



امام زمانی، زهرا؛ مشهدی، علی؛ سپهری شاملو، زهره (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر.

DOI: 10.22067/ijap.v9i1.69238

پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره، ۹ (۱)، ۲۴-۵.

## اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

زهرا امام زمانی<sup>۱</sup>، علی مشهدی<sup>۲</sup>، زهره سپهری شاملو<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۹۶/۹/۱۶ تاریخ پذیرش: ۹۷/۳/۷

### چکیده

**هدف:** بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

**روش:** این پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، همه ی زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بودند که به کلینیک روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کردند. با روش نمونه گیری در دسترس و به صورت هدفمند، ۲۰ نفر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID) و معیارهای ورود انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش، در طی ۱۰ جلسه، طرحواره درمانی هیجانی گروهی را دریافت کرده و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پیش از انجام درمان و پس از آن، اعضای دو گروه به مقیاس طرحواره های هیجانی لیهی و پرسشنامه اضطراب بک پاسخ دادند. برای تحلیل داده ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی گروهی باعث کاهش معنادار در نمرات اضطراب، افزایش معنادار کاربرد همه طرحواره های هیجانی سازگار و کاهش معنادار کاربرد طرحواره های هیجانی ناسازگار احساس گناه، ساده انگاری، خرد گرایی، دوام، سرزنش و نشخوار فکری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد.

**واژه های کلیدی:** اختلال اضطراب فراگیر، طرحواره درمانی هیجانی، اضطراب، طرحواره های هیجانی.

۱. کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، zahra\_emamzamani@yahoo.com

۲. دانشیار، گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول)، mashhadi@um.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

## مقدمه

موضوع شناسایی و نظم‌جویی اضطراب<sup>۱</sup> و مولفه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی آن بخش عمده‌ای از ظرفیت‌های حوزه سلامت روان را به خود اختصاص داده است. تعداد زیادی از پژوهش‌های روان‌شناختی در طی سال‌ها به بررسی اضطراب پرداخته‌اند و در نتیجه الگوهایی برای شناسایی، تبیین و نظم‌جویی اضطراب پیشنهاد شده است که هر کدام به برخی از جنبه‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیکی این پدیده بیشتر پرداخته‌اند. اضطراب همواره هم به عنوان یک پدیده ی غیربالینی و هم به عنوان یک پدیده بالینی مورد توجه متخصصان بالینی بوده است. این پدیده در حالت بالینی خود ویژگی اصلی گروهی از اختلال‌ها تحت عنوان اختلال‌های اضطرابی<sup>۲</sup> می‌باشد. گفته می‌شود بخش عظیمی از ساختار عاملی طبقه‌بندی تشخیصی اختلال‌های روانی را عاملی تحت عنوان عاطفه‌مندی منفی تشکیل می‌دهد. این عامل، همپوشانی زیادی با مولفه‌های اصلی اختلال اضطراب فراگیر دارد. همبودی این اختلال با سایر اختلال‌ها، بیشتر قاعده محسوب می‌شود تا استثنا. همچنین خود اختلال اضطرابی به تنهایی به دلیل باری که به فرد و جامعه تحمیل می‌کند، همواره مورد توجه سیاست‌گذاران و متولیان نظام سلامت، روان‌آسیب‌شناسان و روان‌درمانگران بوده است (Dugas & Robichaud, 2007).

پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM 5)<sup>۳</sup>، اختلال اضطراب فراگیر را اضطراب و نگرانی<sup>۴</sup> شدید در مورد چندین رویداد یا فعالیت تعریف می‌کند که در اکثر روزها، در ضمن حداقل ۶ ماه دوام داشته باشد. این نگرانی مفرط، حیطه‌های مختلفی از زندگی فرد را در بر گرفته و کنترل آن نیز مشکل است و علائم جسمانی نظیر تنش عضلانی، تحریک‌پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری با آن همراه است. متوسط سن شروع این اختلال ۳۰ سالگی می‌باشد؛ با این حال، سن شروع دامنه‌ی گسترده‌ای دارد. همچنین متوسط سن شروع این اختلال از سایر اختلال‌های اضطرابی دیرتر می‌باشد. میزان شیوع یکساله این اختلال ۰/۴ تا ۳/۶ درصد و شیوع طول عمر ۹ درصد تخمین زده شده است (American Psychiatric Association, 2013).

در رابطه با اختلال‌های اضطرابی بیشتر مفهوم‌پردازی‌ها از الگوی شناختی رفتاری<sup>۵</sup> نشأت می‌گیرند (Mennin, 2004). با وجود شواهد بسیاری برای کارآمدی درمان شناختی رفتاری برای اختلال‌های اضطرابی، اما از آن‌جا که این درمان به مواجهه مستقیم همراه با پیشگیری از پاسخ در رابطه با رفتار برانگیزاننده اضطراب نیاز دارد، بیماران ممکن است به درمان ادامه ندهند یا از مواجهه مستقیم امتناع ورزند. در واقع مواجهه

1. Anxiety
2. Anxiety Disorder
3. Diagnostic and Statistical Annual of Mental Disorders
4. Worry
5. Cognitive Behavioral Model

موثر، فعال‌سازی ترس را ایجاد می‌کند و اختلال‌های اضطرابی با ترس از پیامدهای اضطراب یا حس‌های فرد مشخص می‌شوند (Leahy, 2007a). به عبارت دیگر هنگامی که هیجان‌ها برانگیخته شده و به آن درجه از شدت می‌رسند که در دسرساز می‌شوند، ممکن است بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی<sup>۱</sup> و تکنیک‌های رفتاری مانند مواجهه دشوار شده و آشفته‌گی افزایش یابد. (Leahy, Tirsch & Napolitano, 2001)

به علاوه گرچه نتایج برخی از پژوهش‌های فراتحلیل، مانند فراتحلیل (Mitt, 2005) نشان داده است که رفتار درمانی شناختی را می‌توان به عنوان درمان انتخابی اختلال اضطراب فراگیر در نظر گرفت، اما در مطالعات پیگیری به طور خوش‌بینانه تنها ۵۰ درصد از بیماران مبتلا به این اختلال به بهبود بالینی معناداری دست یافته‌اند (Arntz, 2003). (Borkovec, Newman & Castonguay, 2003) با جمع‌بندی پژوهش‌های شناختی رفتاری در زمینه اختلال اضطراب فراگیر، به این نتیجه رسیدند که برای افزایش کارایی درمان‌های شناختی رفتاری باید به مولفه‌های هیجانی و بین‌فردی این افراد بیشتر توجه شود.

بنابراین، پژوهش‌ها نتایج درمانی ناامیدکننده را به دلیل فقدان الگوی خاصی برای این اختلال می‌دانند که بتواند غیرقابل کنترل بودن اضطراب و نگرانی را مدنظر قرار دهند، و در انتها می‌توان چنین ادعا نمود که روند رو به رشد در ابداع مداخله‌های جدید این است که الگوی درمانی بر مبنای سازوکاری بنا شود که از پردازش هیجان‌های طبیعی جلوگیری به عمل می‌آوردند (Wells, 1995). بنابراین در سال‌های اخیر توجه روزافزونی نسبت به نقش پردازش هیجانی در اختلال‌ها معطوف شده است. امروزه روان‌شناسان دریافته‌اند که برخی بیماران به دلیل مستاصل شدن از هیجان‌های خود و بی‌اطلاعی از چگونگی نظم‌جویی آنها به شیوه‌های ناسازگارانه از جمله سوء مصرف مواد مخدر، پرخوری، نشخوار فکری و نگرانی متوسل می‌شوند (Leahy & et al., 2001). امروزه علاوه بر الگوهای التقاطی، بسیاری از نظریه‌های شناختی نیز به نقش پررنگ هیجان‌ها در تحول و تداوم اختلال‌های روان‌شناختی پی برده‌اند، طوری که بسیاری از آنها، هیجان را هم‌تراز با شناخت در ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی می‌دانند و به سمت الگوهای شناختی هیجانی حرکت کرده‌اند (Khanzadeh, edrisi, Mohamadkhani & saedian, 2013).

- 
1. Cognitive Techniques
  2. Emotional Processing

یکی از این نظریه‌ها، طرح‌واره‌درمانی هیجانی<sup>۱</sup> می‌باشد که شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است و Leahy این رویکرد درمانی را با اقتباس از نظریه شناختی Beck، طرح‌واره‌درمانی<sup>۲</sup> Young، الگوی فراشناختی Wells و رویکردهای مبتنی بر پذیرش<sup>۳</sup> برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (Leahy, 2002).

در این الگو، افراد از نظر تفسیری که از تجربه‌ی هیجانی خود به عمل می‌آورند، با یکدیگر تفاوت داشته و تفاوت‌های موجود بین افراد از نظر تفاسیر، ارزیابی‌ها، میل به اقدام و راهبردهای رفتاری مربوط به هیجان‌های آنان، طرح‌واره‌های هیجانی<sup>۴</sup> نامیده می‌شود. همچنین، تغییرات این تفاسیر (تفسیر خود فرد و دیگران) باعث تغییر در شدت و نارسانظم‌جویی هیجانی می‌شود. افراد بر اساس طرح‌واره‌های هیجانی خود ممکن است از طریق اجتناب تجربی (مانند سرکوب، کرخی، اجتناب و گریز)، راهبردهای شناختی بی‌فایده (مانند نگرانی و نشخوار فکری)، جستجوی حمایت اجتماعی (خواه راهبردهای اعتباریابی سازگارانه و خواه ناسازگارانه) بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند. اهداف این درمان، شناسایی باورهای دردسرساز و طرح‌واره‌های هیجانی که بیمار برای تفسیر و اقدام درباره‌ی هیجان از آنها استفاده می‌کند و ایجاد باورها و راهبردهای جدید، انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه درباره‌ی تجربه‌ی هیجانی فرد می‌باشد (Leahy & et al., 2001).

بسیاری از پژوهش‌ها نشان می‌دهند که طرح‌واره‌های هیجانی با اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوء‌مصرف الکل، ناسازگاری‌های زناشویی و اختلال‌های شخصیت<sup>۵</sup> در ارتباط هستند (Leahy, 2002). در رابطه با اضطراب، افسردگی و سایر اختلال‌های روان‌شناختی، حمایت تجربی از طرح‌واره‌درمانی هیجانی وجود دارد (Leahy, 2015). در پژوهشی در حیطه اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر اختلال اضطراب فراگیر نتایج نشان داد، طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر کاهش نگرانی، علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به این اختلال موثر است (Khaleghi, Mohammadkhani & Hasani, 2016).

نتایج پژوهش موردی Leahy درباره‌ی تاثیر طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر بیمار وسواسی مقاوم به درمان نشان داد این درمان منجر به رفع چک کردن، پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی، خوش‌آمدگویی به هیجان‌ها و ایجاد اعتقاد به گذرا بودن آنها شده است (Leahy, 2007). نتایج پژوهشی دیگر حاکی از اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی در کاهش کاربرد طرح‌واره‌های هیجانی ناکارآمد و افزایش کاربرد طرح‌واره‌های هیجانی کارآمد بود (Rezaee, 2016). در پژوهش بررسی تاثیر طرح‌واره‌درمانی هیجانی بر طرح‌واره‌های

- 
1. Emotional Schema Therapy
  2. Schema Therapy
  3. Acceptance Based Theories
  4. Emotional Schemas
  5. Personality Disorders

هیجانی زنان قربانی کودک آزاری و غفلت، نتایج نشان داد طرحواره درمانی هیجانی منجر به کاهش طرحواره‌های هیجانی احساس گناه، ساده‌انگاری هیجانی، افزایش پذیرش هیجان‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. این تاثیرگذاری بر افزایش همگانی بودن هیجان‌ها در مرحله پس‌آزمون و افزایش اعتباربخشی هیجانی و درک هیجانی هم در مرحله پیگیری به تایید رسید (Daneshmandi, Izadikhah, Kazemi, & Mehrabi, 2014). در پژوهش دیگری در زمینه اختلال استرس پس از سانحه، نتایج نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی موجب اصلاح طرحواره‌های هیجانی شد (Naderi, Moradi, Hasani, & Noohi, 2015). در نهایت، در پژوهشی دیگر که در زمینه بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اختلال اضطراب فراگیر انجام شده بود، نتایج حاکی از کاهش اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های این اختلال در اثر طرحواره درمانی هیجانی بود (Rezaee, Sepahvandi & Mirzaee Habili, 2017).

علاوه بر این در پژوهش (Sobhi-Gharamaleki, Porzoor, Aghajani & Narimani, 2015)، با هدف بررسی اثربخشی آموزش متمرکز بر نظم‌جویی هیجان (که از نظر محتوای درمان با طرحواره درمانی هیجانی اشتراکاتی دارد) بر کاهش نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی دانشجویان، نتایج نشان داد که آموزش نظم‌جویی هیجان نشانه‌های استرس، اضطراب و افسردگی را به طور معناداری کاهش می‌دهد. نتایج پژوهشی دیگر با هدف بررسی تاثیر درمان نظم‌جویی هیجانی بر اختلال اضطراب فراگیر حاکی از اثربخشی این درمان در بهبود نشانه‌ها، عملکرد و جنبه‌های کیفی بیمار بود (Mennin, 2004). همچنین نتایج یک متاآنالیز نشان داد که استفاده از راهبردهای نظم‌جویی هیجان با علائم افسردگی و اضطراب ارتباط دارد؛ بدین صورت که راهبردهای نظم‌جویی هیجان سازگارانه (ارزیابی مجدد شناختی، حل مساله و پذیرش) با علائم افسردگی و اضطراب رابطه معکوس و راهبردهای نظم‌جویی هیجانی ناسازگارانه (اجتناب، سرکوب و نشخوار فکری) با این علائم رابطه مستقیم دارند (Naumann & et al., 2017). در نهایت در پژوهشی که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و ترکیبی از این الگوی درمانی سنتی به همراه آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجان بر بیماران روان‌شناختی پرداخته شده بود، نتایج نشان داد آموزش مهارت‌های نظم‌جویی هیجان، نقش تعیین کننده‌ای در سلامت روان و پیامدهای درمان داشته و آثار درمانی رویکرد شناختی رفتاری را ارتقا می‌بخشد (Berking & et al., 2008).

در مجموع با توجه به نکاتی مانند اینکه (۱) نتایج درمان شناختی رفتاری برای درمان اختلال‌های اضطرابی از حد ایده آل کمتر بوده اند، (۲) طرحواره درمانی هیجانی با تمرکز بر هیجان و باورهای هیجانی مفهوم پردازی جدیدی از اختلال‌های هیجانی ارائه داده است و (۳) در رابطه با اثربخشی این درمان بر اختلال

اضطراب فراگیر پژوهش‌های اندکی صورت پذیرفته، این پژوهش به بررسی اثر بخشی این درمان بر اضطراب و طحوااره های هیجانی موجود در این اختلال پرداخته است. سوال این پژوهش این بود: آیا این شیوه درمانی منجر به افزایش کاربرد طحوااره های هیجانی سازگار و کاهش کاربرد طحوااره های هیجانی ناسازگار و کاهش اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می شود یا خیر؟

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی<sup>۱</sup> بود و با در نظر گرفتن دو گروه آزمایش و کنترل و با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل همه زنان ۲۰ تا ۳۵ ساله مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که در شهریور و مهر ماه ۱۳۹۵ به کلینیک مشاوره و روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد مراجعه کردند. از این میان، ۲۰ نفر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID)، معیارهای ورود و با شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس و به صورت داوطلبانه انتخاب شدند. معیارهای ورود به این پژوهش شامل ابتلا به اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID)، داشتن جنسیت زن، دارا بودن سن ۲۰ تا ۳۵ سال، برخورداری از حداقل تحصیلات: دیپلم، عدم سوء مصرف مواد مخدر و الکل و عدم ابتلا به افسردگی درمان نشده شدید بر اساس مصاحبه بالینی (افراد مبتلا به افسردگی در صورتی می‌توانند در پژوهش شرکت کنند که برای اختلال خلقی تحت نظر یک درمانگر دیگر باشند که وی اجازه‌ی ورود به گروه را به آنها داده باشد)، بود. سپس افراد انتخاب شده، به طور تصادفی به دو گروه جهت تشکیل گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند.

### ابزار پژوهش

**مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID):** به منظور سنجش اختلال اضطراب فراگیر در شرکت کنندگان، از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV (SCID) استفاده شد که یک مصاحبه بالینی نیمه‌ساخت یافته برای DSM-IV (SCID) است که توسط First و همکارانش در سال ۱۹۹۷ ساخته شده است (First, Spitzer, Gibbson & Williams, 2010). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که این مصاحبه بالینی دارای ویژگی‌های روانسنجی قابل قبولی است (Dugas & Robichaud, 2007). در ایران نیز در پژوهشی، توافق تشخیصی برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی را متوسط تا خوب گزارش کرده (کاپای بالاتر از

1. Quasi-Experimental  
2. Structured Clinical Interview for DSM-IV

۰/۶۰)، توافق کلی (کاپای مجموع) برای تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود و همچنین اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این مصاحبه را مطلوب گزارش کردند (Sharifi & et al., 2004).

**مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی<sup>۱</sup>:** برای سنجش طرحواره‌های هیجانی از مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی استفاده شد که Leahy برای شفاف‌سازی باورها و راهبردهای افراد در مقابل هیجان‌ها و طرحواره‌های هیجانی این مقیاس را طراحی و تدوین کرده است (Leahy, 2002). این مقیاس، نوعی مقیاس خودسنجی ۵۰ سوالی است که ارزیابی طرحواره‌های هیجانی را در ۱۴ بعد اعتباریابی<sup>۲</sup>، قابل فهم بودن<sup>۳</sup>، احساس گناه<sup>۴</sup>، ساده‌انگاری<sup>۵</sup>، ارزش‌های برتر<sup>۶</sup>، کنترل<sup>۷</sup>، کرحی<sup>۸</sup>، نیاز به خردگرا بودن<sup>۹</sup>، دوام<sup>۱۰</sup>، اتفاق نظر<sup>۱۱</sup>، پذیرش<sup>۱۲</sup> احساس‌ها، نشخوار فکری<sup>۱۳</sup>، ابراز<sup>۱۴</sup> و سرزنش<sup>۱۵</sup> امکان پذیر می‌سازد. هر آیتم این مقیاس خودسنجی در یک مقیاس ۶ درجه‌ای از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۶ (کاملاً درست) نمره گذاری می‌شود. هر بعد شامل ۲ تا ۷ آیتم می‌باشد. در مطالعه‌ای بر روی ۱۲۸۶ شرکت‌کننده، آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۰ بوده است، به عبارتی این آزمون از ثبات درونی کافی برخوردار است. در مطالعه‌ای دیگر، نتایج نشان داد از ۱۴ بعد طرحواره هیجانی، ۱۲ مورد همراهی قابل توجه با پرسشنامه افسردگی بک II<sup>۱۶</sup> و پرسشنامه اضطراب بک دارند (Leahy, 2015). در ایران نیز در پژوهشی ساختار عاملی و ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار گرفته است. اعتبار این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است (Khanzadeh & et al., 2013).

1. Leahy Emotional Schema Scale (LESS)
2. Validation
3. Comprehensibility
4. Guilt
5. Simplicity
6. Higher Values
7. Control
8. Numbness
9. Rationality
10. Duration
11. Consensus
12. Acceptance
13. Rumination
14. Expression
15. Blame
16. The Beck Depression Inventory (BDI-II)

**پرسشنامه اضطراب بک:** Beck و همکارانش این پرسشنامه را که از ۲۱ آیتم تشکیل می‌شود و علایم شایع اضطراب را در برمی‌گیرد، در سال ۱۹۹۱ معرفی کردند. هر آیتم این پرسشنامه در یک مقیاس ۴ درجه ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. آنها در مطالعه ای که بر روی ۱۶۰ نفر بیمار انجام دادند، ثبات درونی (آلفای کرونباخ = ۰/۹۲) و اعتبار آزمون - بازآزمون برابر با ۰/۷۵ بدست آمد (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988). در مطالعه ای دیگر نیز داده‌های به دست آمده، کاربردپذیری و روایی و اعتبار این پرسشنامه را مورد تایید قرار داد (Osman, Kopper, Barrios, Osman & Wade, 1997). برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران، پژوهشی تحت عنوان ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه اضطراب Beck در طبقات سنی و جنسی انجام شد. یافته‌های این پژوهش نشان داد این پرسشنامه دارای روایی (r=۰/۷۲)، اعتبار (r=۰/۸۳) و ثبات درونی (آلفای کرونباخ = ۰/۹۲) مناسبی می‌باشد (Kaviani & Mousavi, 2008).

### اجرای پژوهش

در ابتدا در هر دو گروه آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌ها اجرا شد. سپس طرحواره درمانی هیجانی طی ۱۰ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا گردید ولی گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفته و مداخله ای دریافت نکرد. در این پژوهش، پس از خاتمه درمان نیز اعضای دو گروه به پرسشنامه‌ها مجدداً پاسخ دادند و داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برنامه درمانی پژوهش حاضر، بر اساس پروتکل طرحواره درمانی هیجانی برگرفته از کتاب طرحواره درمانی هیجانی (Leahy (2015)، تنظیم شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی

جلسه اول	معرفی، بیان قوانین گروه، توضیح اعضا درباره اهداف شرکت در گروه و نگرانی‌های خود. اعتبار دادن به هیجان‌ها. آموزش روانی درباره اختلال اضطراب فراگیر. تکلیف: تکمیل برگه هدف و انتظارات خود از درمان.
جلسه دوم	اعتبار دادن به هیجان‌ها. آموزش روانی درباره هیجان، تمایز آن با فکر و رفتار و طرحواره‌درمانی هیجانی و منطق آن. مطرح کردن کارکرد هیجان‌ها و سیر تکاملی آنها. تعریف طرحواره‌های



هیجانی و بیان تاثیر آنها بر باورها و رفتارهای افراد. توضیح نقش طرحواره ها در اضطراب افراد با ذکر مثال. تکلیف: تکمیل برگه افتراق فکر و رفتار از هیجان.	
عادی سازی هیجان. اعتبار دادن. آموزش تکنیک آرمیدگی عضلانی. تمرین درباره گذرا بودن هیجان. تکلیف: تمرین مزایا و معایب این فکر که هیجان ها غیرعادی هستند. انجام تمرین آرمیدگی عضلانی	جلسه سوم
اعتبار دادن. تعریف صحیح پذیرش و اثرات آن، توضیح درباره پذیرش هیجان به خصوص اضطراب. استفاده از تمثیل مهمان برای پذیرش اضطراب و تکنیک سوار شدن بر موج اضطراب. تکلیف: انجام تمرین های پذیرش هیجان. مزایا و معایب پذیرش هیجان.	جلسه چهارم
اعتبار دادن. چالش با باورهایی درباره احساس های مختلط. انجام تمرین درباره احساس های مختلط. آموزش ذهن آگاهی. تکلیف: مزایا و معایب پذیرش احساس های مختلط. انجام تمرین ذهن آگاهی.	جلسه پنجم
اعتبار دادن. چالش با باورهای نادرست درباره هیجان و آموزش تکنیک و کیل مدافع برای به چالش کشیدن آنها (کنترل و نشخوار فکری). تکلیف: بررسی سود و زیان، تکنیک بررسی شواهد.	جلسه ششم
چالش با باورهای نادرست هیجان و انجام تکنیک بررسی شواهد (خردگرایی). تشویق اعضا به بیان مثال هایی درباره مفید بودن استفاده از هیجان در کنار منطقی برای تصمیم گیری ها. بررسی شواهد برای تاثیر هیجان در تصمیم گیری ها. تکلیف: مزایا و معایب استفاده صحیح از هیجان ها در تصمیم گیری، انجام تکنیک و کیل مدافع.	جلسه هفتم
بررسی سبک های دردرساز اعتبارزدایی. انجام تکنیک اعتبار بخشیدن به هیجان های خود. آموزش نحوه صحیح دریافت اعتبار از سایرین. انجام تکنیک ذهن آگاهی دلسوزانه. تکلیف: انجام ذهن آگاهی دلسوزانه. تکنیک اعتباربخشی به خود. بیان عبارات کمک کننده برای دریافت اعتبار.	جلسه هشتم
چالش با باورهای نادرست درباره هیجان (احساس گناه و ارزش های برتر). انجام تکنیک بالا رفتن از نردبان ارزش ها، تمثیل مثبت و منفی. انجام تکنیک بررسی شواهد برای به چالش کشیدن احساس گناه درباره هیجان. تکلیف: تهیه لیست ارزش های خود. انجام تمرین های بالا رفتن از نردبان ارزش ها، تمثیل مثبت و منفی.	جلسه نهم
کمک به تحکیم وضعیت آموخته های جدید از طریق صحبت درباره موانع و پسرقت ها. صحبت درباره موانع ادامه یافتن تمرین ها پس از پایان درمان و یافتن راه حل هایی برای رفع موانع بحث درباره روش هایی که به تداوم نتایج کمک می کنند. مرور هدف ها و میزان دستیابی به آنها. صحبت درباره پایان درمان و ابزار احساس ها درباره آن. اجرای مجدد آزمون ها	جلسه دهم

## یافته‌ها

همانطور که پیش‌تر نیز گفته شد، نمونه شامل ۲۰ نفر بود که به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. داده‌های به دست آمده از نمرات این پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل می‌شود. در سطح توصیفی از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار و در سطح استنباطی از روش تحلیل کوواریانس توسط نرم افزار آماری SPSS21 استفاده شد.

در ابتدا اطلاعات توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار مربوط به اضطراب به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول ۲ ارائه می‌شود.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیر اضطراب به تفکیک گروه و مرحله آزمون

گروه				مرحله	متغیر
گروه کنترل	گروه آزمایش	میانگین	انحراف معیار		
۱۱/۲۷	۱۶/۸	۸/۴۵	۲۱/۹	پیش آزمون	اضطراب
۱۰/۴۹	۱۷/۵	۷/۷۵	۱۳/۸	پس آزمون	

پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در نمره‌های اضطراب، پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنوف نشان داد که برای اضطراب، این آزمون معنادار نبود ( $P > 0/05$ ). معنادار نبودن این آزمون نشان می‌دهد که داده‌ها توزیع نرمال دارند. نتایج آزمون لوین برای بررسی فرض همگنی واریانس‌ها نیز معنادار نبود (پیش آزمون:  $F=1/31, P=0/59$ ) و (پس آزمون:  $F=0/8, P=0/53$ ). معنادار نبودن این مفروضه به معنای برقراری آن می‌باشد. در نهایت، مفروضه ی سوم همگنی شیب رگرسیون‌ها است که آن نیز رعایت شده بود (نگرانی پس آزمون:  $F=1/09, P=0/31$ ). بنابراین بر اساس رعایت هر سه مفروضه، امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد. بنابراین برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. در این تحلیل، گروه آزمایش به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات شرکت کنندگان در آزمون اضطراب در مرحله پیش آزمون، به عنوان متغیر همپراش و نمرات شرکت کنندگان در آزمون اضطراب در مرحله پس آزمون، به عنوان متغیر وابسته وارد این الگو شدند.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه گروه آزمایش و کنترل در آزمون اضطراب

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب	پیش آزمون	۱۳۳۲/۳۴	۱	۱۳۳۲/۳۴	۱۱۳/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	گروه	۳۰۶/۱۱	۱	۳۰۶/۱۱	۲۶/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶
(پس آزمون)	خطا	۱۹۹/۷۵	۱۷	۱۱/۷۵			
	کل	۶۴۹۹	۲۰				

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، میان اضطراب شرکت کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل، تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین این درمان بر کاهش اضطراب اعضای گروه آزمایش تاثیر معنادار داشته است ( $F=۲۶/۰۵$ ،  $P=۰/۰۰۱$ ).

در جدول ۴ نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار به دست آمده از ابعاد طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار به تفکیک پیش آزمون، پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در ابعاد طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار آمده است.

جدول ۴: میانگین و انحراف معیار به دست آمده از ابعاد طرحواره های هیجانی سازگار و ناسازگار

متغیر	مرحله	طرحواره های سازگار		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	
اعتباریابی	پیش آزمون	۹/۱	۲/۱۳	۸/۹
	پس آزمون	۱۱/۷	۲/۶۲	۸/۴
قابل فهم بودن	پیش آزمون	۱۴/۱	۴/۱۷	۱۸/۴
	پس آزمون	۲۰/۱	۳/۰۳	۱۷/۷
ارزش های برتر	پیش آزمون	۱۲/۴	۳/۰۹	۱۲/۳
	پس آزمون	۱۵/۱	۱/۶۶	۱۱/۹
کنترل	پیش آزمون	۸/۳	۳/۴	۱۱/۳
	پس آزمون	۱۳/۸	۳/۸۲	۱۰/۸
اتفاق نظر	پیش آزمون	۱۱/۴	۳/۲۷	۱۳/۱
	پس آزمون	۱۶/۵	۴/۳۷	۱۲/۶

۵/۵۷	۲۵	۵/۹۸	۲۲/۳	پیش آزمون	پذیرش
۵/۳۳	۲۴/۶	۵/۴	۳۲/۱	پس آزمون	
۲/۷۱	۷/۳	۱/۸۵	۷/۱	پیش آزمون	ابراز
۲/۵۱	۶/۹	۱/۶۶	۹/۱	پس آزمون	
<b>طرحواره‌های ناسازگار</b>					
<b>گروه کنترل</b>		<b>گروه آزمایش</b>		<b>مرحله</b>	<b>متغیر</b>
انحراف معیار		انحراف معیار			
میانگین		میانگین			
۳/۸۱	۱۴/۱	۴/۴۸	۱۴/۹	پیش آزمون	احساس گناه
۳/۴۵	۱۴/۸	۳/۹۲	۱۰/۱	پس آزمون	
۴/۳۷	۱۷/۴	۳/۰۲	۲۱/۶	پیش آزمون	ساده انگاری
۳/۸۴	۱۷/۹	۴/۸۳	۱۴/۵	پس آزمون	
۲/۰۲	۳/۹	۳/۱۲	۶	پیش آزمون	کرخی
۱/۹۴	۳/۴	۲/۴	۵/۳	پس آزمون	
۲	۱۴	۳/۰۲	۱۳/۵	پیش آزمون	خردگرایی
۱/۶۴	۱۴/۴	۳/۵۲	۱۰/۲	پس آزمون	
۲/۷۴	۶/۸	۳/۱۵	۷/۲	پیش آزمون	دوام
۲/۶۲	۷/۳	۲/۳۱	۴/۴	پس آزمون	
۳/۷۵	۱۹/۹	۳/۰۴	۲۰/۲	پیش آزمون	نشخوارفکری
۳/۳	۲۰/۴	۲/۱	۱۵	پس آزمون	
۲/۸۹	۸/۲	۲/۷	۹	پیش آزمون	سرزنش
۲/۶۷	۸/۶	۲/۴۹	۶/۷	پس آزمون	

پیش از انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرض‌های این آزمون مورد بررسی قرار گرفتند. پیش فرض اول، نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته است که از طریق آزمون کالموگروف اسمیرنوف بررسی شد. نتایج نشان داد که برای هر دو گروه طرحواره‌های هیجانی، این آزمون معنادار نبود ( $P > 0/05$ ). نتایج آزمون باکس نیز برای بررسی پیش فرض همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از نظر آماری معنادار نبود (طرحواره‌های هیجانی سازگار  $F=0/67$ ;  $P=0/9$ ) و (طرحواره‌های هیجانی ناسازگار  $F=1/02$ ;  $P=0/42$ ). معنادار نبودن این آزمون به معنای برقراری این مفروضه می باشد. در نتیجه به دلیل برقراری پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، انجام این آزمون امکان پذیر است. در تحلیل مربوط به طرحواره‌های هیجانی سازگار و تحلیل مربوط به طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، گروه آزمایش

و گروه کنترل به عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات طرحواره‌های هیجانی سازگار و نمرات طرحواره‌های هیجانی ناسازگار شرکت کنندگان در مرحله پیش‌آزمون، به عنوان متغیر هم‌پراش و نمرات طرحواره‌های هیجانی سازگار و نمرات طرحواره‌های هیجانی ناسازگار شرکت کنندگان در مرحله پس‌آزمون، به عنوان متغیر وابسته وارد الگو شدند. همچنین لازم به ذکر است که به دلیل برقراری پیش فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس برای هر دو گروه طرحواره، از آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی معناداری اثرهای چند متغیری استفاده شد.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان می‌دهد با کنترل اثرات نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی از ترکیب خطی نمرات پس‌آزمون ابعاد طرحواره‌های هیجانی سازگار به عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ( $\lambda = 0.07$  لامبدا ویلکز،  $P = 0.01$ ،  $F_{(7,5)} = 8.84$ ) و همچنین در رابطه با طرحواره‌های هیجانی ناسازگار با کنترل اثرات نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر جدیدی از ترکیب خطی نمرات پس‌آزمون ابعاد طرحواره‌های هیجانی ناسازگار به عنوان متغیرهای وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد ( $\lambda = 0.04$  لامبدا ویلکز،  $P = 0.005$ ،  $F_{(7,5)} = 13.75$ ).

جدول ۵: نتایج آزمون‌های اثرات بین شرکت کنندگان جهت مقایسه ابعاد طرحواره‌های هیجانی سازگار و ناسازگار در دو گروه آزمایش و کنترل

طرحواره‌های سازگار							
متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اعتبار	پس‌آزمون	۲۶/۳۸	۱	۲۶/۳۸	۱۰/۰۳	۰/۰۱	۰/۴۷
قابل فهم بودن	پس‌آزمون	۵۲/۲۶	۱	۵۲/۲۶	۶/۰۳	۰/۰۳	۰/۳۵
ارزش‌های برتر	پس‌آزمون	۱۱/۹	۱	۱۱/۹	۶/۷۲	۰/۰۲	۰/۳۷
کنترل	پس‌آزمون	۶۲/۲	۱	۶۲/۲	۱۱/۲۹	۰/۰۱	۰/۵
اتفاق نظر	پس‌آزمون	۵۳/۶۲	۱	۵۳/۶۲	۷/۹۵	۰/۰۱	۰/۴۲
پذیرش	پس‌آزمون	۲۳۵/۰۴	۱	۲۳۵/۰۴	۲۰/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵
ابراز	پس‌آزمون	۸/۶۸	۱	۸/۶۸	۵/۶۸	۰/۰۳	۰/۳۴
طرحواره‌های ناسازگار							
متغیر	مرحله	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر

۰/۶۷	۰/۰۰۱	۲۲/۵	۱۲۶/۷۴	۱	۱۲۶/۷۴	پس آزمون	احساس گناه
۰/۴	۰/۰۲	۷/۴۳	۱۲۷/۳۱	۱	۱۲۷/۳۱	پس آزمون	ساده انگاری
۰/۰۲	۰/۵۸	۰/۳۱	۰/۲۷	۱	۰/۲۷	پس آزمون	کرخی
۰/۴۶	۰/۰۱	۹/۴۱	۸۱/۴۶	۱	۸۱/۴۶	پس آزمون	خردگرایی
۰/۴۷	۰/۰۱	۹/۷۵	۲۵/۷۹	۱	۲۵/۷۹	پس آزمون	دوام
۰/۸۳	۰/۰۰۱	۵۵/۸۴	۱۰۶/۷۴	۱	۱۰۶/۷۴	پس آزمون	نشخوارفکری
۰/۵۱	۰/۰۰۶	۱۱/۷۷	۳۳/۱۵	۱	۳۳/۱۵	پس آزمون	سرزنش

جدول ۵، معناداری هر یک از تحلیل واریانس‌های تک متغیری را که در مورد متغیرهای وابسته به طور جداگانه انجام گرفته است، نشان می‌دهد. نتایج آزمون اثرات بین شرکت کنندگان در جدول ۵، نشان می‌دهد که در رابطه با طرحواره‌های هیجانی سازگار میان شرکت کنندگان گروه آزمایش و گروه کنترل در نمره اعتبار ( $F=10/03, P=0/01$ )، قابل فهم بودن ( $F=6/03, P=0/03$ )، ارزش‌های برتر ( $P=0/02$ )،  $F=6/72$ )، کنترل ( $F=11/29, P=0/01$ )، اتفاق نظر ( $F=7/95, P=0/01$ )، پذیرش ( $F=20/7, P=0/001$ ) و ابراز ( $F=5/68, P=0/03$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین در رابطه با طرحواره‌های هیجانی ناسازگار، احساس گناه ( $F=22/5, P=0/001$ )، ساده انگاری ( $F=7/43, P=0/02$ )، خردگرایی ( $F=9/41, P=0/01$ )، دوام ( $F=9/75, P=0/01$ )، نشخوار فکری ( $F=55/84, P=0/001$ ) و سرزنش ( $F=11/77, P=0/006$ ) تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین به دلیل بزرگتر بودن سطح معناداری متغیر کرخی از ۰/۰۵، میان شرکت کنندگان هر گروه آزمایش و کنترل در نمره کرخی ( $F=0/31, P=0/58$ )، تفاوت معنادار وجود ندارد.

## نتیجه

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. بر اساس یافته‌های پژوهش، طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تاثیر معنادار داشت. این یافته با یافته‌های پژوهش (Sobhi-Gharamaleki & et al., 2015; Naumann & et al., 2017; Rezaee, & et al., 2017; khaleghi & et al., 2016) همسو است. از آنجا که محتوای طرحواره درمانی هیجانی و نظم جویی هیجانی اشتراکاتی دارند، نتیجه پژوهش حاضر با این پژوهش‌ها نیز قابل قیاس می‌باشد. به عنوان مثال، نتیجه پژوهش حاضر با پژوهش‌هایی که اثربخشی نظم جویی هیجانی را بر اضطراب مورد بررسی قرار داده‌اند مانند (Sobhi-Gharamaleki & et al., 2015; Naumann & et al., 2017) همسو است. همانطور که پیش‌تر نیز گفته شد طرحواره‌های (Berking & et al., 2008; Mennin, 2004)

هیجانی با بسیاری از اختلال‌های روانی از جمله اضطراب، افسردگی، استرس پس از سانحه، جنبه‌های فراشناختی نگرانی، سوءمصرف الکل، ناسازگاری زناشویی و اختلال‌های شخصیت در ارتباط هستند (Leahy, 2002). از نظر Leahy هریک از اختلال‌های اضطرابی در بردارنده‌ی طرحواره‌های هیجانی (تفاسیر و تدابیر) در مورد هیجان‌ها هستند (Leahy, 2007a).

به عنوان مثال طرحواره کنترل و باور درباره طول مدت هیجان بهترین پیش‌بینی کننده‌های اضطراب هستند (Tirch, Leahy, Melwani & Silberstein, 2012). اضطراب اغلب به صورت فقدان کنترل یا کنترل از هم گسیخته هنگام احساس خطر از یک موقعیت تجربه می شود. علاوه بر این، باور به اینکه کنترل امری ضروری است و نبود آن موجب فاجعه می شود، زمینه متناقض بسیاری از اختلال‌های اضطرابی است: فرد نیازمند کنترل موقعیت‌ها و هیجان‌ها است، اما نمی تواند آن‌ها را کنترل نماید و بنابراین بیشتر نیازمند کنترل می شود. در نتیجه افراد مضطرب تر می شوند، زیرا بر این باورند که فقدان کنترل ضرورتاً خطرناک است. بر اساس آنچه بیان شد، طرحواره درمانی هیجانی به بیماران کمک می شود از کنترل افکار اضطرابی، ادراک و هیجان‌ها دست بردارند و با استفاده از روش‌های پذیرش و ذهن آگاهی هیجان‌های خود را مشاهده کرده و آنها را مورد قضاوت قرار ندهند. به عبارتی با کمک دادن به بیماران برای کنترل نکردن اضطراب، منجر به کاهش آن می شود (Leahy, 2015).

به طور کلی طرحواره‌های هیجانی ناکارآمد و روش‌های مقابله نادرست با هیجان‌ها موجب ایجاد مشکل در تجربه‌ی هیجانی افراد می شود. بنابراین می توان انتظار داشت با اصلاح طرحواره‌های هیجانی افراد، تجربه‌ی هیجانی آنها نیز اصلاح شود. همانطور که پیش تر نیز گفته شد طرحواره‌های هیجانی با اضطراب در ارتباط هستند (Leahy, 2007a; Leahy & et al., 2001; Leahy, 2015). در پژوهش حاضر نیز به اصلاح این طرحواره‌ها پرداخته شد. روش‌های به کار رفته برای اصلاح طرحواره‌های هیجانی اعضای گروه شامل گفتگوی سقراطی، بررسی مزایا و معایب، تکنیک وکیل مدافع، بررسی شواهد موافق و مخالف برای باورهای هیجانی، عادی سازی هیجان‌ها، اعتبار بخشیدن به هیجان‌ها و ... بود.

علاوه بر این در پژوهش حاضر درمانگر روش‌های مقابله‌ای سازگارانه را به اعضای گروه آموزش داد تا برای مدیریت اضطراب خود از این شیوه‌ها استفاده نمایند. یکی از این روش‌ها آرمیدگی عضلانی بود. افراد با تمرین کردن این روش می توانند پس از مدتی به طور ارادی تنش عضلانی خود را کاهش داده و پاسخ آرامش را ایجاد نمایند. اثربخشی روش آرمیدگی عضلانی در برخی پژوهش‌ها مانند پژوهش‌های (Arntz, 2003; Dugas & et al., 2010) که با هدف بررسی اثربخشی این روش در افراد مبتلا به اختلال

اضطراب فراگیر انجام شده بودند، به تایید رسیده است. در پژوهش حاضر نیز، پس از آموزش و تمرین، اعضای گروه گزارش کردند که این تمرین موجب کاهش تنش عضلانی و شدت اضطراب شده است. این تمرین علاوه بر اثرات مستقیم بر میزان اضطراب، بر باورهای فرد درباره دوام و کنترل ناپذیری اضطراب نیز اثر گذار بود. اعضای گروه با انجام این تمرین قادر بودند که خود، اضطراب شان را کاهش دهند و در نتیجه نسبت به هیجان خود احساس تسلط داشته باشند. همچنین آنها با انجام تمرین و کاهش اضطراب به این نتیجه رسیده بودند که الزاما اضطراب به طول نمی‌انجامد و می‌تواند گذرا و موقتی باشد.

راهبردهای دیگری که در این پژوهش به کار رفت، شیوه ذهن آگاهی از تنفس و تجربه‌ی هیجان به صورت موج بود. بر خلاف آرمیدگی عضلانی، هدف اصلی ذهن آگاهی ایجاد آرامش و کاهش تنش نیست. از آنجا که تلاش برای کنترل و سرکوب اضطراب، نتیجه عکس داده و منجر به افزایش آن می‌شود، مشاهده بدون قضاوت اضطراب منجر به کاسته شدن از میزان آن می‌شود. نتایج پژوهش (Vollestad, Sivertsen & Nielsen, 2011) نیز اثربخشی روش‌های ذهن آگاهی مبتنی بر استرس را بر نشانه‌های نگرانی، اضطراب و اضطراب حالت-صفت در بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی نشان داده است. علاوه بر این پژوهشی دیگر اثربخشی ذهن آگاهی را بر بهبود شاخص‌های زیستی مربوط به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که بهبود این شاخص‌ها شاهده‌ی بر اثربخشی این نوع درمان می‌باشد (Hogo & et al., 2017). در پژوهش حاضر نیز وقتی اعضا این مشاهده‌ی بی‌قضاوت اضطراب را تمرین کردند، از میزان اضطراب آنها کاسته شد.

بخش دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی گروهی موجب افزایش معنادار در به کارگیری همه‌ی طرحواره‌های هیجانی سازگار و کاهش معنادار در به کارگیری طرحواره‌های هیجانی ناسازگار (به جز طرحواره کرخی) شده است. این یافته با پژوهش‌هایی مانند (Leahy, 2007b; Daneshmandi & et al., 2014; Naderi & et al., 2015; Rezaee, 2016) هم‌انطور که پیش‌تر نیز گفته شد هدف اصلی طرحواره درمانی هیجانی شناسایی و اصلاح طرحواره‌های هیجانی است (Leahy, 2007a). بر اساس این هدف در این پژوهش راهبردهایی برای اصلاح طرحواره‌های هیجانی به کار رفت.

به عنوان مثال، در رابطه با طرحواره اعتباریابی که یکی از مهم‌ترین طرحواره‌های هیجانی است و می‌تواند بر طرحواره‌های دیگر نیز موثر باشد، از روش‌هایی مانند اعتباردهی در جلسه‌های درمان، آموزش نحوه‌ی دریافت اعتبار از دیگران، ذهن‌آموزی دلسوزانه و اعتباردهی به خود استفاده شد. همچنین از روش



بررسی سود و زیان و بررسی شواهد اعضا این باور که هیجان‌ها کنترل ناپذیر هستند را به چالش کشیدند. از روش بررسی سود و زیان برای بررسی مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها و استعاره اضطراب به عنوان مهمان برای افزایش پذیرش هیجان‌ها استفاده شد. از روش آموزش روانی درباره هیجان‌ها و عادی‌سازی هیجان‌ها به بهبود طرحواره قابل فهم بودن کمک شد. در نهایت از روش بالا رفتن از نردبان ارزش‌ها، استفاده از روش پیکان رو به پایین، تمثیل مثبت و منفی و تهیه لیست ارزش‌ها برای این استفاده شد که اعضا بتوانند ارزش‌های زیربنای اضطراب خود را شناسایی کنند. در رابطه با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار نیز راهبردهایی به کار گرفته شد که در ادامه توضیح داده می‌شود. به عنوان مثال در رابطه با طرحواره ساده‌انگاری هیجان‌ها، از شیوه‌هایی مانند آموزش روانی درباره احساس‌های دوسوگرایانه، منشأ آنها، استفاده از تمثیل و بررسی سود و زیان پذیرش احساس‌های مختلط استفاده شد. همچنین برای طرحواره هیجانی خردگرایی نیز بررسی شواهد و سود و زیان استفاده از هیجان‌ها در تصمیم‌گیری‌ها و روش و کیل مدافع برای به چالش کشیدن باورهای خود به کار گرفته شد. علاوه بر اینها در رابطه با طرحواره هیجانی دوام نیز اعضا به بررسی سود و زیان این باور هیجانی خود پرداختند. علاوه بر روش‌های مستقیم اصلاح طرحواره‌ها، فنون به کار رفته در گروه درمانی مانند روش‌های ذهن آگاهی و آرمیدگی عضلانی نیز به اصلاح طرحواره‌هایی مانند طرحواره کنترل، نشخوار فکری و دوام، کمک کرد.

در نهایت می‌توان اضافه نمود که طرحواره‌های هیجانی بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند و از این طریق به بهبود یکدیگر کمک می‌دانند. به عنوان مثال اعتباربخشی به هیجان‌های افراد به عادی‌سازی، کاهش احساس گناه و شرم، پذیرش و قابل درک بودن هیجان‌ها کمک می‌کند (Leahy, 2015). همچنین افزایش کاربرد طرحواره هیجانی ارزش و عادی‌سازی اضطراب نیز بر کاهش احساس گناه موثر بود. در رابطه با طرحواره سرزنش نیز می‌توان گفت، به نظر می‌رسد استفاده از روش آموزش روانی درباره هیجان، کاربرد هیجان، ریشه تکاملی هیجان تاثیر هیجان بر بقای انسان‌ها و همگانی بودن آن در کاهش این طرحواره نقش داشته است. در رابطه با طرحواره کرخی که درمان تاثیر معناداری بر آن نداشته است می‌توان گفت، اعضای گروه به میزان کمی تجربه کرخی داشتند به همین دلیل تمرکز زیادی بر اصلاح این طرحواره صورت نپذیرفت. به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی هیجانی با به کارگیری شیوه‌هایی مانند ذهن آگاهی، تمرین‌های رفتاری مانند آرمیدگی عضلانی و اصلاح باورهای هیجانی ناکارآمد و تقویت باورهای هیجانی کارآمد موجب کاهش اضطراب در آزمودنی‌های پژوهش حاضر شده است.

در رابطه با محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت پژوهش حاضر تنها روی زنان ۲۰ تا ۳۵ سال مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انجام شد، بنابراین برای تعمیم دادن نتایج این پژوهش به افراد گروه‌های سنی دیگر می‌بایست احتیاط کرد. همچنین نمونه‌گیری از نوع در دسترس و به صورت داوطلبانه صورت گرفت، در نتیجه ممکن است امکان تعمیم دقیق نتایج پژوهش فراهم نباشد. همچنین برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان بر روی آزمودنی‌های سایر گروه‌های سنی مورد بررسی قرار گیرد، بر روی هر دو گروه زن و مرد اجرا شده و نتایج مقایسه شود و با اثربخشی دارودرمانی یا سایر درمان‌های روانشناختی مانند درمان شناختی رفتاری مورد مقایسه قرار گیرد.

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Translated by: Y, Seyed mohamadi (2014). Tehran: Ravan. (In Persian).
- Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 41(6), 633-646.
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 46(11), 1230-1237.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G. Q., & Castonguay, L. G. (2003). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *Journal of Cns Spectrums*, 8(5), 382-389.
- Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Kazemi, H., & Mehrabi, H. A. (2014). The Effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 22(5), 1481-1494. (In Persian).
- Dugas, M., & Robichaud, M. (2007). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder: from science to practice*. Translated by: M, Akbari, M, Chiniforoushan, & A, Abedin (2014). Tehran: Arjmand. (In Persian).
- Dugas, M. J., Brillon, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R., Leblanc, R., & Gervais, N. J. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy*, 41(1), 46-58.
- First, M., Spitzer, R., Gibbson, M. & Williams, J. *Structured diagnostic interview for DSM-IV disorders*, Translated by P. Mohamadkhani, M. Jokar, A. Jahani Tabesh & Sh, Tamanayi far (2010). Tehran: Danjeh. (In Persian).
- Hoge, E. A., Bui, E., Palitz, S. A., Schwarz, N. R., Owens, M. E., Johnston, J. M., Pollak, M. H., & Simon, N. M. (2017). The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Journal of Psychiatry Research*, (in press). (Doi: 10.1016/j.psychres.2017.01.006.)

- Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of beck anxiety inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*, 65(2), 136-140. (In Persian).
- Khaleghi, M., Mohammadkhani, Sh., & Hasani, J. (2016). Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety's signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: a single-subject design. *Journal of Clinical Psychology*, 8(2), 43-55. (In Persian).
- Khanzadeh, M., edrisi, F., Mohamadkhani, SH., & saedian, M. (2013). Assessment of factor structure and psychometric properties of emotional schemas scale in students. *Journal of Clinical Psychology*, 11(3), 92-119. (In Persian).
- Leahy, R., Tirsch, D., & Napolitano, L. (2001). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner guide*. Translated by: A, Mansouri rad. (2014). Tehran: Arjmand. (In Persian).
- Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Leahy, R. (2007a). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorder. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 36-45.
- Leahy, R. (2007b). Emotional schemas and self-help: homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 297-302.
- Leahy, R. (2015). *Emotional schema therapy*, New York: The Guilford Press.
- Mennin, D. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(1), 17-29.
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: a comparison with pharmacotherapy. *Journal of Psychological Bull*, 131(5), 785-795.
- Naderi, Y., Moradi, A., 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 & Public Health*, 7(3), 147-155. (In Persian).
- Naumann, E., Holmaz, E. A., Tuschen-Caffier, B., Samson, A. C., & Ozlem Schafer, J. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A metaanalytic review. *Journal of Youth and Adolescence*, 46 (2), 261-276.
- Osman, A., Kopper, B., Barrios, F., Osman, J., & Wade, T. (1997). The beck anxiety inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties. *Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 7-14.
- Rezaee, M. (2016). Effectiveness of group emotional schema therapy on BMI, emotional eating, weight self- efficacy on excessive women. (M.A degree Dissertation, University of ferdowsi). (In Persian).
- Rezaee, F., Sepahvandi, M. A., & Mirzaee Habili, Kh. (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. *Journal of Psychological studies*, 13(1), 43-64. (In Persian).
- Sharifi, V., Asadi, M., Mohamadi, M., Amini, H., & etal. (2004). Reliability and applicability of the Persian version of structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). *Journal of Advances in Cognitive science*, 6(1, 2), 10-22. (In Persian).

- Sobhi-Gharamaleki, N., Porzoor, P., Aghajani, S., & Narimani, M. (2015). Effectiveness of emotion regulation training on reduction of anxiety, Stress and depression symptoms among university students. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion, 3(1)*, 5-13. (In Persian).
- Tirch, D. D., Leahy, R., Silberstein, L., & 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.
- Vollestad, J., Sivertsen, B., & Nielsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Behaviour Research and Therapy, 49(4)*, 281-288.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Cognitive Psychotherapy, 23(3)*, 301-320.

