی و روان‌تحلیلی را در بر گرفته است. در واقع طرح‌واره درمانی این مولفه‌ها را در قالب یک مدل مفهومی و درمانی با یکدیگر یک پارچه ساخته است.

طرح‌واره درمانی یک سیستم جدید روان‌درمانی را بنا می‌نهد. این درمان به ویژه، برای بیمارانی مناسب است که به اختلال‌های روانی دیرپا و گسترده‌ای مبتلا و نسبت به درمان‌های روان‌شناختی مقاوم هستند

یانگ (1999، 1990) طرح‌واره درمانی را برای درمان بیمارانی مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمنی که به اندازه کافی از رفتار درمانی شناختی کمکی دریافت نمی‌کردند، تدوین کرد. این بیمارانی در رفتار درمانی شناختی کلاسیک به عنوان شکست درمانی در نظر گرفته می‌شوند. یانگ با یکپارچه‌سازی تکنیک‌های مختلف در قالب یک نظریه منسجم، طرح‌واره درمانی را که رویکردی نظام‌مند است، بوجود آورد و با این کار باعث گسترش مرزهای رفتار درمانی شناختی شد. طرح‌واره درمانی بسته به مشکل بیمار می‌تواند به صورت کوتاه مدت، میان مدت و بلند مدت بکار گرفته شود. طرح‌واره درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و با تاکید بیشتر بر ریشه‌های تحولی¹ مشکلات روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های بر انگیزنده² و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، افق‌های نوینی فراروی مرزهای رفتار درمانی شناختی گشوده است. زمانی که علائم حاد بیماری کاهش پیدا کنند، طرح‌واره درمانی برای درمان بسیاری از بیمارانی مبتلا به اختلالات محور I و محور II که مشکلات منش شناختی دیرپایی دارند، گزینه مناسبی به شمار می‌رود. این روش درمان اغلب به همراه سایر روش‌ها مثل رفتار درمانی شناختی یا داروهای روان‌گردان به کار گرفته می‌شود. طرح‌واره درمانی به درمانگران کمک می‌کند تا مشکلات مزمن و عمیق بیمارانی را دقیق‌تر تعریف کرده و آنها را به گونه‌ای قابل درک سازمان‌دهی کنند. در این مدل، رد پای طرح‌واره‌ها با تاکید بر روابط بین فردی بیمار از دوران کودکی تا زمان حال

1.Origins

2.Emotive

دنبال می‌شود. یا به کارگیری این مدل، بیماران می‌توانند مشکلات شخصیتی خود را به شکل خود ناهمخوان ببینند و در نتیجه برای رها شدن از شر مشکلات، انگیزه بیشتری پیدا کنند. درمان‌گران با استفاده از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی، در مبارزه با طرح‌واره با بیماران هم پیمان می‌شوند. وقتی بیماران الگوهای ناکارآمد مبتنی بر طرح‌واره‌هایشان را تکرار می‌کنند، درمانگر آنها را به شیوه‌ای همدلانه با دلایل و ضرورت تغییر، روبه رو می‌کند. درمانگر به علت به کارگیری باز والدینی حد و مرزدار در برابر نیازهای ارضاء نشده دوران کودکی بسیاری از بیماران، در حکم یک پاد زهر نسبی عمل می‌نماید (یانگ، کلسکو، ویشار، 1990، ترجمه حمیدپور، 1389).

از آنجا که طرح‌واره‌ها بخش بنیانی و ریشه‌ای سازمان شناخت هستند و باعث رمزگذاری و کدبندی تجربه، حافظه و حالت‌های عاطفی می‌شوند، آنها را به عنوان باورها و طرح‌واره‌های بنیانی غیر شرطی و همین‌طور به عنوان پدیده‌هایی که می‌توانند زمینه‌ساز ایجاد پریشانی و ناراحتی زیادی در فرد شوند مورد اشاره قرار می‌دهند. از آنجا که این طرح‌واره‌ها در احساس هویت فرد نقش محوری دارند و خود خواهانه هم هستند، هر گونه اقدام برای تغییر آنها ممکن است به افزایش میزان پریشانی و ناراحتی فرد منجر شود. طرح‌واره‌هایی که به هویت فرد مربوط می‌شوند، احتمالاً نسبت به تغییر مقاومند و می‌توانند درمانی را که هدفش چالش با آنهاست مختل سازند. هدف درمان، شناسایی طرح‌واره‌هایی است که ناسازگارانه و غیرانطباقی هستند و مانع از عملکرد سازگارانه و انطباقی می‌شوند (دیویدسون، ترجمه شمس، 1383).

طرح‌واره‌ها در واکنش به زمینه‌های زیستی و تاثیرات محیطی به وجود می‌آیند و شکل می‌گیرند. برای مثال، طرح‌واره‌های معینی در واکنش به رابطه‌های اولیه و آغازین کودک با اعضای خانواده، شکل می‌گیرند. یانگ (1990) برای اولین بار مفهوم طرح‌واره‌های ناسازگارانه و غیرانطباقی اولیه در دوران کودک (EMS) را معرفی کرد. محتوای این طرح‌واره‌ها به روابط هویت فرد با دیگران مربوط می‌شود که در دوران کودکی تشکیل می‌شوند و رشد می‌یابند EMS، مجموعه‌ای از تجربه‌های ناکارآمد اولیه با دیگران، در محیط بی‌واسطه کودک است.

یانگ معتقد است برخی از این طرح‌واره‌ها به ویژه آنها که عمدتاً در نتیجه تجارب ناگوار¹ دوران کودکی شکل می‌گیرند ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت،

مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور I قرار بگیرند. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه خصوصیات زیر را دارند:

- الگو یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند،
- از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌واره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند،
- در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند،
- در سیر زندگی تداوم دارند،
- درباره خود و رابطه با دیگران هستند،
- به شدت ناکارآمدند¹.

خلاصه این که، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود-آسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در سیر زندگی تکرار می‌شوند. توجه کنید که طبق این توصیف رفتار یک فرد، بخشی از طرح‌واره محسوب نمی‌شود چون یانگ معتقد است که رفتارهای ناسازگار در پاسخ به طرح‌واره به وجود می‌آیند. بنابراین، رفتارها از طرح‌واره‌ها نشات می‌گیرند، ولی بخشی از طرح‌واره‌ها محسوب نمی‌شوند (یانگ، کلسکو، ویشار، 1990، حمیدپور، 1389).

افشای هیجانی در واقع به این معنی است که یک فرد عمیق‌ترین تجارب هیجانی خود را به صورت گفتاری یا نوشتاری برای دیگران یا خود بیان نماید. از آغاز مطالعات علمی افشای هیجانی، پژوهش‌های متعددی شیوه‌های مختلف افشا و پیامدهای آنها را مورد بررسی قرار داده‌اند. پنه بیکر، زیچ و ریمه در این زمینه دو خط پژوهشی نسبتاً متمایز را مشخص نموده‌اند: نخست، پژوهش ریمه که بر کلامی کردن و در میان گذاشتن تجارب هیجانی خود با دیگران در یک زمینه‌ی بین فردی تمرکز دارد و دوم، مطالعه پنه بیکر و همکاران که افشای هیجانی را به عنوان یکی از راه‌های پیشگیری و درمان آشفتگی‌های هیجانی در یک زمینه درون فردی مورد توجه قرار داده و عمدتاً بر افشای هیجانی نوشتاری تمرکز نموده‌اند. باتوجه به دو خط پژوهشی ذکر شده دو شیوه اصلی افشای هیجانی قابل شناسایی است، یکی افشای هیجانی کلامی که به صورت بین فردی و درون فردی و در اشکال مختلفی انجام می‌شود و دومی افشای هیجانی نوشتاری است که در آن فرد تجارب هیجانی خود را به صورت دستی می‌نویسد. اگرچه

در مجموع سودمندی هر دو روش بین فردی و درون فردی در مطالعات مختلف مورد تایید قرار گرفته است، ولی هر کدام از روش‌ها ویژگی‌ها، مزایا، معایب و محدودیت‌های خاص خود را داشته و با توجه به تاثیرپذیری از عوامل مختلفی چه تفاوت‌های فردی، فرهنگی و... برای اهداف خاصی مناسب تر هستند. افشای هیجانی نوشتاری که در منابع مختلف از آن به عنوان پارادایم نوشتن یاد می‌شود برای نخستین بار توسط پینه بیکر و بیل مورد آزمایشات قرار گرفت. در مورد اینکه چگونه این شیوه موثر واقع می‌شود، دو نظریه اصلی مطرح شده است، یکی نظریه بازداری که نقش بازداری هیجان‌ها در اشغال ظرفیت‌های فیزیولوژیکی- روانی و تاثیر ضد بازداری افشاء را مطرح می‌کند. به لحاظ نظری افشای هیجانی با شکستن فرایند بازداری موجب کاهش استرس و از این طریق از مشکلات جسمانی و روانی می‌کاهد، نظریه دوم، نظریه تغییرات شناختی است که بر اساس آن ابراز هیجان‌ها و احساسات در قالب کلمات موجب بازنگری در رویدادها و تجارب هیجانی شده و شیوه‌های سازماندهی و باز جذب آنها را تغییر می‌دهد. پژوهش‌های متعددی در چند سال اخیر بر نقش این شیوه از نوشتن در افزایش سلامت روان شناختی، بهبود سیستم ایمنی، کاهش مشکلات جسمی و کاهش افکار مزاحم و علائم افسردگی تاکید نموده اند. لی پور در بررسی تاثیر افشای هیجانی بر ارتباط افکار مزاحم و افسردگی به این نتیجه دست یافت که افشای هیجانی نوشتاری تاثیر افکار مزاحم روی علائم افسردگی را تعدیل نموده و از این طریق موجب کاهش علائم افسردگی می‌شود. در پژوهشی نتایج در استرلینگ و همکاران نشان داد که در پایان جلسات افشاء هر دو گروه آزمایشی (افشای هیجانی گفتاری و نوشتاری) در مقایسه با گروه کنترل عملکرد ایمنی بهتری را نشان دادند و گروه افشای کلامی نتایج نسبتاً بهتری داشتند. در مجموع پژوهش‌ها حاکی از آن است که اشکال مختلف افشای هیجانی (نوشتن، حرف زدن برای یک درمانگر و راز و نیاز) تاثیرات قابل توجهی بر سلامت جسمانی، روانی، بهزیستی روان شناختی و عملکرد عمومی دارد. مطالعه قربانی نیز نشان داد که افشای هیجانی عمیق از طریق فن «بازگشایی ناهشیار» در سطح جسمانی و ایمنی شناختی موجب افزایش چشم‌گیری در سطح سلول‌های کمک‌کننده و در سطح روان شناختی موجب کاهش اضطراب، افسردگی، حساسیت‌های بین فردی و وسواس فکری- عملی گردید (رضانی، 1386).

یافته های پژوهشی نشان می دهند که مردم بخش اعظم تجارب روزمره ی خود را با دیگران در میان می گذارند (ریمه، 1995)، اما از در میان گذاشتن بخش کوچکی از تجارب زندگی با دیگران خودداری می کنند. برخی از این تجارب و افکار با ارزشهای شخصی افراد مغایر بوده و یا به قدری دردناک هستند که به خاطر آوردن و صحبت در مورد آنها بسیار دشوار می باشد. تحت چنین شرایطی افراد از آشکار کردن افکار و احساسات خود جلوگیری می کنند و یا اصطلاحاً آنها را بازداری می کنند. تلاش برای مخفی نگه داشتن افکار و احساسات موجب سرکوب آنها شده و سرکوب تجارب هیجانی دردناک منجر به تجلی آنها در قالب رویاها، افکار ناخواسته مزاحم و نشخوارهای ذهنی می گردد (قربانی، 1387).

در ادبیات روانشناسی و پزشکی شواهد بسیار زیادی وجود دارد که تجارب منفی و استرس زای بازداری شده سلامت جسمانی و روانی را با مشکل مواجه می سازد (پنه بیکر، 1997). بر اساس نظریه بازداری حرف نزدن در مورد وقایع، افکار و تجربیات مهم زندگی مستلزم این است که ذهن به صورت فعال از آشکار شدن این افکار و احساسات جلوگیری کند. این فرآیند استرس زیادی را بر افراد وارد می کند. استرس در صورتی که به مدت طولانی ادامه یابد سلامت جسمانی و روانی فرد را تحت الشعاع قرار داده و تبعات نامطلوبی چون مراجعه مکرر به پزشک به علت مشکلات روان - تنی، اضطراب و افسردگی را در پی خواهد داشت (پنه بیکر، 1991؛ پنه بیکر، 1997؛ پتری، بوت. و پنه بیکر، 1998؛ پنه بیکر، زیچ و ریمه، 2001؛ اسلاتچر و پنه بیکر، 2004، 2007؛ پنه بیکر و چانگ).

با توجه به پیامدهای نامطلوب بازداری برخی از تجارب آسیب زای زندگی و عدم امکان در میان گذاشتن آنها با دیگران، این پرسش مطرح می شود که آیا نوع خاصی از افشای هیجانی وجود دارد ه که محدودیت های افشای بین فردی را نداشته و در عین حال اثرات مثبت درمانی نیز داشته باشد؟ در این راستا پنه بیکر (1997-2001) پیشگام تحقیق در مورد افشای هیجانی، افشای هیجانی از طریق نوشتن را معرفی کرد.

پژوهش های متعددی در چند سال اخیر بر نقش این شیوه درمانی (افشای هیجانی) در افزایش سلامت روانشناختی، بهبود سیستم ایمنی - از طریق افزایش سلول های کمک کننده، (پنه بیکر، گلاسر و گلاسر، 1988؛ پتری، بوت و پنه بیکر، 1998؛ قربانی، 1387)، کاهش مشکلات جسمی (اسمیت، 1998؛ کمپ بل و پنه بیکر، 2003)، کاهش افکار

مزاحم و علائم افسردگی (لی پور، 1997؛ گورتتر، رودی؛ پنه بیکر، 2006) و افزایش ظرفیت حافظه فعال (کلین و بولس، 2001؛ نایلی، 2005) تاکید نموده اند.

ابزار و روش

این پژوهش با هدف کلی بررسی مقایسه تاثیر دو روش طرحواره درمانی و افشای هیجانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد کرمان انجام گردید و یک مطالعه نیمه آزمایشی و از طرحهای پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل است.

1- جامعه آماری

جامعه آماری مورد مطالعه شامل دانشجویان ارشد رشته مشاوره و روانشناسی دانشگاه آزاد به تعداد 354 نفر بود.

2- نمونه و روش نمونه گیری

حجم نمونه با در نظر گرفتن توان آزمون (0/80)، اندازه اثر (0/50) و سطح اطمینان (0/05) در جدول کوهن برای هر گروه نمونه (15 نفر) در نظر گرفته شد. روش نمونه گیری به صورت هدفمند از بین دانشجویان صورت گرفت. افراد در سه گروه پانزده نفری اعم از یک گروه گواه و دو گروه آزمایش (طرح واره درمانی و افشای هیجانی) به صورت تصادفی تقسیم شدند. بررسی افسردگی افراد بر اساس پرسشنامه افسردگی بک صورت گرفت.

3- ابزارهای اندازه گیری

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: پرسشنامه افسردگی بک (1998) که به طور مختصر در خصوص ماهیت و روایی پایایی آن توضیحاتی ارائه می گردد. پرسشنامه افسردگی بک:

پرسشنامه افسردگی بک (BDI) از جمله مناسب ترین ابزارها برای انعکاس حالات افسردگی است، این پرسشنامه دارای بیست و یک ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند، هر ماده دارای چهار گزینه است که بر مبنای 0 تا 3 نمره گذاری می شود و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کند. حداکثر نمره در این تست 63 و حداقل آن صفر می باشد، نمره صفر تا 9 نشانه بهنجار بودن، نمره 10 تا 15 نشانه افسردگی خفیف، نمره 16 تا 23 نشانه افسردگی متوسط و نمره بالاتر از 23 نشانه افسردگی شدید می باشد. ضریب همسانی درونی آن بین 73%

تا 93% با میانگین 86% است ضرایب اعتبار حاصل از بازآزمایی برحسب فاصله بین دفعات اجرا و نوع جمعیت درمانه 48% تا 86% قرار دارد (یک و همکاران، 1988 به نقل از گراث مارنات، 2003). مطالعه ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) انجام شد، روایی و پایایی این آزمون را در جمعیت سالم و بالینی نشان داده است (کاوایی، موسوی و محیط، 1380). رجبی و همکاران (1380) ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را 0/87، ضریب اعتبار تنصیف 0/83 و ضریب باز آزمایی به فاصله سه هفته را 0/49 گزارش کرده اند.

پرسشنامه افسردگی بک به مهارت یا تعصب آزمایش کننده بستگی ندارد و بیشتر به سنجش ویژگی های روان شناختی افسردگی می پردازد، تا ناراحتی های جسمانی و فیزیولوژیک و همبستگی آنها با یکدیگر 0/75 است. این پرسشنامه توسط افراد زیادی در طی سال ها مورد مطالعه قرار گرفته است و به عنوان بهترین پرسشنامه در تعیین افسردگی شناخته شده است (یک و همکاران 1987-1961، متکالف و گلدمن 1965، به نقل از وهاب زاده 1377). فرم کوتاه این پرسشنامه توسط دادستان و منصور (1369) در ایران هنجاریابی شده است. همچنین پرسشنامه کوتاه افسردگی بک توسط پژوهشگران مختلف از جمله نور بالا و شاددل (1373) مورد استفاده قرار گرفته است.

4- روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

پس از جایگزینی تصادفی نمونه های تحقیق در سه گروه از آنها خواسته شد تا پرسشنامه های مورد نظر را با دقت و صراحت تکمیل نمایند. در اجرای پرسشنامه ها به آزمودنی ها اطمینان داده شده بود که اطلاعات شخصی آنها محرمانه است و نیازی به ذکر نام و نام خانوادگی نمی باشد.

پس از تکمیل پرسشنامه ها و انجام دو درمان مورد نظر بر روی گروههای آزمایش و گرفتن پس تست از دو گروه و گروه کنترل به جمع آوری اطلاعات و تفسیر آنها بر اساس نرم افزار SPSS پرداخته شد. داده ها به صورت کلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت، که این داده ها حاوی 45 پرسشنامه از سه گروه (15 نفر از گروه کنترل، 15 نفر از گروه طرح‌واره درمانی و 15 نفر از گروه افشای هیجانی) بود. با استفاده از جدول فراوانی و نمودار ستونی، توصیفی از وضعیت شاخص های دموگرافیک و فرضیات تحقیق ارائه گردید و سپس جهت بررسی فرضیه های تحقیق از آزمون T و آزمون ANOVA

(تحلیل واریانس یک طرفه) همراه با نمودار جعبه‌ای و آزمون تعقیبی توکی و همچنین برای روایی بیشتر تحقیق گروه‌ها به طور جداگانه نیز بررسی شد.

5- شیوه مداخله

شیوه آموزش در این پژوهش به این شکل بود که در ابتدا با تفکیک گروه‌ها، برای هر یک از گروه‌های آزمایش، به طور گروهی آموزش پایه در مورد روش کار داده شد و سپس در هر گروه افشای هیجانی و طرح‌واره درمانی آموزش و اجرای درمان به صورت انفرادی و با همکاری اعضای گروه آموزش انجام شد.

محتوای جلسات در این پژوهش با تاکید بر اصول نظری و فنون درمانی موجود در طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی طراحی و در 8 جلسه اجرا گردید این جلسات نیز مانند سایر شیوه‌های درمانی بر اساس مهارت‌های پایه در مشاوره مانند: درک مراجع، انعکاس گفته‌های مراجع، پذیرش و عدم پیش‌داری قرار گرفت.

یافته‌ها

تحقیق حاضر به "مقایسه تاثیر دو روش طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان دانشگاه آزاد واحد کرمان" پرداخته است. که نتایج آن به صورت کلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. داده‌های مورد نیاز تحقیق از نتایج پرسشنامه آزمودنیها، (پرسشنامه گروه کنترل، طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی) جمع‌آوری گردیده است.

بررسی فرضیه‌های تحقیق

آزمون پیش فرض همسانی گروه‌ها

مقایسه پیش آزمون افسردگی در گروه‌های مختلف (کنترل، طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی) براساس محاسبات از طریق آزمون ANOVA بدست آمده و چون مقدار (معنی داری) برابر با $0/256$ و بزرگتر از سطح معنی داری $a = 0.05$ می‌باشد در نتیجه نمی‌توان گفت نمره‌های پیش آزمون افسردگی در گروه‌های مختلف (کنترل، طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی) تفاوت معنی داری دارد (جدول 1).

جدول 1- آماره های آزمون ANOVA برای مقایسه میانگین نمره های پیش آزمون افسردگی در گروه های مختلف (کنترل، طرحواره درمانی و افشای هیجانی)

گروه	پیش آزمون افسردگی		
	متغیرها	تعداد	میانگین
-	انحراف معیار		
کنترل	15	17,07	4,59
طرحواره درمانی	15	22,07	11,60
افشای هیجانی	15	20,00	6,77
کل	45	19,7111	8,27
آماره	منابع تغییر	مجموع مربعات	میانگین مربعات
	بین گروهی	189,378	94,689
	درون گروهی	2827,867	67,187
معنی داری	کل	3011,244	44
		1,409	0,256

طرحواره درمانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان اثربخش است.

H_0 : طرحواره درمانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان اثربخش نیست.

H_1 : طرحواره درمانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان اثربخش است.

مقایسه پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در گروه طرحواره درمانی براساس محاسبات از طریق آزمون T زوجی بدست آمده و چون مقدار (معنی داری) برابر با 0/001 و کوچکتر از سطح معنی دار $\alpha=0.05$ می باشد. لذا در این سطح فرض H_0 رد می شود و در نتیجه می توان گفت نمره های پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در گروه طرحواره درمانی تفاوت معنی داری دارد. مقایسه میانگین ها نشان می دهد که نمره افسردگی در گروه پس آزمون نسبت به پیش آزمون کمتر است (جدول 2).

جدول 2- آماره های آزمون T زوجی برای مقایسه میانگین نمره های پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در گروه طرحواره درمانی

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		درجه آزادی	معنی داری
	تعداد	میانگین	تعداد	میانگین		
افسردگی	15	22,7	15	12,73	14	0/001
				6,64		0,3415

افشای هیجانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان اثربخش است.
 H_0 : افشای هیجانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان اثربخش نیست.
 H_1 : افشای هیجانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان اثربخش است.
 مقایسه پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در گروه افشای هیجانی براساس محاسبات از طریق آزمون زوجی بدست آمده و چون مقدار (معنی داری) برابر با 0/001 و کوچکتر از سطح معنی داری $\alpha=0.05$ می باشد. لذا در این سطح فرض H_0 رد می شود و در نتیجه می توان گفت نمره های پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در گروه افشای هیجانی تفاوت معنی داری دارد. مقایسه میانگین ها نشان می دهد که نمره افسردگی در گروه پس آزمون نسبت به پیش آزمون کمتر است (جدول 3).

جدول 3- آماره های آزمون T زوجی برای مقایسه میانگین نمره های پیش آزمون و پس آزمون افسردگی در گروه افشای هیجانی

متغیر	گروه		پس آزمون		پیش آزمون		فرض	درجه آزادی	مقدار
	مقدار	تاریخ	مقدار	تاریخ	مقدار	تاریخ			
افسردگی	15	20,00	6,77	15	14,80	5,47	.64	14	0/001

اثربخشی افشای هیجانی و طرحواره درمانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان متفاوت است.

H_0 : اثربخشی افشای هیجانی و طرحواره درمانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان متفاوت نیست.

H_1 : اثربخشی افشای هیجانی و طرحواره درمانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان متفاوت است.

مقایسه افسردگی در گروه طرحواره درمانی و افشای هیجانی بر اساس محاسبات از طریق آزمون مستقل بدست آمده و چون مقدار (معنی داری) برابر با 0/057 و بزرگتر از سطح معنی داری $\alpha=0.05$ می باشد. لذا در این سطح فرض H_0 رد نمی شود و در نتیجه نمی توان گفت نمره های افسردگی در گروه طرحواره درمانی و افشای هیجانی تفاوت معنی داری دارد. البته مقایسه میانگین ها نشان می دهد که به طور نسبی نمره افسردگی در گروه طرحواره درمانی نسبت به گروه افشای هیجانی کمتر است (جدول 4).

جدول 4- آماره های آزمون T مستقل برای مقایسه میانگین نمره های افسردگی در گروه

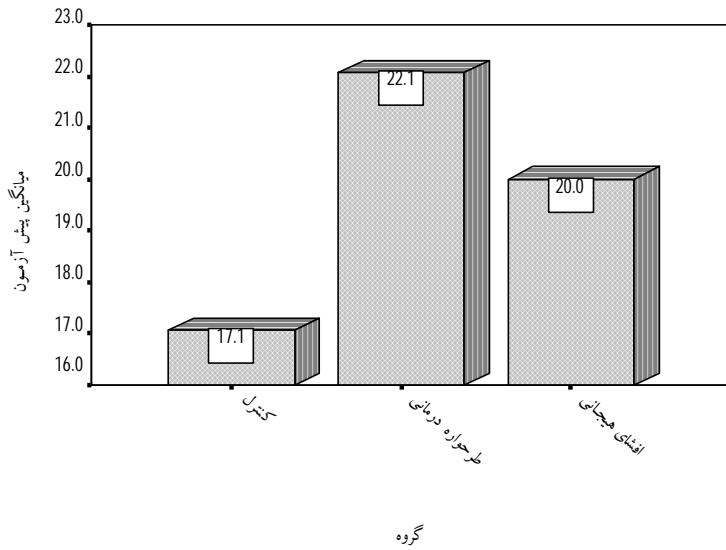
متغیر	طرحواره درمانی			افشای هیجانی			درجه آزادی	معنی داری
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار		
افسردگی (پیش آزمون - پس آزمون)	15	9,33	6,764	15	5,20	4,38	28	0,057

تحلیل واریانس یک طرفه

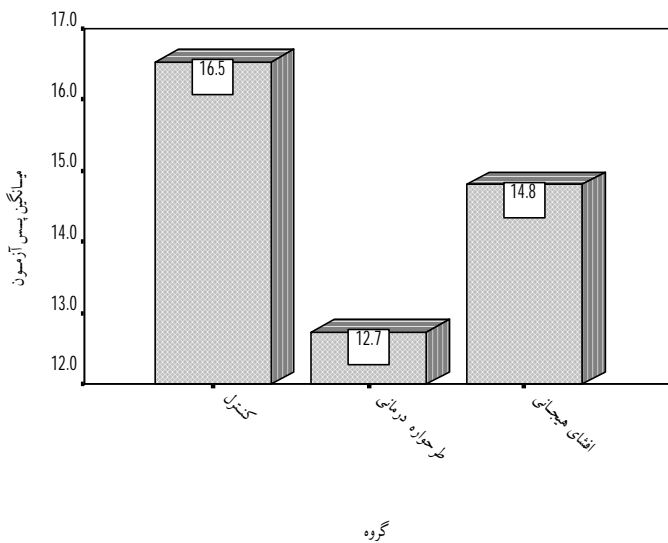
برای بررسی سه گروه همچنین از آزمون تحلیل واریانس یک طرفه (ANOVA) و تعقیبی توکی استفاده کرده که نتایج به شرح زیر است .
 مقایسه نمره افسردگی در گروه های مختلف (کنترل، طرحواره درمان و افشای هیجانی) بر اساس محاسبات از طریق آزمون anova بدست آمده و چون p مقدار (معنی داری) برابر با 0/001 و کوچکتر از سطح معنی داری $\alpha=0.05$ می باشد در نتیجه می توان گفت نمره های افسردگی در گروه های مختلف (کنترل، طرحواره درمانی و افشای هیجانی) تفاوت معنی داری دارد. مقایسه میانگین ها نشان می دهد نمره افسردگی در گروه طرحواره درمانی نسبت به گروه های دیگر کمتر است (جدول 5).

جدول 5- آماره های آزمون ANOVA برای مقایسه میانگین نمره های افسردگی در گروه های مختلف (کنترل، طرحواره درمانی و افشای هیجانی)

گروه	افسردگی			متغیرها
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
کنترل	15	.53	1,187	
طرحواره درمانی	15	9,33	6,77	
افشای هیجانی	15	5,20	4,38	
کل	45	5,02	5,86007	
منابع تغییر	مجموع مربعات	میانگین مربعات	درجه آزادی	
بین گروهی	581,511	290,756	2	
درون گروهی	929,467	22,130	42	
کل	1510,978		44	
آماره F	13,138			
معنی داری	0/001			



شکل (1) نمودار ستونی برای مقایسه توزیع نمرات پیش آزمون افسردگی در گروههای مختلف (کنترل، طرح واره درمانی و افشای هیجانی)



شکل (2) نمودار ستونی برای مقایسه توزیع نمرات پس آزمون افسردگی در گروههای مختلف (کنترل، طرح واره درمانی و افشای هیجانی)

جدول 5-آزمون تعقیبی توکی

Sig.	Std.Error	Mean Difference (I-J)	گروه (J)	(I) گروه	
0/000	1,71776	8,8000(*)	طرح‌واره درمانی	کنترل	Tukey HSD
0/25	1,71776	4,6667(*)	افشای هیجانی	کنترل	
.000	1,71776	-8,8000(*)	کنترل	طرح‌واره درمانی	
.053	1,71776	-4,1333	افشای هیجانی	طرح‌واره درمانی	

بحث و نتیجه گیری

شواهد تجربی تاثیر طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی را بر کاهش افسردگی نشان داده‌اند. برای بالابردن دقت تحقیق گروه کنترل نیز به خوبی مورد بررسی قرار گرفت.

تحلیل و بررسی هر سه گروه نشان داد که پیش‌آزمون افسردگی در سه گروه کنترل و گروه آزمایش طرح‌واره درمانی و گروه آزمایش افشای هیجانی با هم تفاوت دارند. بر اساس محاسباتی که از طریق آزمون ANOVA (تحلیل واریانس یکطرفه) بدست آمد، این سه گروه هم از نظر آماری و هم از نظر خصوصیات جمعیت شناختی با یکدیگر متفاوت و آزمودنیها با سطوح مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید در سه گروه تحقیق پراکنده شده بودند که با توجه به اینکه امکان کنترل بسیاری از موارد، برای بالابردن روایی درونی تحقیق نبود، این فرضیه مورد بررسی قرار گرفت و تفاوت معناداری به دست آمد.

فرضیه اول: طرح‌واره درمانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان اثربخش است.

بر اساس یافته‌های پژوهش به مقایسه نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه طرح‌واره درمانی پرداخته، نتایج نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی تاثیر معناداری در کاهش افسردگی آزمودنی‌ها دارد. افرادی که درمان را دریافت کرده‌اند، در مقایسه با افراد گروه گواه بهبود بیشتری را نشان دادند.

این یافته‌ها با نتایج اسلون (2001)، راتوس (2007)، حمیدپور (1389)، خورشیدزاده و همکاران (1390)، همتی مسلک پاک (1384) و نوریان و همکاران (1390) همسوست. با توجه به اینکه در اغلب موارد، منشاء افسردگی، عواطف ناگوار و ناخوشایند، باور داشت‌های منفی و غیرمنطقی است، طی جلسات طرح‌واره درمانی سعی گردید که به بیماران کمک شود تا در جهت شناخت طرح‌واره‌های خود برآیند و نسبت به تعدیل و کاهش آنها تلاش کنند. با توجه به اینکه طرح‌واره‌های ناکارآمد الگوی ثابتی هستند که در دوران کودکی بوجود می‌آیند و تا بزرگسالی نیز ادامه دارند، در برابر تغییر مقاومت زیادی می‌کنند و نقش مهمی در اختلالات روانی دارند. طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه و طرح‌واره درمانی بر عمیق‌ترین سطح شناخت تاکید دارد و این باورهای منفی غیرمنطقی و محکم بطور فعالی در زندگی آنها نقش بازی می‌کند. طرح‌واره دریافتی تلفیقی ابتکاری از رفتار درمانی شناختی با گشتالت و روابط موضوعی و رویکردهای روانکاوی محسوب می‌شود که بیشتر بر رابطه درمانی، تجربه عاطفی و بحث از تجارب اولیه زندگی تاکید دارد و نقطه مرکزی این نظریه، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه است. افراد مبتلا به افسردگی مشکلات بین فردی زیادی دارند و این مشکلات به دلیل طرح‌واره‌هایی است که در ذهن آنها نقش بسته است مثل سلطه‌گری، کینه‌جویی بازداری هیجانی، کم‌رویی، تمکین افراطی، ایثارگرایی و دخالت‌گری.

نکته دیگری که در طرح‌واره درمانی به آن اهمیت داده می‌شود خلق و خو است. مشکلاتی از قبیل تمرکز افراطی بر احساسات منفی، مشکل در شناسایی افکار، باورهای کمال‌گرایانه درباره کاهش افسردگی، اطمینان‌طلبی، عدم انجام تمرین‌های رویارویی و توقع نتیجه‌گیری سریع از درمان روند درمان‌های شناختی-رفتاری افسردگی را با مشکل رو به رو می‌کند.

فرضیه دوم: افشای هیجانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان اثربخش است. بر مبنای یافته‌های تحقیق، درمان افشای هیجانی تاثیر معناداری در کاهش میزان افسردگی دانشجویان داشته است. این بدان معناست که روش درمانی افشای هیجانی، روشی موثر و کارآمد در کاهش سطح افسردگی افراد است. این یافته‌ها با نتایج لی پور (1997)، نایلی (2005)، کازویچ، اسلاتچر و پنه‌بیکر، لاباتو و همکاران (2007)، گورتنر، رودی و پنه‌بیکر (2006)، خلجی (1372)، وکیلی و همکارانش (1388)، ربیعی و همکاران (1389) و رضوی (1394) همسوست. دلیل اثر بخش بودن افشای هیجانی بر

اساس نظریه بازداری و تغییرات شناختی به این نکته مربوط می‌شود که افشای هیجانی عمیق، اولاً موجب رویارویی فرد با تجارب هیجانی خود و لمس واقعی هیجان‌ها و احساسات می‌شود و ثانیاً موجب بازنگری در رویدادها و تجارب هیجانی شده و شیوه‌های سازماندهی و بازجذب آنها را تغییر می‌دهد. افشای هیجانی فرآیند بازداری را در هم شکسته و یکباره فرد را در مقابل هیجان‌ها و احساسات منفی عمیقی قرار می‌دهد که برای وی دردناک و ناراحت کننده بوده‌اند. افشای این هیجان‌ها به دلیل احیای خاطرات منفی، در کوتاه مدت خلق فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد ولی در بلندمدت موجب بازجذب این تجارب به عنوان یک تجربه عادی در نظام شناختی شده و احساسات مثبت جایگزین هیجان‌های منفی می‌گردد.

فرضیه سوم: اثربخشی افشای هیجانی و طرح‌واره درمانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان متفاوت است

بر اساس یافته‌های پژوهش، نمی‌توانیم بگوییم که این دو روش تفاوت معناداری با یکدیگر دارند. اما مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که به طور نسبی طرح‌واره درمانی عملکرد بهتری را نشان داده است و نمرات پس‌آزمون در گروه طرح‌واره درمانی نسبت به گروه افشای هیجانی کمتر است و این می‌تواند به شیوه مداخله متفاوت، زمان طولانی‌تر درمان، ارتباط بیشتر با درمانگر و سایر مزیت‌های درمانی طرح‌واره درمانی و یا خطای درمانگر در مراحل تحقیق برگردد. نتایج حاصله نشان می‌دهند که اثربخشی درمان‌های مورد بررسی در پژوهش در عین اینکه هر دو موثر بوده‌اند، تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند.

با توجه به پیشینه پژوهش و موثر شناخته شدن هر دو روش در کاهش هیجانات منفی از جمله افسردگی، دور از ذهن به نظر نمی‌رسد که هر دو روش به آن حد مکفی و مفید بوده‌اند که تاثیر زیادی در کاهش افسردگی داشته‌اند و با مکانیزم‌های تاثیر گذاری متفاوت نتایج یکسانی را در کاهش افسردگی داشته‌اند.

هدف اصلی این پژوهش بررسی تاثیر آموزش دو روش درمان طرح‌واره درمانی و افشای هیجانی در کاهش میزان افسردگی دانشجویان بود. به طور کلی عواملی نظیر سبک دلبستگی ناایمن، روابط زناشویی ناکام‌ساز، مشکلات بین فردی متعدد، خلق و خوی مضطرب، روابط ناسالم با مراقبین اولیه، طرح‌واره‌های بین فردی، مشکلات منش شناختی، اطمینان طلبی، اکراه از انجام تمرین‌های رویارویی، کمال‌گرایی و مشکل در

شناسایی افکار باعث ایجاد اشکال در روند درمان‌های شناختی، رفتاری افسردگی می شود و درمان افراد افسرده به سختی و روند کندی صورت می‌پذیرد و طرح واره درمانی با تکنیک‌های متنوع و با کار بر روی این مشکلات برای کنترل این مشکلات روش‌هایی ارائه داده است. در ضمن پیشنهاد می شود مقایسه اثربخشی درمان های موثر بر کاهش افسردگی بر روی گروه‌های مختلف بیماران افسرده به منظور یافتن مناسب ترین روش درمانی برای درمان و کاهش آنان انجام شود و همچنین بررسی تاثیر درمان‌های کاهش افسردگی بر نمونه های دیگر جامعه و مقایسه آنها با یکدیگر صورت گیرد.

منابع

- پورافکاری، ن (1383)، درسنامه روانپزشکی. انتشارات شهر آشوب.
- حسینی، ن، رضوی، و (1390)، بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر روی زنان مبتلا به افسردگی اساسی عود کننده. پایان نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات کرمان.
- حمیدپور، ح (1389). کارایی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه انجمن روانشناسی ایران، زمستان 89، 297-295.
- دادستان، پریخ (1384)، روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. چاپ دهم. تهران: نشر لیلی.
- ربیعی، ا، نیکمرادی، ع، خطیبیان م (1389)، اثر بخشی افشای هیجانی بر علائم افسردگی، استرس و اضطراب دانشجویان. مجله اخلاق و تاریخ پزشکی. سال چهارم. شماره 3. فروردین 90.
- رضانی، و؛ احمدی، ع؛ موسوی، ع (1386)، بررسی تاثیر افشای هیجانی نوشتاری بر افسردگی و ظرفیت حافظه فعال در دانشجویان با علائم افسردگی بالا. مجله پژوهش در سلامت و روانشناختی، 1 (4)، 19-30.
- سیدمحمدی، یحیی (1385)، آسیب شناسی روانی. چاپ چهارم. تهران: انتشارات آگاه.
- شاملو، سعید. 1374. آسیب‌های روانی. چاپ دوم. تهران: انتشارات رشد.
- قربانی ن (1387)، پیامدهای فیزیولوژیک و روان شناختی شکست مقاومت و افشای هیجانی در روان‌دمانگری {رساله دکتری}. تهران: دانشگاه تربیت مدرس.
- کاپلان. اچ آی، سادوک. بی جی (1387)، خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی، (ترجمه فرزین رضاعی). انتشارات ارجمند. جلد دوم.
- کرینگ، ن م؛ دیویسون ج؛ نیل، جان م؛ جانسون، شری ل (1388)، آسیب شناسی روانی (روانشناسی ناپهنجاری)، (ترجمه حمید شمسی پور). تهران: ارجمند.
- کرینگ، ن م؛ دیویسون ج؛ نیل، جان م؛ جانسون، شری ل (1388)، آسیب شناسی روانی (روانشناسی ناپهنجاری)، (ترجمه حمید شمسی پور). تهران: ارجمند.
- لطفی کاشانی، فرح؛ وزیری، شهرام (1381)، روان شناسی مرضی کودک. چاپ هشتم. تهران: نشر ارسباران.
- نوربالا، ا؛ علی پور، ا؛ شقاقی، ف؛ آگاه هریس، م (1390)، تاثیر آموزش افشای هیجانی نوشتاری بر شدت افسردگی و کاربرد مکانیسم های دفاعی بیماران افسرده. دو ماهنامه دانش و پزشکی، تیر 90، 93، 10-1.

- همتی مسلک پاک، م(1384)، بررسی سطح اضطراب پرستاران شاغل در بیمارستانهای ارومیه وابسته به دانشگاه علوم پزشکی، ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، سال سوم شماره 2 ص 69.
- یانگ، ج (1383)، شناخت درمانی اختلالات شخصیت، رویکرد طرحواره محور، ترجمه علی صاحبی، حسن حمید پور. تهران: آگه. ارجمند.
- یانگ، ج. کلوکسو، ژ؛ ویشار. م(1388)، طرحواره درمانی: راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی. ترجمه زهرا اندوز، حسن حمیدپور. تهران: ارجمند

Ballenger, J.C. and etc.(1988), The Clinical use of Cerbamazepin in Affective Disorders. J. Clin, Psychiat.

Barlow.(2002), Anxiety and its Disorders: The Mature and Treatment of Anxiety and Panic, 2thEd. New York, NY: Guilford Press;. P. 292-327.

Comer, R. J.(1995), Abnormal Psychology., W. H. free man and Company . New York.

Dabson.M.J(2010), Person Schemas and Maladaptive inter Personal Patterns. Journal of Personality Disorders 28,340-352.

Effortless Exam [Online]. (2002), <http://www.mohowkcon.ca/dept/Counseling/start/intro-htm> Knight, D. Stress management and Relaxation [Online].

Ellis A. Reason and Emotion in Psychotherapy. New York; Lyle Stuart; 1962.

Emberhart Nk.(2007), Interpersonal Predictor of stress Generation and Depressed Mood. Retrieved, form: Pro Quest Information and Learning Company. <http://proquest.umi.com.erventional>, 24, 25-63.

Harrington. R. C. & al.(1993), Child and adult Depression: A test of Continuities with Datd from Family Study. Brit. J. Psychiat

Hawke, lisa D; Provencher, Martin D; Parikh, Sagggar v. (2013), Heilemann, Marysuer; Pieters, Huibriec; Priscila kehoe; Qing Yang. (2011), Schema Therapy, Motivational Interviewing, and

- Collaborative-mapping as Treatment for Depression Among low Income, Second Generation Latinas. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 42 (2011) 473-480.
- Heimberg, R.G., Salzman, D.G., Holt, C.S., & Blendell, K.A. (1993), Cognitive Behavior Group Treatment for Social Phobia: Effectiveness at five-year Folloe-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325-339.
- Heravi M, Milani M.(2003), Investigating the Effect of Relaxation Therapy on Lenel of Exam Anxiety in Nursing Student at Shahed University of Medical Science.Retrieved from: www.irandoc.org. Nov 2008.
- Hoffart, Asle; sexton, Harold. (2001), The Role of Optimism in the Process of Schema–focuse Cognitive therapy of Personality Problems. *Behavior Research Therapy* 40 (2002) 611-623.
- John, Macgin.B, Daneil, G. (2004), Avaluation Schema Therapy's Principals and Tools. *Behavioral Research and Therapy*, 463,138-133.
- Jon,. Herson, Jonathan. Evans. (2005), Negative self Schema: Depressive in Woman. *The Brithch Journal of Pschiary*. 302-307.
- Kacewicz E, Slatcher RB, Pennebaker JW. (2007), Expressive Writing :An Alternative to Traditional Intervention to Promote Physical and Mental health :Theory, Research,and Practice.New York: Springer.
- Pennebaker (Ed), *Emotion.Disclosure, & Health* (pp. 271-291) Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Pennebaker JW. (1997),Opening up :The Healing power of Expressing Emotion .New York :Guilford.
- Peters BM.(2007),The Relationship Among Psychological and Perceived Stress, Quality of life, self care, and Impairment in

- Doctoral Student. Retrieved September 1 s, (from: <http://proquest.umi.com>). Emotional Experience. In J.W.
- Sarason, I.G. (1980), Introduction to the Study of test Anxiety. In I.G. Sarason, (Ed.), Test Anxiety: Theory, Research and Applications, New Jersey: Lawrence Erlbaum, 3-14. Schema therapy for bipolar Disorder: a Conceptual Model and future Directions. Journal of Affective disorders 148 (2013) 118-122.
- Terry, D. (1994), Determinants of Coping the role of Stable and Situational factor. Journal of Personality and Social Psychology, 66, 895-910.
- White, C.L., Kashima, K., Bray, G.A., & York, D.A. (2000), Effect of a serotonin 1-A agonist on food intake of Osborne-Mendel and S5B/PI rats. Physiology Behavior, 68 (5), 715-722.
- World Health Organization (WHO).(2001), The World Health Report 2001- Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved 12 April. 2008 (<http://www.who.int/whr/2001/en/>).
- Writing in Lowering Rumination and Depressive Symptoms. Behav Ther. (37): 292-303.
- Young, J.E. (1994), Cognitive Therapy for Personality disorder: A Schema Focused Approach. Sar asota.
- Young, J.E., Klosko, J. & Weishaar, M.(2003), Schema therapy: a Practitioner's guide. Newyourk: Guilford press.