

اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب  
شناختی- رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب  
فراگیر در دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر

فاطمه رضایی<sup>✉\*</sup>، محمدعلی سپهوندی<sup>\*\*</sup> و خدیجه میرزایی

هایلی<sup>\*\*\*</sup>

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دانشگاه لرستان بود. در این پژوهش نیمه آزمایشی از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دانشگاه لرستان در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود؛ به‌منظور اجرای پژوهش آزمون غربالگری انجام شد، ابتدا دانشجویان دختر، پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا را تکمیل کردند، سپس بین آن‌هایی که نمره بالاتر از ۴۷ را در این پرسشنامه کسب کرده بودند، مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس DSM-IV-TR (SCID) انجام شد که ۳۰ دانشجو تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کردند. سپس ۲۰ دانشجو که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. آزمودنی‌های دو گروه، به پرسشنامه اجتناب شناختی- رفتاری (CBAS) و پرسشنامه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7) پاسخ دادند. سپس شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی در ۹ جلسه یک و نیم ساعته درمان گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی شرکت کردند. نتایج تحلیل کوواریانس داده‌ها نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی به‌طور معناداری موجب کاهش اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون شد. به‌طورکلی نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی در کاهش اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** اجتناب شناختی- رفتاری؛ اضطراب فراگیر؛ طرحواره درمانی هیجانی

\*✉ استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان rezaeipsyc@gmail.com

\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان

\*\*\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه لرستان

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۸/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱/۹

## مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD)<sup>۱</sup> از جمله اختلالات اضطرابی است که به شدت کیفیت زندگی مرتبط با سلامت مبتلایان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این اختلال شایع‌ترین اختلال اضطرابی است (سلمانی، حسنی، محمدخانی و کرمی، ۱۳۹۳) که مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم) عبارت از اضطراب و نگرانی مفرط و دائمی دربارهٔ چندین واقعه یا فعالیت در اکثر ایام و طی یک دوره حداقل شش ماهه است که به مختل شدن حوزه‌های مهم کارکرد فرد منجر شده باشد. در این اختلال، کنترل نگرانی و اضطراب برای فرد دشوار است و با حداقل سه علامت از علائم اضطراب همراه است (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال در میان زنان شیوع بیشتری دارد، تقریباً دو سوم افراد مبتلا را زنان تشکیل می‌دهند (هالگین و ویتبورن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳؛ به نقل از سیدمحمدی، ۱۳۸۴). این اختلال، نافذ بوده و با نرخ شیوع معادل ۱/۵ تا ۳ درصد و شیوع طول عمر برابر با ۴ تا ۷ درصد از اختلال‌های شایع روانی است (لیب، بکر و التامارا<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). همچنین نتایج برخی از مطالعات همه‌گیر شناختی در ایران نیز حاکی از آن است که GAD شایع‌ترین اختلال اضطرابی در کشور است (سلمانی و همکاران، ۱۳۹۳). عوامل متعددی در پیدایش، تشدید و تداوم علائم این اختلال نقش دارند (وست و ویلنر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱). براساس نظریه‌های شناختی - رفتاری افراد مبتلا به GAD طرحواره‌های هیجانی خاصی دارند که به صورت افکار خودآیند و منفی نظیر بازداری، نشخوار، اجتناب شناختی از هیجانات منفی و تداوم نگرانی تجربه می‌شود (رحیمیان بوگر، کیان ارثی و تربران، ۱۳۹۲). اجتناب شناختی - رفتاری یکی از عوامل مهمی است که در شروع و تداوم علائم GAD نقش دارد که به صورت، فرآیند خودکار دوری از طرحواره‌های تهدیدآمیز، افکار و نگرانی بیمار و عاملی مهم در شروع، تشدید و تداوم علائم است (بیسدهو باوم، جینجهن، هافلر، لیوکن<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۲). اجتناب، یکی از راهبردهای مقابله‌ای است که نشان‌دهنده تلاش‌های شناختی، عاطفی و رفتاری فرد برای مدیریت وضعیت‌های درونی و

- 
1. Generalized anxiety disorder
  2. American Psychological Association
  3. Halgin & Whitbourne
  4. Lieb , Becker & Altamura
  5. West & Willner
  6. Beesdo- Baum, Jenjahn, Hofler & Lueken

بیرونی خاص است (یزدی، درویزه و شیخی، ۱۳۹۴) و نگرانی، که مهم‌ترین نشانه GAD به شمار می‌آید، یک پاسخ اجتنابی شناختی به یک موضوع تهدیدکننده در نظر گرفته شده است. هنگامی که فرد با تهدیدی درباره وقوع یک رویداد در آینده مواجه می‌شود و امکان هیچ‌گونه پاسخ رفتاری اجتنابی برای او فراهم نیست، از پاسخ اجتنابی شناختی استفاده می‌کند (مکلود<sup>۱</sup>، ۲۰۰۶).

اجتناب از بروز هیجان‌ات، به رفتارهای ناسازگارانه منجر شده و افراد مبتلابه GAD تلاش‌هایی برای جلوگیری از این پاسخ‌ها دارند که همین امر موجب پریشانی بیشتر همراه با تداوم اجتناب شناختی - رفتاری و کاهش کیفیت زندگی افراد دارای این اختلال می‌شود (لوریان و گریشام<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). همچنین بر اساس پژوهش‌های اخیر، اجتناب از تهدیدآمیز بودن هیجان‌ات در تشدید علائم و پیدایش سطوح بالینی اضطراب، نقش معناداری دارد و در موقعیت‌های مبهم میزان پاسخ‌های ناسازگار و علائم GAD را افزایش می‌دهد (نیومن و لیرا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱؛ رینیک، بکر، هویر و رینک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰). از آنجا که افراد ممکن است در چگونگی مفهوم سازی هیجان‌های خود متفاوت باشند، طرحواره‌های مختلفی نیز درباره هیجان‌ها دارند. این طرحواره‌های هیجانی منعکس‌کننده شیوه‌هایی است که افراد هیجان‌ها را تجربه می‌کنند که از باورهای افراد درباره راه‌های مناسب تنظیم و اداره کردن یک احساس ناخوشایند به وجود می‌آیند. باورهای منفی درباره هیجان‌ات و به عبارت بهتر طرحواره‌های هیجانی<sup>۵</sup> به هرگونه تعبیر، ارزیابی، تمایل به عمل و الگوهای رفتاری گفته می‌شود که افراد در مواجهه با هیجان‌ات خود اتخاذ می‌کنند (لی‌هی<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲).

از بین درمان‌های گوناگون پیشنهادی برای اختلال اضطراب فراگیر، درمان‌های شناختی- رفتاری<sup>۷</sup> (CBT) به‌عنوان رایج‌ترین درمان شناخته‌شده است (ولز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۵)؛ اما مقاومت بیماران نسبت به درمان و میزان ریزش، چالش مهمی در مسیر اثربخشی این روش درمانی است

1. McLEOD
2. Lorian & Grisham
3. Newman & Llera
4. Reinecke, Becker, Hoyer & Rinck
5. Emotional schema
6. Leahy
7. Cognitive Behavior Therapy
8. Wells

(نادری، مرادی، حسنی و نوحی، ۱۳۹۴). یکی از نظریه‌های تبیینی در ارتباط با چالش ریزش و عدم همکاری و مقاومت بیماران در جریان درمان شناختی-رفتاری، نظریه طرحواره‌های هیجانی است. طرحواره درمانی هیجانی<sup>۱</sup> (EST)، یک رویکرد درمانی فرا شناختی است که اخیراً در فرمول‌بندی و درمان آسیب‌های روان‌شناختی مطرح شده است و به چگونگی مفهوم‌سازی، ادراک و راهبردهای پاسخ‌دهی افراد به عواطف خود اشاره دارد و لی‌هی (۲۰۰۲) آن‌ها را به معتبرسازی به‌وسیله دیگران، فهم‌پذیربودن، احساس گناه، نگاه ساده‌انگارانه به عاطفه، ارزش‌های برتر، کنترل‌ناپذیر بودن، بی‌حسی هیجانی، خواستار عقلانیت بودن، دوام، اتفاق نظر، پذیرش احساسات، نشخوار فکری، ابراز و سرزنش کردن طبقه‌بندی می‌کند. این الگوی درمانی حاصل ترکیب مدل فرا شناختی ولز (۲۰۰۹) و درمان هیجان‌مدار<sup>۲</sup> (EFT) گرینبرگ<sup>۳</sup> (۲۰۰۲) است که لی‌هی برای درمان مشکلات هیجانی تدوین کرد. افراد در الگوی طرحواره‌های هیجانی از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلفی مثل، اجتناب تجربی<sup>۴</sup> (مانند سرکوبی، کرخی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکیه بیش‌ازحد بر اندیشناکی و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیر انطباقی) بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند (لی‌هی، ۲۰۱۱). این الگوی درمانی در تلاش است تا درمان‌های موج سوم شناختی - رفتاری را به‌صورت یکپارچه درآورد. چون اخیراً شواهد نشان داده است که تمام درمان‌های موج سوم به‌تنهایی به‌اندازه کافی اثربخش نیستند (کاهل، ویتتر و اسچیویگر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۲). دورهام و آلن<sup>۶</sup> (۱۹۹۳) در تأیید این شواهد، در آنالیز مجدد داده‌ها، که از شش پژوهش درمان شناختی - رفتاری در بهبود اختلال GAD به‌دست‌آمده بود، میزان بهبودی ۴۰ درصد را گزارش کردند. اینکه EST چگونه با این چالش‌ها مواجه می‌شود، به سازوکارهای موجود در این درمان برمی‌گردد، این سازوکارها شامل شناسایی طرحواره‌های هیجانی بیمار و

- 
1. Emotional Schema Therapy
  2. Emotional Focused Therapy
  3. Greenberg
  4. Experimental avoidance
  5. Kahl, Winter & Schweiger
  6. Durham & Allan

تعدیل آن‌ها، شناسایی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان ناسازگار و جایگزینی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان سازگارانه‌تر و تعدیل آن‌ها، توجه به هیجانات بیمار و استفاده از آن‌ها به عنوان عاملی برای عمیق‌تر کردن درمان، اهمیت دادن به رابطه درمانی و عدم تعهد کامل به دستور جلسه و ساختار درمان است (تیرچ، لی‌هی و سیلبرستن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲؛ لی‌هی، ۲۰۰۲). نادری و همکاران (۱۳۹۴) در پژوهشی با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر راهبرد های نظم‌جویی شناختی جانبازان مبتلا به استرس پس از سانحه ناشی از جنگ، شش بیمار مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه را به سه روش درمانی (ترکیب درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی و دارو درمانی، ترکیب درمانی شناختی- رفتاری و دارو درمانی و درمان دارویی صرف) آزمودند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی نسبت به دو درمان دیگر برای درمان اختلال استرس پس از سانحه مناسب‌تر است. لی‌هی (۲۰۰۷) در پژوهشی نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی به‌طور معناداری به کاهش اضطراب فراگیر منجر می‌شود. در پژوهشی دیگر رضایی، قدم‌پور، رضایی و کاظمی (۱۳۹۵) تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی را بررسی کردند. نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی به‌طور معناداری به کاهش شدت افسردگی و اندیشناکی بیماران منجر شد.

به‌طور کلی لی‌هی (۲۰۱۲) طرحواره درمانی هیجانی را شکل هیجان‌محور رفتاردرمانی شناختی می‌داند که بر پایه شش اصل کلیدی زیربنا نهاده شده است: ۱. هیجان‌های دردناک همگانی هستند؛ ۲. هیجان‌ها در جریان تکامل ظهور یافته‌اند و دارای ارزش بقاء و سازگاری هستند؛ ۳. طرحواره‌های هیجانی مربوط به هیجان مشخص می‌کنند که هر هیجان چه تأثیری بر تداوم یا افزایش بیشتر یک هیجان دارد؛ ۴. طرحواره‌های هیجانی در دسرساز عبارت است از فاجعه‌آمیز قلمداد کردن هیجان، بی‌معنی بودن هیجان، قلمداد کردن هیجان به‌صورت پایدار، کنترل‌ناپذیر، شرم‌آور و منحصر به فرد؛ ۵. راهبردهای کنترل هیجان مانند تلاش برای سرکوبی، نادیده انگاشتن، خنثی‌سازی، حذف هیجان از طریق پر خوری و مصرف الکل، به تأیید باورهای منفی کمک می‌کند که هیجان‌ها تجربیاتی تحمل‌ناپذیر هستند؛ ۶. اعتباریابی و ابراز هیجان به

حدی مفید بوده که به بهنجارسازی، همگانی‌سازی بهبود درک، افتراق هیجان‌های مختلف از یکدیگر و کاهش احساس گناه و شرمساری منجر می‌شوند و کمک می‌کنند تا باورهای تحمل‌پذیر بودن هیجان تقویت شود. از آنجاکه در درمان‌های موج سوم میزان مقاومت نسبت به درمان و همچنین ریزش بالاست و بیشتر بر تحریف‌های شناختی تأکید می‌کند و با توجه به اینکه دارو درمانی اثر کوتاه مدتی دارد (هالجین و ویتبورن، ۲۰۰۳؛ به نقل از سیدمحمدی، ۱۳۸۴) این روش‌های درمانی به‌اندازه کافی اثربخش نیستند؛ اما طرحواره درمانی هیجانی به فرد کمک می‌کند که هیجان‌های خود را شناسایی کرده و هیجان‌های سازگار را جایگزین هیجان‌های ناسازگار کند و از این طریق هیجان‌های خود را تنظیم کند، بنابراین، ممکن است از سایر روش‌ها مؤثرتر واقع شود.

با توجه به اینکه طرحواره درمانی هیجانی یک الگوی درمانی جدید است و تاکنون پژوهشی اثر طرحواره درمانی هیجانی را بر اجتناب شناختی رفتاری و اضطراب فراگیر بررسی نکرده است، لذا این پژوهش درصدد پاسخگویی به این سؤال بوده است که آیا طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در دانشگاه لرستان مؤثر است.

## روش

طرح پژوهش حاضر، نیمه آزمایشی با استفاده از پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و شامل مراحل اجرایی زیر بود: ۱. جایگزین کردن تصادفی آزمودنی‌ها؛ ۲. اجرای پیش‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها؛ ۳. اجرای متغیر مستقل روی گروه آزمایش؛ ۴. اجرای پس‌آزمون و جمع‌آوری داده‌ها.

جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر دانشگاه لرستان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۹۵-۹۴ بود. نمونه‌گیری به شیوه خوشه‌ای تصادفی بود. به این صورت که با استفاده از شیوه غربالگری، ابتدا به صورت تصادفی از بین خوابگاه‌های دخترانه دانشگاه لرستان سه خوابگاه انتخاب شد و به شیوه تصادفی ۲۰۰ نفر از دانشجویان دختر با پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا آزمون شدند. سپس از بین ۶۷ نفری که نمره بالاتر از ۴۷ در پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا دریافت کرده، مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس

DSM – IV – TR (SCID) به عمل آمد. از بین این افراد ۳۰ نفر تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کردند. سپس به صورت تصادفی ۲۰ نفر از این افراد که ملاک‌های لازم برای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس طرحواره درمانی هیجانی بر گروه آزمایش اعمال شد و در پایان مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. معیارهای ورود به این پژوهش عبارت بودند از: ۱. تشخیص اصلی اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه تشخیصی؛ ۲. مبتلا نبودن به هرگونه بیماری جسمی و سایر اختلالات روانی همراه؛ ۳. دامنه سنی بین ۱۸-۳۰ سال؛ ۴. تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی. ابزارهای استفاده شده در پژوهش عبارت بودند از:

**مقیاس اختلال اضطراب فراگیر (GAD - 7):**<sup>۱</sup> این مقیاس را اسپیتز، کرونکی، ویلیامز و لوی<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) ساخته‌اند که میزان و شدت اضطراب موجود در طی دو هفته گذشته را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس حاوی ۷ سؤال هست که برحسب مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ هست. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب باز آزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی تحلیل عامل اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با ضریب تعیین ۰/۵۳ بود، همچنین نتایج نشان داد که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر از اعتبار تشخیصی مناسبی بهره‌مند است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ پایایی مناسب این آزمون را نشان می‌دهد (نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰).

**پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ):**<sup>۳</sup> یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۶ سؤالی است که می، میلر، متزگر و بورکوک<sup>۴</sup> (۱۹۹۰) آن را ساخته‌اند و نگرانی شدید، مفراط و کنترل‌ناپذیر را اندازه می‌گیرد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (ابتداً درباره من صدق نمی‌کند) تا ۵ (بی‌نهایت درباره من صدق نمی‌کند) است. ۱۱ سؤال آن

- 
1. Generalized anxiety disorder scale- 7 item
  2. Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe
  3. Pennsylvania State Worry Questionnaire
  4. Meyer, Miller, Metzger & Borkovec

مربوط به وجود نگرانی به‌طور مثبت نمره‌گذاری می‌شود و ۵ سؤال آن (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) به‌طور منفی نمره‌گذاری می‌شود و محتوای فقدان نگرانی را نشان می‌دهد. دامنه نمرات کل پرسشنامه، بین ۱۶ تا ۸۰ است. در هشت مطالعه، شواهد خوبی برای همسانی درونی (آلفای کرونباخ، ۰/۹۰) و اعتبار باز آزمایی (۰/۷۴) در فاصله دو تا چهار هفته و روایی همگرا و روایی واگرا به‌دست آمده است. در ایران، شیرین‌زاده دستگیری، گودرزی، غنی‌زاده و تقوی (۱۳۸۷) اعتبار پرسشنامه را به روش همسانی درونی ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی بافاصله چهار هفته ۰/۷۷ گزارش کرده‌اند. همچنین در پژوهش حاضر همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بوده است.

**مقیاس اجتناب شناختی - رفتاری (CBAS):** ابزاری ۳۱ گویه‌ای است که اتن بریت و دابسون<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) آن را ساخته‌اند و در طیف لیکرتی ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود، دامنه کل نمرات ۳۱ تا ۱۵۵ و نمرات بالاتر مبین اجتناب شناختی - رفتاری بالاتر است. اجتناب از رفتار اجتماعی، اجتناب از شناخت فردی، اجتناب از شناخت اجتماعی و اجتناب از رفتار فردی چهار عامل این مقیاس هستند که مجموع این نمرات تحت عنوان اجتناب کل در مقیاس CBAS است (اتن بریت و دابسون، ۲۰۰۴؛ دامیترس، تام و لاسیو،<sup>۳</sup> ۲۰۱۰). همبستگی بالایی بین خرده مقیاس‌ها و نمرات کل مقیاس وجود دارد (۰/۷۸ تا ۰/۸۰). ضریب آلفا برای عامل یک تا چهار به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۵ و برای کل مقیاس ۰/۹۱ است. به‌علاوه، ضریب پایایی آزمون - باز آزمون برای کل مقیاس ۰/۹۲ هست (اتن بریت و دابسون، ۲۰۰۴). همسانی درونی نسخه فارسی خرده مقیاس‌های اجتناب اجتماعی و فردی در یک نمونه ۶۹۸ نفری در ایران به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۶۵ به‌دست آمده است (عطایی، فتی و احمدی ابهری، ۱۳۹۲).

**مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I) DSM-IV-TR:**

SCID-I برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر<sup>۴</sup> (SCID-I CV) و نسخه پژوهشی است که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده شد. این نسخه،

- 
1. Cognitive-Behavioral Avoidance Scale
  2. Ottenbreit & Dobson
  3. Dumitrescu, Toma & Lascu
  4. Clinical version



اختلال‌هایی را پوشش می‌دهد که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌شود. در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت اطلاعات ناکافی درباره نشانه(؟)، نبود نشانه(-) و وجود نشانه(+) علامت‌گذاری می‌شوند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد (محمدخانی، ۱۳۸۹). شریفی، اسعدی، محمدی، امینی و همکاران (۱۳۸۳) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰)، برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آن‌ها همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند.

طرحواره درمانی هیجانی طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد، محتوای این جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی

جلسات	هدف جلسه	محتوی جلسه	تکلیف خانگی	پیامد مورد انتظار
اول	معارفه و اجرای پیش‌آزمون	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توضیح دادن درباره اهداف، آماده‌سازی و معرفی مدل طرحواره هیجانی، اجرای پیش‌آزمون	ثبت هیجان	آگاهی از هیجانانگیز
دوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی	ارائه الگویی از هیجان به شرکت‌کننده‌ها، تقویت آگاهی هیجانی، اعتبار بخشیدن به هیجانانگیز، شناسایی طرحواره‌های هیجانی در دسرساز	اعتبار بخشی دلسوزانه به خویشتن	احساس حمایت هیجانی و اهمیت به خویشتن
سوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با طرحواره‌های هیجانی در دسرساز	ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، افزایش تحمل احساسات مختلط، بهنجارسازی تجربه هیجانی برچسب زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر	ثبت مزایا و معایب هیجان‌های غیر طبیعی	احساسات و آگاهی نسبت به پیچیدگی و حقانیت ذات انسان
چهارم	بررسی تکلیف منزل، چالش با	پذیرش احساسات، بهنجارسازی تجربه هیجانی، تمایز گذاشتن بین	مشاهده و توصیف	تقویت پذیرش هیجانی و

مقابله با دیدگاه منفی نسبت به هیجان‌ها کاهش شدت هیجان‌های مبتنی بر قضاوت و افکار خودآیند پذیرش اینکته هیجان‌ها و افکار سازه‌های ایستا نیستند. آگاهی به اینکته احساس با واقعیت و با فکر تفاوت دارد.	هیجان	هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت یک موج، آزمایش رفتاری پیش‌بینی عاطفی	طرحواره‌های هیجانی در دسر ساز	
افکار خودآیند پذیرش اینکته هیجان‌ها و افکار سازه‌های ایستا نیستند. آگاهی به اینکته احساس با واقعیت و با فکر تفاوت دارد.	نامه‌نگاری خود-دلسوزانه	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام دادن آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط	بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات	پنجم
افکار خودآیند پذیرش اینکته هیجان‌ها و افکار سازه‌های ایستا نیستند. آگاهی به اینکته احساس با واقعیت و با فکر تفاوت دارد.	ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف	بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	ششم
افکار خودآیند پذیرش اینکته هیجان‌ها و افکار سازه‌های ایستا نیستند. آگاهی به اینکته احساس با واقعیت و با فکر تفاوت دارد.	افتراق دادن افکار از احساسات	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، تمایز افکار از احساسات، فاجعه‌زدایی	بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	هفتم
افکار خودآیند پذیرش اینکته هیجان‌ها و افکار سازه‌های ایستا نیستند. آگاهی به اینکته احساس با واقعیت و با فکر تفاوت دارد.	بررسی معایب و مزایای افکار منفی از سرگیری فعالیت‌ها و برنامه‌ریزی برای آینده	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، سبک و سنگین کردن منافع و مضرات	بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی.	هشتم
افکار خودآیند پذیرش اینکته هیجان‌ها و افکار سازه‌های ایستا نیستند. آگاهی به اینکته احساس با واقعیت و با فکر تفاوت دارد.	از سرگیری فعالیت‌ها و برنامه‌ریزی برای آینده	روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام دادن تکالیف خانگی، پس‌آزمون.	جمع‌بندی و ارزیابی	نهم

برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره با استفاده از نرم‌افزار SPSS (۲۱) استفاده شد.

## یافته‌ها

در این بخش شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون هر دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شد.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های شدت نشانه‌های اضطراب فراگیر و اجتناب شناختی رفتاری را به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آنجا که کسب نمره بیشتر در این متغیرها نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش دارد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

متغیرها	شدت اضطراب فراگیر		اجتناب شناختی رفتاری	
	آزمایش	کنترل	آزمایش	کنترل
گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
مراحل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
میانگین	۱۲/۴	۸/۴	۱۱	۱۲
انحراف استاندارد	۱/۶۴	۳/۱۶	۱/۷۶	۳/۱۶
	۷۸/۳	۷۹/۱	۵۸/۱	۸۴/۶
	۱۰/۰۲	۹/۸	۶/۵	۷/۶

در ادامه به منظور بررسی اینکه آیا تفاوت‌های ایجاد شده از نظر آماری نیز معنادار است و آیا مداخله درمانی مورد استفاده باعث ایجاد این تفاوت‌ها شده است، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. البته، پیش از اجرای این آزمون، پیش‌فرض‌های نرمال بودن، همسانی واریانس‌ها درباره متغیرهای پژوهش و همگنی شیب خط رگرسیون بررسی شد و نتایج این بررسی نشان داد که آزمون لوین، کولموگروف-اسمیرنوف و همگنی شیب خط رگرسیون در هیچ یک از موارد معنادار نیستند ( $p > 0/05$ ) و این نشان‌دهنده برقرار بودن پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس است.

جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). بر این اساس، می‌توان بیان کرد که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (شدت اضطراب فراگیر و اجتناب شناختی رفتاری) بین دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد. برای پی بردن به این تفاوت، دو تحلیل کوواریانس تک متغیره انجام شده که نتایج به دست آمده از آن‌ها در جدول ۴ درج شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری بر تفاضل نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای وابسته (شدت اضطراب فراگیر و اجتناب شناختی رفتاری) در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع	آزمون	ارزش F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
گروه لامبدای ویلکز	۰/۱۲	۲۹/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱

جدول ۴ نتایج مربوط به تحلیل کواریانس تک متغیره یافته‌های پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری در متغیرهای وابسته دیده می‌شود. به گونه‌ای که طرحواره درمانی هیجانی توانسته است به طور معناداری در کاهش شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر ( $p < ۰/۰۰۲$ ) و اجتناب شناختی رفتاری ( $P < ۰/۰۰۱$ ) گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر باشد که این درمان در مرحله پس‌آزمون ۰/۴۵ بر شدت نشانه‌های اضطراب فراگیر و ۰/۶۹ بر اجتناب شناختی رفتاری مؤثر بوده است؛ و توان آماری بالای ۰/۹۴ برای شدت اضطراب فراگیر و ۱ برای اجتناب شناختی رفتاری نشان‌دهنده دقت آماری بسیار بالا و کفایت حجم نمونه است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیری عضویت گروهی بر میزان شدت اضطراب فراگیر و اجتناب شناختی رفتاری

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
شدت	پیش‌آزمون	۴	۱	۴	۱/۶۰	۰/۲	۰/۰۸	۰/۲۸
اضطراب فراگیر	اثر اصلی	۳۵/۵۲	۱	۳۵/۵۲	۱۴/۲۴	۰/۰۰۲	۰/۴۵	۰/۹۴
	خطا	۴۲/۳۹	۱۷	۲/۴۹	-	-	-	-
اجتناب	پیش‌آزمون	۲۵۷/۴۸	۱	۲۵۷/۴۸	۴/۲۴	۰/۰۵	۰/۲	۰/۴۹
شناختی رفتاری	اثر اصلی	۲۲۹۶/۵۰	۱	۲۲۹۶/۵۰	۳۷/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹	۱
	خطا	۱۰۳۱/۵۱	۱۷	۶۰/۶۷	-	-	-	-

### بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. همان‌طور که یافته‌ها نشان داد، بین

نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجتناب شناختی رفتاری در گروه تحت درمان نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری به وجود آمده است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی رفتاری دانشجویان مؤثر است (فرضیه اول). با مرور پیشینه پژوهش، تاکنون پژوهشی یافت نشد که اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی را بر اجتناب شناختی رفتاری بررسی کرده باشد، ولی به طور کلی می‌توان نتیجه این پژوهش را با یافته‌های رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۹۲)، اتن بریت و دابسون (۲۰۰۴) همسو دانست. ترس از تجربه کردن هیجان و اجتناب هیجانی مشکل اصلی در اختلال اضطراب فراگیر است (لی‌هی، ۲۰۰۲)؛ بنابراین، با شناسایی عوامل زیربنایی که موجب ترس و اجتناب از تجربه هیجانی می‌شود، شاید بتوان به بهبود اضطراب و اجتناب این بیماران کمک کرد. طرحواره‌های هیجانی یکی از عوامل زیربنایی است که به نظر می‌رسد موجب ترس و اجتناب از تجربه هیجانی می‌شود (لی‌هی، ۲۰۰۲). در EST زمانی که فرد دچار آشفتگی هیجانی می‌شود، ارزیابی‌ها درباره هیجان‌ها و راهبردهای به کار گرفته شده توسط فرد شناسایی می‌شود. در ابتدا، با افزایش و تقویت آگاهی درباره هیجان‌ها، ترس و اجتناب هیجانی بیماران مورد هدف قرار می‌گیرد تا تجربه هیجانی را به صورت بهنجار و همگانی در نظر بگیرند. این بازشناسی درباره هیجان‌ها که آن‌ها همگانی هستند به جای قضاوت، سرکوب کردن، فرار یا اجتناب از هیجان به عادی‌سازی، اعتبار بخشی و ترغیب به پذیرش طیف گسترده‌ای از هیجان‌ها کمک می‌کند. منطق اساسی طرحواره درمانی هیجانی این است که هیجان به خودی خود دردسرساز نیست، بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای (برای واکنش به هیجان) و تمایل به اقدام کردن بر اساس استدلال هیجان تعیین‌کننده هستند. در این زمینه طرحواره درمانی هیجانی با راهنمایی بیمار فن‌های تجربه هیجان به صورت یک موج و اتخاذ موضعی به دور از قضاوت نسبت به هیجان (از فنون درمان‌های موج سوم)، که به کاهش هیجان‌های آشفتنه منجر می‌شوند، به کاهش اجتناب شناختی رفتاری کمک می‌کند. آزمون فرضیه دو نشان می‌دهد با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره درمانی هیجانی بر شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر دانشجویان تأثیر دارد. یافته‌های این پژوهش با پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۵)، نادری و همکاران (۱۳۹۴)، یزدی و همکاران (۱۳۹۴) و

عقیده‌لی‌هی (۲۰۱۵ و ۲۰۱۲) مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در اضطراب همخوان است. برای تبیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش شدت اضطراب فراگیر می‌توان گفت که این الگوی درمانی کم‌تر بر این موضوع تأکید می‌کند که هیجان‌ها چگونه به وسیله شناخت‌ها ایجاد می‌شوند یا اینکه چگونه محتوای افکار درباره هیجان‌ها باعث ادامه یافتن راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌شود. درحالی‌که بر این باور است که هیجان‌ها ممکن است به محتواهای شناختی، رفتاری، توجهی و فرایندهای خاطره‌ای متصل باشند؛ و تأکید می‌کند نظریه هیجان به‌طور تلویحی در پاسخ افراد به تجارب هیجانی‌شان مشهود است (لی‌هی، ۲۰۱۲). بنابراین، در درجه اول با تغییر باورهای فرا هیجانی در دسرساز فرد به کاهش شدت اضطراب اقدام می‌کند. علاوه بر این EST باورهای دسرساز درباره هیجان مثل، دائمی بودن هیجان و از دست دادن کنترل در نتیجه تجربه هیجانی را نیز شناسایی می‌کند و با استفاده از فنون رفتاردرمانی شناختی مثل بررسی مزایا و معایب این باورها و بررسی شواهد تأیید و ردکننده و تمایز افکار از احساسات آن‌ها را آزمون می‌کند و از این طریق موجب کاهش شدت نشانه‌های اضطراب بیمار می‌شود. افراد مضطرب اغلب در تحمل تردید، با مشکلاتی مواجه هستند (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو ۲۰۱۱؛ به نقل از منصوری‌راد، ۱۳۹۲) و عدم تحمل تردید زیربنای ارزیابی بدانطباقی افکار مزاحم و سواسی است و به‌عنوان سائقی برای فرایندهای نشخوار فکری عمل می‌کند. افراد برای کاهش میزان تردید خود، راهبردهای از نگرانی یا نشخوار فکری را فعال می‌کنند؛ و تردید را با دستاوردهای منفی و حسی از مسئولیت‌ناپذیری معادل می‌دانند. داشتن احساسات مختلط یا همان دوسوگرایی نوعی تظاهر هیجانی برای تردید است. این دوسوگرایی، در هنگامی که این افراد در جستجوی حس واقعی خود هستند، می‌تواند سبب ایجاد اضطراب و سردرگمی شود (لی‌هی، تیرچ و ناپولیتانو ۲۰۱۱؛ به نقل از منصوری‌راد، ۱۳۹۲) و از آنجا که تحمل دوسوگرایی، ابهام و تردید مزایایی را نیز در بردارد، در این پژوهش سعی شده است با شیوه پذیرش احساسات مختلط به بیمار کمک شود تا احساسات را از یکدیگر افتراق دهد و دیدگاهی دیالکتیک (متوازن و متعارض) نسبت به آن داشته باشد و در همان حال او بیشتر به این نکته پی ببرد که احساسات مختلط ممکن است صرفاً بیان‌کننده آگاهی بیشتری نسبت به پیچیدگی، حقانیت و واقعیات مربوط به ذات انسان باشند و اضطراب او در این زمینه بی‌مورد است. یکی دیگر از ابعادی که در طرحواره درمانی

هیجانی برای بیماران اضطرابی ارزیابی می‌شود و در کاهش شدت آن تأثیر می‌گذارد، این عقیده است که هیجان‌های، فرد، ویژه و خاص او بوده و اتفاق نظر پایینی درباره هیجان وجود دارد. در این زمینه، با بهنجارسازی هیجانی و اعتباربخشی اینکه دیگران نیز دارای چنین هیجاناتی هستند، طرحواره درمانی هیجانی انجام می‌شود.

به‌طور کلی طرحواره درمانی هیجانی از طریق افزایش پذیرش هیجان‌های دردناک و متعارض (دوسوگرا) بر بهبود اضطراب و اجتناب شناختی رفتاری کمک می‌کند؛ که در آن بیمار می‌آموزد به جای سرکوب کردن هیجان‌های خود یا قربانی شدن توسط آن‌ها، بر وجود هیجان‌های خود، آگاه باشد و تلاش کند تجربه خود را هر چه عمیق‌تر دریافت کند. بیمار در طول جلسات درمانی به این ادراک می‌رسد که هیجان‌ها نه الزاماً ترسناک هستند و نه پایدار. بنابراین، می‌توان به جای اجتناب شناختی رفتاری و نگرانی، درباره هیجان‌ها، آن‌ها را پذیرفت و بدین طریق انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیماران را بیشتر می‌کند.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن جامعه و نمونه آماری این پژوهش به دانشجویان دختر ۱۸ - ۳۰ سال مبتلا به اضطراب فراگیر دانشگاه لرستان اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر دختران مبتلا به اضطراب فراگیر دشوار می‌کند. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش تک جنسیتی بودن نمونه و نبود دوره پیگیری است که تعمیم نتایج پژوهش حاضر را با محدودیت مواجه می‌کند. با توجه به تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر، پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی در درمان مشکلات روان‌شناختی به خصوص اختلال‌های اضطرابی و خلقی و اختلال‌های که با برهم خوردن تنظیم هیجان مرتبط هستند، مد نظر متخصصان و روان‌شناسان بالینی در مراکز درمانی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود این رویکرد درمانی در مدت زمان طولانی‌تر و با تعداد جلسات بیشتری، به منظور اثربخشی بهتر، ارائه شود.

## تشکر و قدردانی

در پایان از مساعدت‌های تمامی عوامل به ویژه مسئولان محترم دانشگاه و تمامی دانشجویان عزیزی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

## منابع

- رحیمیان بوگر، اسحق، کیان ارثی، فرحناز و تبران، فائزه (۱۳۹۲). بررسی رابطه طرحواره هیجانی، اجتناب شناختی - رفتاری و نظام شناختی - عاطفی با اختلال اضطراب منتشر و اختلال وسواس - اجباری، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. ۱۸(۵): ۲۶۷-۲۷۶.
- رضایی، مهدی، قدم‌پور، عزت‌اله، رضایی، مظاهر و کاظمی، رضا (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی (EST) بر اندیشناکی و شدت افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. مجله روانشناسی بالینی، ۴(۲۸): ۴۵-۵۸.
- سلمانی، بهزاد، حسنی، جعفر، محمدخانی، شهرام و کرمی، غلامرضا (۱۳۹۲). ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در باورهای فراشناختی، فرا نگرانی، علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، دو ماهنامه علمی - پژوهشی فیض، ۱۸(۵): ۴۲۸-۴۳۹.
- شریفی، ونداد، اسعدی، سیدمحمد، محمدی، محمدرضا، امینی، همایون، کویانی، حسین، سمنانی، یوسف،... و جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای SCDI بر اساس DSMIV، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۶(۱-۲): ۸-۲۲.
- شیرین‌زاده دستگیری، صمد، گودرزی، محمدعلی، غنی‌زاده، احمد و تقوی، سیدمحمدرضا (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران دچار اختلال وسواس - جبری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۱): ۴۶-۵۵.
- عطایی، شیما، فتی، لادن و احمدی ابهری، سیدعلی (۱۳۹۲). نشخوار ذهنی و اجتناب شناختی - رفتاری در افراد مبتلا به اختلال افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی: مقایسه دو دیدگاه طبقه‌ای و طیفی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۹(۴): ۲۸۳-۲۹۵.
- لی‌هی، رابرت ال، تیرچ، دنیس؛ ناپولیتانو، لیزا (۲۰۱۱). تکنیک‌های تنظیم هیجان در روان درمانی راهنمای کاربردی، ترجمه عبدالرضا منصوری راد (۱۳۹۲)، تهران: ارجمند.
- نادری، یزدان، مرادی، علیرضا، حسنی، جعفر و نوحی، سیما (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ، فصل‌نامه طب جانباز، ۷(۳): ۱۴۷-۱۵۵.



نائینیان، محمدرضا، شعیری، محمدرضا، شریفی، معصومه و هادیان، مهری (۱۳۸۹). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، دو فصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، ۳(۴)، ۴۱-۴۹.

هالچین، ریچاردپی و کراس ویتبورن، سوزان (۲۰۰۳). آسیب شناسی روانی دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی، ترجمه یحیی، سید محمدی (۱۳۸۴)، تهران: روان.

یزدی، سیده منور، درویزه، زهرا و شیخی، زهرا (۱۳۹۴). مقایسه نارسایی‌های شناختی و شیوه‌های مقابله با استرس در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، اختلال اضطراب فراگیر و همبود، فصلنامه مطالعات روانشناختی، ۱۱(۲): ۸-۲۸.

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub.
- Ataie, S., Fata, L. & Ahmadi Abhari, A. (2014). Rumination and Cognitive Behavioral Avoidance in Depressive and Social Anxiety Disorders: Comparison between Dimensional and Categorical Approaches. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4): 283-295 (Text in Persian ).
- Beesdo-Baum, K., Jenjahn, E., Höfler, M., Lueken, U., Becker, E. S. & Hoyer, J. (2012). Avoidance, safety behavior, and reassurance seeking in generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 29(11): 948-957.
- Bilek, E. L. & Ehrenreich-May, J. (2012). An open trial investigation of a transdiagnostic group treatment for children with anxiety and depressive symptoms. *Behavior Therapy*, 43(4):887-897.
- Boogar, I. R., Farahnaz, K. & Tarbaran, F. (2013). Investigating the relationships of emotional schema, cognitive-behavioral avoidance and cognitive-affective system with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Pajoohandeh Journal*, 18(5): 267-276 (Text in Persian ).
- Dumitrescu, A. L., Toma, C. A. R. M. E. N. & Lascu, V. I. O. R. I. C. A. (2010). Evaluation of interrelationship between behavioral inhibition, behavioral activation, avoidance, daily stressors and oral health. *Rom J Intern Med*, 48(3): 281-290.
- Durham, R. C., & Allan, T. (1993). Psychological treatment of generalised anxiety disorder. A review of the clinical significance of results in outcome studies since 1980. *The British Journal of Psychiatry*, 163(1): 19-26.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. American Psychological Association.

- Halgin, P. R. & Whitbourne, S.K. (2003). *Abnormal Psychology: Clinical perspectives on psychological disorders 4 th Ed.* Translation: Seyed Mohammadi. Tehran: Ravan Publicatoin (Text in Persian).
- Jacob, M. L., Morelen, D., Suveg, C., Brown Jacobsen, A. M. & Whiteside, S. P. (2012). Emotional, behavioral, and cognitive factors that differentiate obsessive-compulsive disorder and other anxiety disorders in youth. *Anxiety, Stress & Coping*, 25(2): 229-237.
- Kahl, K. G. Winter, L. & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current opinion in psychiatry*, 25(6): 522-528.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, 9(3): 177-190.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral practice*, 14(1): 36-45.
- Leahy, R. L. (2011). Emotional schema therapy: A bridge over troubled waters. *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*, 109-131.
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Publications.
- Leahy, R. L. (2012) Emotional Schema Therapy: A Bridge Over Troubled Waters. In J.D. Herbert and E.M. Forman (Eds.), *Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies*. New York: John Wiley & Sons.
- Leahy, R. L., Tirsch, D. & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. Guilford Press. Translation: Mansouri Rad. Tehran: arjmand (Text in Persian).
- Lieb, R. Becker, E. & Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4): 445-452.
- Lorian, C. N. & Grisham, J. R. (2011). Clinical implications of risk aversion: An online study of risk-avoidance and treatment utilization in pathological anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 25(6): 840-848.
- McLEOD, B. D. (2006). *Pathological Anxiety: Emotional Processing in Etiology and Treatment*. Edited by BO Rothbaum (Pp. 272; \$32.00; ISBN 1593852231). The Guilford Press: New York.
- Meyer, T. J. Miller, M. L. Metzger, R. L. & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6): 487-495.

- Naderi, Y., Moradi, A. R., Hasani, J. & Noohi, S. (2015). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation Strategies of Combat-Related Post Traumatic Stress Disorder Veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 7(3): 147-155 (Text in Persian ).
- Naeinian, M. R., SHAIRI, M., Sharifi, M. & Hadian, M. (2011). To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) (Text in Persian).
- Newman, M. G. & Llera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clinical psychology review*, 31(3): 371-382.
- Ottenbreit, N. D. & Dobson, K. S. (2004). Avoidance and depression: the construction of the Cognitive-Behavioral Avoidance Scale. *Behaviour research and therapy*, 42(3): 293-313.
- Reinecke, A. Becker, E. S. Hoyer, J. & Rinck, M. (2010). Generalized implicit fear associations in generalized anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 27(3): 252-259.
- Rezaei, M., Ghadampur, M., Rezaei, M. & Kazemi, R. (2016). Effectiveness of Emotional Schema Therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 28 (4): 45-58 (Text in Persian).
- Salmani, B., Hasani, J., Mohammad-Khani, S. & Karami, G. R. (2014). The efficacy of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, metaworry and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder. *KAUMS Journal (FEYZ)*, 18(5): 428-439 (Text in Persian ).
- Sharifi, V., Asadi, S. M., Mohammadi, M. R., AMINI, H., Kaviani, H., Semnani, Y... & Jalali Roodsari, M. (2004). Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID) (Text in Persian)
- Shirinzadeh Dastgiri, S., Gudarzi, M. A., Ghanizadeh, A. & Taghavi, S. M. R. (2008). Comparison of metacognitive and responsibility beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*, 14(1): 46-55(Text in Persian).
- Spitzer, R. L. Kroenke, K., Williams, J. B. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10): 1092-1097.

- Tirch, D. D., Leahy, R. L., Silberstein, L. R. & Melwani, P. S. (2012). Emotional Schemas, Psychological Flexibility, and Anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4): 380-391.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(03):301-320.
- Wells, A., 2009, *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- West, B. & Willner, P. (2011). Magical thinking in obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 39(04): 399-411.
- Yazdi, S. M, Darvizeh, Z. & Sheikhi, Zahra. (2015). A Comparative Study on Cognitive Failures and Coping Strategies in People with Major Depression Disorder (MDD), Generalized Anxiety Disorder (GAD), and Comorbidity, *Journal of psychological studies*, 11(3): 8-28 (Text in Persian ).



Abstracts .....

Psychological Studies  
Faculty of Education and Psychology,  
Alzahra University

Vol.13, No.1  
Spring 2017

---

**The Effectiveness of Emotional Schema  
Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance  
and the Severity of Generalized Anxiety  
Symptoms of Female Students with Generalized  
Anxiety Disorder**

---

Fatemeh Rezaee\*, Mohammad Ali Sepahvandi \*\*& Khadijeh

Mirzaee Haabili\*\*\*

**Abstract**

This study aimed to investigate the effects of emotional schema therapy on cognitive-behavioral avoidance and the severity of generalized anxiety symptoms of female students with anxiety disorder in Lorestan University. This study was semi experimental design, using pretest-post test and control group. The statistical population included all female students with anxiety disorder in Lorestan University in the academic year of 2014-2015. In order to perform this research, a screening procedure was carried out. Firstly, female students completed the Pennsylvania worry questionnaire. Then, from those who scored higher than 47 on this questionnaire, the structured clinical interview based on DSM - IV -TR (SCID) was performed . Among 30 of them who scored higher than 47 on above questionnaire and were meet the required standard criteria for reseach purposes, 20 students were selected and assigned randomly to two groups of 10 each (experimental

---

\* Corresponding author, Assistant professor in psychology, Department of psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

\*\* Assistant professor in psychology, Department of psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

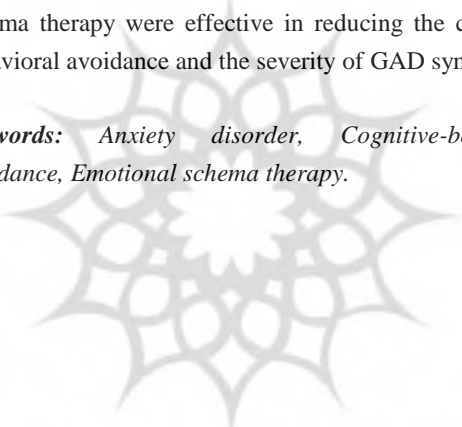
\*\*\*.A. student in psychology, Department of psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Reseived: 2016-10-31 Accepted: 2017-02-27

DOI: 10.22051/psy.2017.12425.1276

and control). The two groups participants answered the cognitive-behavioral avoidance scale (CBAS) and generalized anxiety disorder (GAD-7) questionnaires before and after treatment sessions. The experimental group participated in 9 sessions of 90 minutes of group therapy based on emotional schema therapy. The results of covariance analysis (ANCOVA) showed that emotional schema therapy significantly reduced cognitive-behavioral avoidance and the severity of generalized anxiety disorder symptoms on the university female students with generalized anxiety disorder at the post-test stage. Generally, the results of this study showed that emotional schema therapy were effective in reducing the cognitive-behavioral avoidance and the severity of GAD symptoms.

**Keywords:** *Anxiety disorder, Cognitive-behavioral avoidance, Emotional schema therapy.*



پروفیشنل گاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی