

اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD): مطالعه تک‌آزمودنی

تاریخ دریافت: ۹۴/۴/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۵/۳/۱

محمد خالقی*، شهرام محمدخانی**، جعفر حسنی***

چکیده

مقدمه: بر طبق پژوهش‌های اخیر میزان اختلال‌های اضطرابی بالا است و نسبتاً تعداد اندکی از این بررسی‌ها بر اختلال اضطراب فراگیر متمرکز بوده‌اند. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی در نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش: پژوهش حاضر در چارچوب طرح تک‌آزمودنی بود. بر اساس تشخیص اختلال اضطراب فراگیر توسط روان‌پزشک و اجرای مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) توسط روان‌شناسی بالینی و ملاک‌های ورود و خروج، دو بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر انتخاب شدند و ۱۰ جلسه ۱ ساعته طرح‌واره درمانی هیجانی دریافت کردند. هر یک از بیماران ۷ مرتبه به وسیله‌ی مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (HARS)، پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک (BAI) و مقیاس حالت نگرانی پن (PSWQ) طی درمان و یک دوره پیگیری دو ماهه توسط ارزیاب مستقل ارزیابی شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییر روند، شیب، بازبینی نمودارها و برای تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد که طرح‌واره درمانی هیجانی به طور معناداری در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است.

نتیجه‌گیری: طرح‌واره درمانی هیجانی را می‌توان (با احتیاط) به عنوان درمانی مؤثر در مداخلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مدنظر قرار داد.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی هیجانی، نگرانی، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

از سویی در سال‌های اخیر توجه به نقش پردازش هیجانی و تنظیم هیجان افزایش یافته است. مدل‌های نظری اخیر بیان می‌کنند که مکانیسم‌های اجتناب شناختی^۴ مختلف که توسط بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به کار گرفته می‌شوند به اجتناب از پردازش محرک هیجانی کمک می‌کنند [۷]. در واقع، شواهد اولیه نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با گروه‌های کنترل، شدت بالایی از هیجان، درک ضعیف‌تری از هیجان‌ها و همچنین توانایی کمتری برای آرام‌سازی یا تسکین خود بعد از هیجان‌های منفی دارند [۸]. یک مطالعه ی اخیر نیز دریافته که شدت هیجانی و تنظیم ناکارآمد هیجان بهترین پیش‌بین تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بودند [۹]. اشکال مختلفی از اجتناب شناختی در اختلال اضطراب فراگیر ممکن است برای متوقف کردن پردازش هیجانی مورد استفاده قرار بگیرد. برای مثال: استفاده از حواس‌پرتی از منبع برانگیختگی هیجانی موجب کاهش وضوح هیجانی می‌شود [۱۰]. همچنین استفاده از نگرانی، نوعی راهبرد مقابله‌ای و اجتناب از تجربه هیجانی محسوب می‌شود [۱۱، ۱۲]. نگرانی خصیصه اصلی اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود که معمولاً به‌عنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای در پاسخ به یک فکر منفی مزاحم فعال می‌شود [۴]. نگرانی را می‌توان به‌عنوان تلاش شناختی نامؤثری برای حل مسأله و از بین بردن خطر ادراک شده در نظر گرفت، درحالی‌که به‌طور هم‌زمان موجب اجتناب از تجارب هیجانی و جسمی آزارنده می‌شود که به‌طور طبیعی طی پردازش مواجهه با ترس اتفاق می‌افتد. در نتیجه نگرانی با از بین بردن تصاویر ترسناک و آزاردهنده به‌صورت منفی تقویت شده و لذا نگرانی تداوم می‌یابد [۱، ۶، ۸، ۱۱].

در سال‌های اخیر لی‌هی^۵ [۱۲] بر اساس مفهوم پردازش هیجانی^۶ و مدل فراشناختی^۷، مدل طرح‌واره هیجانی^۸ خود را ارائه داده است. این مدل بر این اصل استوار است که اختلال‌های هیجانی ناشی از باورها، تفاسیر و راهبردهای به کار گرفته شده برای مقابله با هیجان‌ها است. طرح‌واره

اختلال‌های اضطرابی در ادبیات روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی توجه زیادی دریافت کرده‌اند، با این حال همان‌طور که داگاس^۱ [۱] بیان می‌کند نسبتاً تعداد اندکی از این بررسی‌ها بر اختلال اضطراب فراگیر متمرکز بوده‌اند. میزان شیوع یک ساله‌ی این اختلال در جمعیت نوجوانان و بزرگسالان ایالات متحده به ترتیب ۰/۹ و ۲/۹ درصد و در میان جمعیت سایر کشورها در دامنه‌ای از ۰/۴ تا ۳/۹ درصد است [۲]. از منظر تشخیص و درمان نیز اختلال اضطراب فراگیر^۲ (GAD) یکی از چالش‌برانگیزترین اختلال‌های اضطرابی محسوب می‌شود [۳]. از زمانی که اختلال اضطراب فراگیر به عنوان اختلالی مستقل در سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳ شناخته شد، بسیاری از مدل‌ها و رویکردهای شناختی برای درک و بهبود نگرانی افراطی طراحی شده است. هر یک از این مدل‌ها تلاش می‌کنند تا جنبه‌های مهمی از باورها، نگرش‌ها و الگوهای تفکر مرتبط با نگرانی آسیب‌شناختی در این اختلال را دنبال کنند اما در تأکید بر عناصر شناختی مختلف نگرانی در اختلال اضطراب فراگیر متفاوت هستند [۳]. در دهه‌های اخیر، چندین گروه تحقیقی مفهوم‌سازی‌هایی نظری را برای اختلال اضطراب فراگیر توسعه داده‌اند که به پروتکل‌های تجربی مشتق شده از درمان شناختی-رفتاری منتج شده، که در آن متغیرهای فرایندی خاص را که زیربنای اختلال هستند هدف قرار می‌دهند، از جمله این موارد شامل درمان‌هایی است که بر فراشناخت‌های نگرانی [۴]، بی‌نظمی هیجانی [۵] و راهبردهای مبتنی بر پذیرش [۶] تمرکز می‌کنند. نتایج مقدماتی نشان می‌دهد که این پروتکل‌ها نتایج درمانی برتری نسبت به مداخلات شناختی-رفتاری سابق دارند [۳]. هر چند این مدل‌های ناهمخوان معمولاً اهداف درمانی متفاوتی دارند برجستگی مشترک میان این پروتکل‌ها تمرکز بر فرایندهای منحصربه‌فردی است که در اختلال اضطراب فراگیر وجود دارد، در نتیجه در جهت درک، شناخت و درمان بهتر این اختلال عمل می‌کنند [۳].

4- cognitive avoidance

5- Leahy

6- emotional processing

7- metacognitive model

8- emotional schema model

1- Dugas

2- generalized anxiety disorder

3- diagnostic and statistical manual of mental disorder- third revised

نگرانی نوعی راهبرد اجتناب هیجانی بر اساس تفسیرهای منفی از هیجان است [۱۳]. در مدل طرح‌واره هیجانی عدم پردازش هیجان و تفسیرهای منفی از هیجان، موجب به‌کارگیری نگرانی به عنوان راهبرد مقابله‌ای با شرایط هیجانی می‌شود و در نتیجه بیان می‌کند اصلاح باورها درباره هیجان‌ها ممکن است تکیه بر نگرانی به عنوان یک راهبرد برای اجتناب از هیجان‌ها را برطرف کند [۱۴].

در مجموع مطالعات انجام‌شده در زمینه‌ی اختلال اضطراب فراگیر نسبت به سایر اختلال‌های اضطرابی کمتر است. همچنین اختلال اضطراب فراگیر اختلالی مزمن و همراه با پیامدهای روان‌شناختی، اجتماعی و هزینه‌های اقتصادی بالایی است که می‌تواند هر فردی را دچار فروپاشی کرده و هزینه‌های زیادی را به فرد و جامعه تحمیل کند. علاوه بر این نتایج حاصل از درمان‌های موجود نظیر مداخلات شناختی- رفتاری برای درمان اختلال اضطراب فراگیر کمتر از حد ایده آل بوده‌اند [۳]. همان‌طور که اشاره شد طرح‌واره درمانی هیجانی^۶ (EST) رویکرد نوظهوری است که مفهوم‌سازی متفاوتی از شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های هیجانی به‌ویژه اختلال اضطراب فراگیر ارائه می‌کند. با این حال هنوز شواهد پژوهشی محکمی در مورد اثربخشی راهبردهای درمانی برآمده از این مدل مفهومی در دسترس نیست. به‌ویژه در زمینه‌ی اثربخشی این مدل درمانی در بیماران اضطراب فراگیر تاکنون شواهدی در دسترس نیست. بنابراین با توجه به شیوع بالای این اختلال و کمبود پژوهش در زمینه‌ی مداخلات بالینی، در این پژوهش علاوه بر ارزیابی علائم و نشانه‌های اضطراب، به نگرانی که شاخص عمده‌ی این اختلال است، پرداخته شده است. در مجموع با توجه به تازگی این روش درمانی و طرح‌واره درمانی هیجانی عمده تمرکز این مطالعه بر اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی در اضطراب و نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. پژوهش حاضر در صدد پاسخ‌گویی به این سؤال بود: اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی در نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب اختلال اضطراب فراگیر (GAD) چگونه است؟

هیجانی^۱ به باورها، تفسیرها، مفاهیم، برنامه‌ها و راهبردهایی اطلاق می‌شود که به هنگام تجربه یک هیجان به کار گرفته می‌شوند [۱۳]. در مدل طرح‌واره هیجانی به هنگام تجربه یک هیجان ناخوشایند مجموعه‌ای از ارزیابی‌ها و تفاسیر و راهبردها به کار گرفته می‌شوند که طرح‌واره‌های هیجانی نام دارند [۱۲]. اولین گام در این مدل شامل توجه به هیجان و نام‌گذاری آن است. گام بعدی اجتناب هیجانی و شناختی از هیجان است که هم به صورت طبیعی از جمله پذیرش، ابراز، اعتباریابی و یادگیری از هیجان است و هم به صورت دردسرساز که شامل تجزیه، سوء مصرف مواد و الکل و... و همچنین تفسیرهای منفی از هیجان است [۱۳]. در این راستا پژوهش‌های اخیر نشان داد که اضطراب با طرح‌واره‌های هیجانی احساس گناه زیاد نسبت به هیجان‌ها، دیدگاه ساده‌انگارانه درباره‌ی هیجان‌ها، نشخوار فکری زیاد، غیرقابل درک بودن هیجان‌ها، پذیرش کمتر هیجان‌ها، غیرقابل کنترل بودن هیجان‌ها و عدم تجربه‌ی چنین هیجان‌هایی از سوی دیگران مرتبط بود [۱۴]. در مطالعه‌ی دیگر نیز طرح‌واره‌های هیجانی کنترل‌ناپذیری، عدم درک (آگاهی) هیجانی، عدم ابراز هیجان و دیدگاه ساده‌انگارانه هیجان‌ها به طور معناداری نگرانی پاتولوژیک^۲ را پیش‌بینی کرد [۱۵]. به علاوه تحلیل رگرسیون چندگانه^۳ مرحله به مرحله از ابعاد طرح‌واره‌های هیجانی پرسش‌نامه‌ی طرح‌واره‌های هیجانی^۴ (LESS) از پرسش‌نامه اضطراب بک^۵ (BAI) ترتیب، از دست دادن کنترل هیجانی، قابل فهم نبودن هیجان، نشخوار فکری، ابراز هیجان، و اعتبارزدایی را نشان داد [۱۴]. هم چنین در پژوهشی دیگر نقش مهم طرح‌واره‌های هیجانی بر تاب‌آوری افراد مبتلا به عفونت HIV تأکید شد [۱۶]. مدل طرح‌واره هیجانی [۱۲] نگرانی را به عنوان پیامد بدتنظیمی هیجانی در نظر می‌گیرد. مطالعات نشان داده‌اند حتی زمانی که اضطراب از بین می‌رود، طرح‌واره‌های هیجانی با فرایندهای مشکل‌ساز فراشناختی زیربنایی نگرانی مرتبط می‌شود، این نشان می‌دهد که

1- emotional schema

2- pathologic worry

3- stepwise multiple regression analysis

4- Leahy Emotional Schema Scale

5- beck anxiety inventory

6- emotional schema therapy

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از منظر هدف کاربردی و بر اساس شیوه‌ی گردآوری داده‌ها به طرح‌های تک‌آزمودنی^۱ تعلق دارد. یک آزمایش تک‌موردی که گاهی آن را آزمایش تک‌آزمودنی^۲ یا آزمایش سری‌های زمانی^۳ نامیده‌اند، آزمایشی است که مشتمل بر تحقیق فشرده بر روی یک فرد یا تعدادی از افراد است که به عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند [۱۷]. آن‌جا که تعیین تأثیر یک روش معین بر فردِ آزمودنی‌ها هدف پژوهش است طرح‌های گروهی کارساز نیستند. همچنین در شرایط آموزشی و بالینی اغلب نمی‌توان تعداد زیادی از افراد دارای مسایل مشابه را پیدا کرد و به صورت تصادفی به گروه‌های آزمایشی و گواه تقسیم نمود. هر فرد انسان منحصر به فردی است و ممکن است مسایل او نیز منحصر به فرد باشد [۱۸]. از این رو در پژوهش حاضر از طرح A B که یکی از پرکاربردترین طرح‌های تک‌آزمودنی است، استفاده شد. علاوه بر این در مواردی که به منظور مطالعات مقدماتی انجام می‌شود نیز می‌توان طرح A B را به کار گرفت [۱۷]. لذا با توجه به اینکه پژوهش حاضر نوعی پژوهش بالینی بوده و علاوه بر این پژوهشی مقدماتی در زمینه‌ی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی محسوب می‌شود از طرح A B در این پژوهش استفاده شد. این طرح شامل دو مرحله است، مرحله اول (A) مرحله‌ی خط پایه^۴ و مرحله دوم (B) مرحله‌ی آزمایشی^۵ نامیده می‌شود. در پژوهش حاضر از یک خط پایه، و پنج مرحله اندازه‌گیری طی درمان و یک دوره پیگیری دو ماهه استفاده شد. پس از تعیین متغیرهای هدف، این متغیرها هفت روز پیش از اجرای متغیر آزمایشی به منظور اندازه‌گیری خط پایه مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند و نتایج آن با پنج مرحله اندازه‌گیری در فرآیند درمان و یک دوره پیگیری دو ماهه مورد سنجش قرار گرفت. اگر تفاوت بین میانگین اندازه‌گیری‌های A و B معنادار باشد می‌توان نتیجه گرفت که یک تغییر پایا از مرحله خط پایه تا مرحله عمل اتفاق افتاده است [۱۷].

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی آماری این پژوهش را تمامی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشکیل می‌دهند که در فاصله‌ی زمانی ۱۰ آبان تا ۱۰ دی ماه ۱۳۹۳ به مراکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره شهر تهران مراجعه کردند. از میان مراجعه‌کنندگان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، ۲ بیمار به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. تشخیص اختلال اضطراب فراگیر بر مبنای نظر روان‌پزشک و سپس اجرای مصاحبه ساختاریافته^۶ (SCID) توسط متخصص روان‌شناسی بالینی، انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل (۱) تشخیص اختلال اضطراب فراگیر؛ (۲) دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال؛ (۳) سطح تحصیلات حداقل سیکل؛ (۴) عدم ابتلا به هر گونه اختلال روان‌پریشی^۷ (در زمان گذشته و در حین درمان)؛ (۵) عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی؛ (۶) عدم ابتلا به سوءمصرف مواد (۷) عدم شرکت در هر گونه مداخله‌ی درمانی از ۲ سال گذشته تا حال حاضر و (۸) رضایت و موافقت شرکت‌کنندگان به منظور شرکت در جلسات طرح‌واره درمانی هیجانی؛ و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: (۱) شرکت در هرگونه مداخله‌ی درمانی؛ (۲) ابتلای هم‌زمان به اختلال‌های همبود، نظیر اختلال‌های روان‌پریشی، سوءمصرف مواد، عقب‌ماندگی ذهنی، و هرگونه شرایط وخیم پزشکی؛ (۳) بیماری‌رانی که با خطر خودکشی مواجه هستند و (۴) عدم تمایل به ادامه‌ی درمان بود. همچنین قرار شد در صورت عدم بهبودی و با رضایت بیماران جلسات درمانی اضافی پس از دوره پیگیری انجام شده و یا در صورت لزوم بیماران به سایر متخصصان ارجاع داده شوند. بیمار اول، خانم ۲۵ ساله مجرد و دارای مدرک کارشناسی کامپیوتر، فرزند آخر خانواده‌ی ۵ نفره بود. طبق گفته‌ی خودش مدت ۶ سال به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا بوده است. وی حدود ۵ سال قبل به روان‌پزشک مراجعه کرده بود و پس از مصرف ۱ ماه داروی ضد اضطراب دیگر آن را استفاده نکرده و طی این مدت نیز هیچ گونه مداخله‌ی درمانی دریافت نکرده است. بیمار دوم، یک خانم ۳۰ ساله متأهل دارای ۲ فرزند و هم‌چنین دارای تحصیلات سیکل است، به گفته‌ی خودش حدود ۸ سال به اختلال اضطراب

- 1- single subject
- 2- single- subject experiment
- 3- time-series experiment
- 4- baseline
- 5- experimental

- 6- structured clinical interview for DSM disorders
- 7- psychotic disorder

فراگیر مبتلا بوده است. او ۶ سال قبل به روان‌پزشک مراجعه کرده و به مدت ۳ ماه داروی ضد اضطراب مصرف می‌کرد، اما سپس مصرف دارو را قطع و در هیچ گونه مداخله‌ی درمانی نیز شرکت نکرده است.

ابزار

۱- پرسش‌نامه حالت نگرانی پن^۱ (PSWQ): این پرسش‌نامه دارای ۱۶ گویه است که برای ارزیابی تمایل به پرداختن به نگرانی افراطی و غیرقابل کنترل کاربرد دارد. گویه‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت در دامنه‌ای از ۱ (اصلاً بیان‌کننده من نیست) تا ۵ (بسیار نشان‌دهنده من است) درجه‌بندی می‌شوند. پرسش‌نامه حالت نگرانی پن دارای همسانی درونی بالا (آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۵) است که نشان می‌دهد گویه‌ها به شیوه‌ای همسان پاسخ داده می‌شوند. همچنین این پرسش‌نامه دارای پایایی آزمون-بازآزمون ۰/۹۳ تا ۰/۷۴ است که نشان می‌دهد پاسخ‌ها در طول زمان ثابت باقی می‌ماند. همچنین این پرسش‌نامه شواهدی از اعتبار همگرا و واگرا را نشان می‌دهد به طوری که با سایر ابزارهای نگرانی همبستگی بالاتری نسبت به ابزارهای اضطراب و افسردگی دارد [۱۹]. در ایران نیز مطالعه‌ای بر روی ۴۲۴ دانشجوی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه بررسی شد و نتایج نشان داد که پایایی نسخه فارسی PSWQ با استفاده از روش‌های همسانی درونی و آزمون-بازآزمون با فاصله ۱ ماهه قابل توجه بود. همچنین در این مطالعه همبستگی معناداری از نمرات پرسش‌نامه با نمرات پرسش‌نامه اضطراب صفت و افسردگی اعتبار مطلوبی را برای این پرسش‌نامه نشان داد [۱۵].

۲- پرسش‌نامه اضطراب بک^۲ (BAI): این پرسش‌نامه یک مقیاس خودگزارشی ۲۱ بخشی است که به منظور اندازه‌گیری شدت علائم اضطراب در افراد تهیه شده است. در مجموع نمره آزمودنی‌ها بین صفر تا ۶۳ متغیر است. نمره کمتر از ۹ بیانگر عدم اضطراب؛ ۲۰-۱۰ بیانگر اضطراب خفیف؛ نمره ۳۰-۲۱ بیانگر اضطراب متوسط و ۳۱ به بالا نشان دهنده‌ی اضطراب شدید است [۲۰]. مقیاس اضطراب بک (BAI) گروه‌های تشخیصی مبتلا به

اضطراب را از گروه‌های غیر مضطرب تفکیک می‌نماید. به‌علاوه مقیاس اضطراب بک همبستگی متوسطی را با مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون (HARS) نشان داد که برابر با ۰/۵۱ است [۲۱]. در ایران کویانی و موسوی [۲۲]. روایی (P: ۰/۰۰۱؛ r=۰/۷۲)، پایایی (p: ۰/۰۰۱) ۰/۸۳ (r) و ثبات درونی (آلفای کرونباخ= ۰/۹۲) مناسبی را گزارش کرده‌اند.

۳- پرسش‌نامه اضطراب همیلتون^۳ (HARS): این مقیاس دارای ۱۴ گزینه بوده که هر مورد در ارتباط با نشانه‌های خاص اضطراب است. این آزمون توسط درمانگر نمره‌گذاری می‌شود، هر مورد ۵ رتبه داشته که بر حسب شدت نشانه از صفر تا ۴ نمره می‌گیرد. صفر نشان‌دهنده عدم وجود آن نشانه و ۴ نشان‌دهنده شدت همان نشانه در بیمار است. این مقیاس طیف وسیعی از نشانه‌ها را در برمی‌گیرد که معمولاً به عنوان نشانه یک حالت اضطرابی تشخیص داده می‌شوند. این نشانه‌ها عبارت‌اند از: خلق مضطرب، تنش، ترس، بی‌خوابی، اشکال در تمرکز، خلق افسرده، تنش عضلانی (تیک، یا لرزش)، وضعیت جسمی عمومی، قلبی-عروقی، تنفسی، معده‌ای-روده‌ای، نشانه‌های مربوط به دستگاه ادراری-تناسلی و نشانه‌های جسمی دیگر (خشکی دهان، عرق کردن) و رفتار حین مصاحبه. در پژوهش‌هایی که برای محاسبه روایی و پایایی این مقیاس صورت گرفته [۲۳] همبستگی این پرسش‌نامه با BDI-II^۴؛ ۰/۶؛ با ۹۰۵-SCL^۵؛ ۰/۷۳ و با ارزیابی بالینی، ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین همبستگی همگرای خلق افسرده با این مقیاس ۰/۵۹ و ۰/۷۸ و همبستگی افتراقی خلق مضطرب با آن ۰/۲۵ و ۰/۶۰ گزارش شده است. همبستگی بین مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون و پرسش‌نامه اضطراب بک برابر ۰/۵۱ است. پایایی این آزمون طبق روش آزمون/آزمون مجدد توسط حق‌شناس [۲۴] ۰/۸۱ گزارش شده است.

روند اجرای پژوهش: پس از ارزیابی اولیه و تکمیل برگه‌های اضطراب بک (BAI)، مقیاس نگرانی پن (PSWQ) و مقیاس اضطراب همیلتون (HARS) در مرحله‌ی خط پایه، دو بیمار به مدت ۱۰ جلسه ۱ ساعته و

3- Hamilton anxiety rating scale

4- beck depression inventory- second edition

5- symptom check list-90

1- pen state worry questionnaire

2- Beck Anxiety Inventory

انعطاف‌پذیر و سازگارانه درباره تجربه هیجان؛ و به کارگیری ذهن آگاهی^۴؛ جلسات درمان نیز با آماج قرار دادن اهداف درمان و تمرکز بر بخش‌های مختلف پروتکل به مراجعان ارایه گردید که محتوای آن به صورت خلاصه در جدول ۱ آمده است. به منظور پیگیری اهداف و جلوگیری از هرگونه سوگیری در نتایج حاصل از پژوهش، بیماران هر دو جلسه توسط ارزیاب مستقل مورد ارزیابی متغیرهای پژوهش قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از بازبینی نمودارها، شاخص‌های تغییر روند، شیب، و افزون بر این به منظور تعیین معناداری بالینی از شاخص درصد بهبودی^۵ و اندازه اثر^۶ به شرح فرمول‌های زیر استفاده شد.

$$MPI = [(Baseline\ Mean \circ Treatment\ Phase\ Mean) / Treatment\ phase\ Mean] \times 100$$

$$MPR = [(Baseline\ Mean \circ Treatment\ Phase\ Mean) / Baseline\ Mean] \times 100$$

$$(effect-size)rY1 = d / \sqrt{d^2 + 4}$$

در این فرمول‌ها MPI درصد بهبودی و MPR درصد کاهش نمرات را نشان می‌دهد. این شاخص‌ها به ترتیب بیانگر تغییرات روند و شیب هستند. به علاوه، روش اصلی تحلیل داده‌ها در طرح‌های تک‌آزمودنی استفاده از شکل و تحلیل دیداری آن است. واری انفرادی نتایج تک تک آزمودنی‌ها موجب می‌شود که تغییرات شگرف در برخی آزمودنی‌ها به عنوان تغییرات گروهی تفسیر نگردد و نتایج به شکل واقع بینانه‌تری مورد تحلیل واقع شوند. در تحلیل دیداری طراز، روند و تغییرپذیری نقاط داده‌ها در مراحل مختلف مورد بررسی قرار می‌گیرد، در واقع تحلیل دیداری مستلزم بررسی این سه ویژگی در هر مرحله و در بین شرایط مختلف است [۲۵]. همچنین فراز و فرودهای متغیر واپسته در نمودار اساس دآوری در مورد میزان تغییر به شمار می‌آید.

هفتگی به وسیله‌ی متخصص روان‌شناسی بالینی تحت طرح‌واره درمانی هیجانی قرار گرفتند. راهنمای طرح‌واره درمانی هیجانی برای اختلال اضطراب فراگیر در مرحله نخست بر اساس کتاب راهنمای کاربردی تکنیک‌های تنظیم هیجان در روان‌درمانی^۱ [۱۴] طراحی شد، سپس در مرحله‌ی بعد توسط یک متخصص روان‌شناس بالینی و یک متخصص روان‌شناسی مورد بررسی قرار گرفت و در مرحله‌ی آخر پس از اعمال نظرات متخصصان، راهنمای نهایی درمان تهیه شد. این برنامه طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به طور هفتگی بر روی بیماران اجرا گردید. طرح‌واره درمانی هیجانی بر مفاهیم، ارزیابی‌ها، تفاسیر و راهبردهای به کار گرفته شده در مقابله با هیجان‌ها تأکید می‌کند. این برنامه‌ی درمانی با تأکید بر اصول بنیادی درمان‌های شناختی-رفتاری و ادغام آن با پیشرفت‌های جدید در پژوهش‌های مربوط به تنظیم هیجان سعی در اصلاح باورها و راهبردهای به کار گرفته شده به منظور مقابله با هیجان‌ها دارد. در این درمان هدف تلاش برای حذف و سرکوب هیجان‌ها نیست، بلکه هدف این است که روش‌هایی معنادار و سازنده برای استفاده از تجربه‌ی هیجانی فراهم آید. این برنامه‌ی درمانی از بخش‌های مختلفی تشکیل شده که عبارتند: از اعتباریابی^۲، که به عنوان محور اصلی درمان بر آن تأکید می‌شود و این فرآیند نه تنها در جلسات اولیه و با ایجاد محیط هیجانی امن، اتحاد درمانی و یافتن حقیقت و علت هیجان‌ها به کار می‌رود بلکه در سرتاسر جلسات درمانی و در صورت لزوم به کار گرفته می‌شود؛ آموزش روانی^۳ و شناسایی انواع گوناگونی از هیجان‌ها و نام‌گذاری آن‌ها؛ عادی سازی تجربه هیجانی از جمله هیجان‌های دشوار و دردناک و پذیرش هیجان‌ها؛ مرتبط ساختن هیجان‌ها با نیازهای شخصی و ارتباطات بین فردی؛ شناسایی باورهای دردرساز و راهبردهایی (طرح‌واره‌هایی) که بیمار برای تفسیر، قضاوت، کنترل و اقدام درباره هیجان استفاده می‌کند؛ گردآوری اطلاعات با استفاده از تکنیک‌های تجربی و به کارگیری آزمایش‌های هیجانی جهت ارائه پاسخ‌های مفیدتر نسبت به هیجان‌ها، ایجاد راهبردها و باورهای جدید،

4- mindfulness

5- improvement percentage

6- effect size

1- emotion regulation in psychotherapy

2- validation

3- Psychoeducation

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات طرح‌واره درمانی هیجانی برای درمان اختلال اضطراب فراگیر (GAD)

جلسه	محتوای جلسه
اول	ارزیابی، تدوین فرمول‌بندی موردی؛ آماده‌سازی و معرفی مدل طرح‌واره هیجانی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، آموزش روانی در مورد اختلال اضطراب فراگیر و هیجان. تکلیف خانگی: تمایز میان افکار، احساس و رفتار- کارکرد هیجان‌ها (اضطراب)
دوم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، مرور فرمول‌بندی موردی، شناسایی راهبردهای دردرساز بیمار و طرح‌واره های هیجانی بیمار، تکلیف خانگی: ترسیم مدل توسط بیمار در شرایط هیجانی و شناسایی راهبردهای دردرساز
سوم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، به کارگیری تکنیک شناسایی و برجسب‌زنی هیجان‌ها، تکلیف خانگی: ثبت هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان
چهارم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، استفاده از تکنیک عادی‌سازی هیجان، تکنیک کاهش استرس، تکلیف خانگی: آزمایش رفتاری در مورد اینکه هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند، تمرین کاهش استرس
پنجم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با باورهای غلط هیجانی، تکنیک پذیرش هیجان، تکلیف خانگی: باورهای غلط، مطالعه‌ی حقایق پایه در مورد هیجان‌ها، مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها
ششم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با بیمار برای رها ساختن راهبردهای دردرساز، شناسایی راهبردهای مفید و معرفی ذهن‌آگاهی به منظور دست کشیدن از نگرانی و نشخوار و راهبردهای رفتاری، تکلیف خانگی: تحمل احساسات آمیخته، ذهن آگاهی
هفتم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه‌ی چالش با راهبردهای دردرساز، کار بر روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (طرح‌واره‌های هیجانی)، تکلیف خانگی: ذهن آگاهی، و متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان (کنترل، پذیرش، توافق، طول مدت و...)
هشتم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، تکلیف خانگی: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجان‌ها، احساس گناه، شرم و...)
نهم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورهای و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، استفاده از تکنیک بالا رفتن از نردبان معانی، تکلیف خانگی: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر،
دهم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضا سازی برای هیجان، گفتگو در مورد هرگونه مسئله باقی مانده. ارائه نسخه ای مکتوب از تکنیک‌ها و جلسات به بیمار

یافته‌ها

در جدول دو مؤلفه‌های توصیفی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات نگرانی، نشانه‌ها و علائم اضطراب بیماران در هفت بار مشاهده ارائه شده است.

جدول ۲) مؤلفه‌های توصیفی نمرات نگرانی، نشانه‌ها و علائم اضطراب اختلال اضطراب فراگیر بیماران در طول درمان و دوره پیگیری

متغیر	شاخص	خط پایه	جلسه دوم	جلسه چهارم	جلسه ششم	جلسه هشتم	جلسه دهم	پیگیری
نگرانی	میانگین	۵۸/۵۰	۴۹	۴۴/۵	۳۹/۵	۳۴/۵	۳۰/۵	۲۸
	انحراف استاندارد	۶/۳۶	۷/۰۷	۷/۷۷	۷/۷۷	۶/۳۶	۲/۱۲	۲/۲۸
نشانه‌ها	میانگین	۳۶/۵	۲۵/۵	۲۲	۱۸	۱۵	۱۱/۵۰	۱۱/۵۰
	انحراف استاندارد	۰/۷۰	۰/۷۰	۱/۴۱	۰	۱/۴۱	۰/۷۰	۳/۵۳
علائم	میانگین	۳۳	۲۱/۵	۱۷	۱۳/۵	۱۰	۸	۸
	انحراف استاندارد	۱/۴۱	۲/۱۲	۲/۸۲	۲/۱۲	۰	۱/۴۱	۱/۴۱

نگرانی (PSWQ)، نشانه‌های اضطراب (HARS)، علائم اضطراب (BAI)

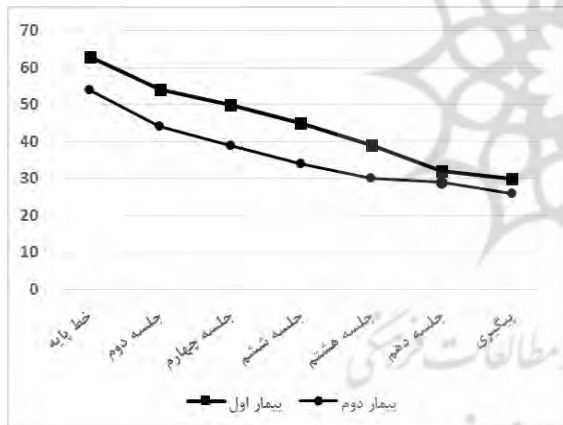
در جدول سه نمرات خط پایه، میانگین نمرات مداخله، انحراف استاندارد، شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان نشانه‌های اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۳) شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری و اندازه اثر نمرات بیماران در نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب

بیمار	متغیر	خط پایه	میانگین مداخله	انحراف استاندارد مداخله	درصد بهبودی (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر (r)	پیگیری	درصد بهبودی (MPI)	درصد کاهش نمرات (MPR)	اندازه اثر (r)
اول	نگرانی	۶۳	۴۴	۸/۷۴	۴۳/۱۸	۳۰/۱۵	۰/۸۴	۳۰	۱۱۰	۵۲/۳۸	۰/۹۹
	نشانه‌ها	۳۷	۱۸/۴۰	۶/۱۸	۱۰۱/۰۸	۵۰/۲۷	۰/۹۰	۹	۳۱۱/۱۱	۷۵/۶۷	۰/۹۹
	علائم	۳۴	۱۴/۸۰	۶/۴۹	۱۲۹/۷۲	۵۶/۴۷	۰/۹۰	۷	۳۸۵/۷۱	۷۹/۴۱	۰/۹۹
دوم	نگرانی	۵۴	۳۵/۲۰	۶/۳۰	۵۲/۴۰	۳۴/۸۱	۰/۹۰	۲۶	۱۰۷/۶۹	۵۱/۸۵	۰/۹۹
	نشانه‌ها	۳۶	۱۸/۴۰	۴/۹۲	۹۵/۶۵	۴۸/۸۸	۰/۹۲	۱۴	۱۵۷/۱۴	۶۱/۱۱	۰/۹۹
	علائم	۳۲	۱۳/۲۰	۴/۴۳	۱۴۲/۴۲	۵۸/۷۵	۰/۹۵	۹	۲۵۵/۵۵	۷۱/۸۷	۰/۹۹

نگرانی (PSWQ)، نشانه‌های اضطراب (HARS)، علائم اضطراب (BAI)

از نمودار برای تحلیل دیداری متغیرهای پژوهش بهره گرفته شد.

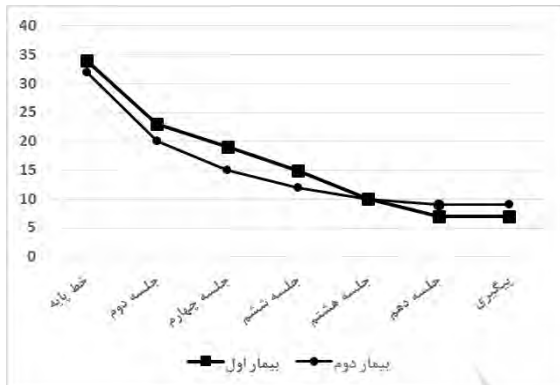


شکل ۱) تغییرات نمرات بیماران در نگرانی

در شکل یک تغییرات نمرات دو بیمار در طی ۶ جلسه ارزیابی در مقیاس نگرانی و یک دوره پیگیری دو ماهه را نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود طراز نمرات نگرانی برای بیمار اول در دو جلسه اول ۹ واحد افت داشته که نسبت به سایر مراحل ارزیابی بیشتر و چشمگیرتر است، در مجموع طراز بیمار اول در انتهای درمان ۳۱ واحد و در دوره پیگیری دو ماهه ۳۳ واحد نسبت به خط پایه افت داشته است. طراز نمرات نگرانی برای بیمار دوم نیز در پایان جلسه دوم ۱۰ واحد افت کرده است که بیشترین میزان در مقایسه با سایر جلسات است. هم‌چنین کمترین میزان

اندازه‌های اثر به دست آمده بیانگر میزان اثربخشی نسبتاً بالای طرح‌واره درمانی هیجانی در نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است ($r_1 = 0/84$ و $r_2 = 0/90$ در دوره مداخله، و $r_1 = 0/99$ و $r_2 = 0/99$ در دوره پیگیری). این اندازه‌های اثر برای هر دو بیمار در هر سه متغیر نسبتاً بالا است و این مقدار در دوره مداخله برای متغیرهای علائم ($r_1 = 0/90$ و $r_2 = 0/95$ در دوره مداخله، و $r_1 = 0/99$ و $r_2 = 0/99$ در دوره پیگیری) و نشانه‌ها ($r_1 = 0/90$ و $r_2 = 0/93$ در دوره مداخله، و $r_1 = 0/99$ و $r_2 = 0/99$ در دوره پیگیری) بیشتر از نگرانی است. افزون بر این به منظور تجزیه و تحلیل بیشتر و دقیق‌تر از شاخص‌های درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات و همچنین تحلیل دیداری نیز استفاده شد. همان‌طور که ملاحظه می‌شود درصد بهبودی به دست آمده و درصد کاهش نمرات در متغیر نگرانی برای بیمار اول در دوره پیگیری نسبت به انتهای دوره درمان نسبتاً بالا است. هم‌چنین درصد بهبودی به دست آمده و درصد کاهش نمرات برای بیمار دوم در دوره مداخله و پیگیری نیز نسبتاً بالا است. علاوه بر این، درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات در نشانه‌ها و علائم اختلال اضطراب فراگیر برای هر دو بیمار در دوره مداخله و پیگیری بسیار بالا است. در ادامه و به منظور تجزیه و تحلیل دقیق‌تر هر بیمار

برای هر دو بیمار تا پایان جلسات درمانی ادامه دارد. تنها نمره‌ی بیمار دوم در دوره‌ی پیگیری ۲ واحد افزایش یافته است. تغییرپذیری نقاط داده‌ای نیز برای دو بیمار زیاد نبوده و از یک الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار هستند، تنها در دوره‌ی پیگیری اندکی بازگشت نمرات در بیمار دوم مشاهده می‌شود که این میزان ناچیز است، با این حال پیش‌بینی نمرات بیمار دوم را تا حدودی با مشکل مواجه می‌سازد.



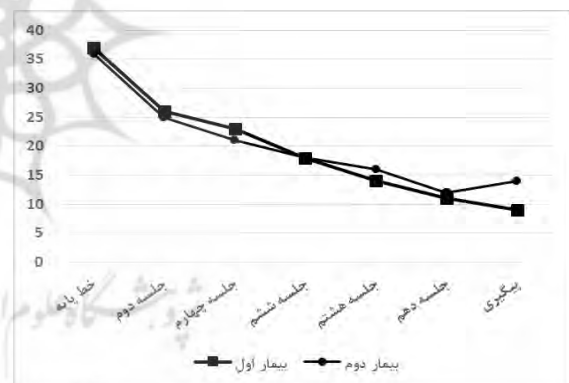
شکل ۳) تغییرات نمرات بیماران در علائم اضطراب

شکل سه نشان‌دهنده‌ی تغییرات در علائم اضطراب می‌باشد. همان‌طور که مشاهده می‌شود طراز نمرات دو بیمار در جلسات ابتدایی بیشترین افت را داشته است. در انتهای درمان بیمار اول ۲۷ واحد و بیمار دوم ۲۳ واحد افت در نمرات علائم اضطراب نشان می‌دهند. همچنین این میزان برای دوره‌ی پیگیری نیز حفظ شده است. روند کاهش شدت نمرات اضطراب در ابتدای درمان با شیب تندی همراه است و سپس با شیب ثابتی تا پایان جلسات درمانی ادامه می‌یابد. تغییرپذیری نقاط داده‌ای نیز برای هر دو بیمار ناچیز است و از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است.

بحث

هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. با نگاهی به یافته‌ها در می‌توان دریافت که طرح‌واره درمانی هیجانی توانسته طی ۱۰ جلسه میزان علائم و نشانه‌ها و همچنین نگرانی بیماران را به طور معناداری کاهش دهد. این نتایج با یافته‌های پژوهش لی‌هی [۲۶] در اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی در درمان اختلال وسواسی-اجباری بیمار مقاوم به

آن نیز ۱ واحد است که از جلسه هشتم تا پایان درمان است. در مجموع بیمار دوم در پایان درمان ۲۵ واحد و در دوره‌ی پیگیری ۲۸ واحد افت طراز در نمرات نگرانی نشان می‌دهد. روند نمرات هر دو بیمار کاهش چشمگیری داشته است. روند کاهش نمرات در ابتدا برای هر دو بیمار دارای شیب تندتری است و در ادامه تا هفته پایانی با شیب ثابتی ادامه دارد. نمره بیمار اول در مقیاس نگرانی در مقایسه با بیمار دوم بیشتر است اما در پایان جلسات درمانی روند کاهش نمرات او به گونه‌ای است که به بیمار دوم بسیار نزدیک است. ضمن اینکه شیب کاهش نمرات برای بیمار دوم از جلسه هشتم تا پایان درمان نسبت به جلسات قبلی و همچنین بیمار اول کمتر است. روند نمرات بیماران در دوره‌ی پیگیری نیز کاهش یافته است که حاکی از تغییرات ایجاد شده نسبت به خط پایه و حفظ دستاوردهای به دست آمده است. همچنین تغییرپذیری نقاط داده‌ای برای هر دو بیمار زیاد نیست، که نشان‌دهنده‌ی ثبات نسبی در تغییرات ایجاد شده است و اینکه نمرات بیماران از الگوی قابل پیش‌بینی برخوردار است.



شکل ۲) تغییرات نمرات بیماران در نشانه‌های اضطراب

شکل دو شامل نمرات بیماران در نشانه‌های اضطراب می‌باشد. همان‌گونه که در این نمودار مشاهده می‌شود طراز نمرات بیمار اول در پایان جلسه دوم ۱۱ واحد افت داشته که بیشترین مقدار در طول جلسات درمان است. در مجموع نمرات بیمار اول در انتهای درمان ۲۶ واحد و در دوره‌ی پیگیری ۲۸ واحد افت داشته است. نمره‌ی طراز بیمار دوم در نشانه‌های اضطراب در انتهای درمان ۲۴ واحد و در دوره‌ی پیگیری ۲۲ واحد نسبت به خط پایه افت داشته است. روند نمرات هر دو بیمار در طول جلسات درمان کاهش قابل ملاحظه‌ای را نشان می‌دهد. این روند کاهش

درباره‌ی اشتباهات بالقوه یا پیامدهای بد گوش‌به‌زنگ هستند، به رفتارهای ایمنی (از قبیل آمادگی بیش‌ازحد) می‌پردازند، تلاش می‌کنند تا نگرانی‌های خود را با استفاده از جستجو برای راه‌حل‌های کامل در جهت کاهش عدم قطعیت برطرف کنند و ممکن است از موقعیت‌هایی که نگرانی آن‌ها را برمی‌انگیزد اجتناب کنند. درنهایت این راه‌حل‌های به کار گرفته‌شده اختلال اضطراب فراگیر را تشکیل می‌دهند و فرد دچار اضطراب می‌شود. در طرح‌واره‌های درمانی هیجانی و بر اساس مفهوم‌بندی موردی راهبردهای همیشگی به کار گرفته شده توسط بیمار شناسایی می‌شود و به او یادآوری می‌شود که این راهبردها مناسب نبوده و در بلندمدت موجب تشدید مشکل وی می‌شوند. لذا از وی درخواست می‌شود تا راهبردهای همیشگی را کنار بگذارد و راهبردهایی که به وی در جلسات منتقل می‌شود را در پاسخ به برانگیخته شدن هیجان‌ها و نشانه‌ها و علائم اضطراب به کار گیرد. از طرفی نتایج پژوهش نشان دهنده کاهش قابل توجهی در میزان نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. امروزه اختلال اضطراب فراگیر عمدتاً اختلالی در نظر گرفته می‌شود که با نگرانی بیش از حد و افزایش برانگیختگی مشخص می‌شود. به کارگیری نگرانی در کوتاه‌مدت موجب کاهش هیجان می‌شود اما در بلندمدت باعث تشدید مشکل می‌شود. یکی از مؤلفه‌های کلیدی در فعال‌سازی نگرانی و تداوم آن اجتناب هیجانی است [۱۱]. طرح‌واره درمانی هیجانی نیز با شناسایی راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد اجتناب هیجانی نظیر سرکوب هیجان، نشخوار و نگرانی با استفاده از تکنیک‌هایی همانند اعتباربخشی، ابراز، پذیرش هیجان، ذهن‌آگاهی، مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارزش‌های والاتر، تحمل احساس‌های آمیخته، به رها ساختن اجتناب هیجانی و مولفه‌ی اصلی اختلال اضطراب فراگیر یعنی نگرانی کمک می‌کند. همچنین مشکل اصلی در اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند به طور کلی ناشی از ترس از تجربه هیجانی و اجتناب هیجانی باشد، در نتیجه شاید بتوان با شناسایی عواملی زیربنایی که موجب ترس و اجتناب از تجربه هیجانی می‌شود به درمان و کاهش نگرانی افراد مبتلا به این اختلال کمک کرد. یکی از این عوامل زیربنایی که به نظر می‌رسد موجب ترس و اجتناب از تجربه هیجانی

درمان همسو است. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر طرح‌واره درمانی هیجانی توانست علائم و نشانه‌های اضطراب را به میزان قابل توجهی کاهش دهد. پژوهش‌ها نشان داده که طرح‌واره‌های هیجانی با طیف گسترده‌ای از اختلال‌ها نظیر، افسردگی، اضطراب، نگرانی مزمن، وابستگی به مواد، روابط ناکارآمد و اختلال‌های شخصیت همبستگی دارد [۱۳، ۱۵]. مدل طرح‌واره هیجانی معتقد است هنگامی که یک هیجان برانگیخته و یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده و یا کاهش می‌یابد. برخی از طرح‌واره‌های هیجانی بیشتر از سایر طرح‌واره‌ها مشخص‌کننده اختلال‌های خاص هستند. برای مثال طرح‌واره‌های هیجانی کنترل، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و باورها درباره‌ی طول مدت هیجان بهترین پیش‌بین اضطراب هستند [۲۷]. اضطراب اغلب به صورت امری غیرقابل مقابله و یا از دست دادن کنترل در مورد خطر یک موقعیت و یا خطر هیجان‌هایی که فرد تجربه می‌کند، تجربه می‌شود. [۵، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲]. به علاوه از آنجاکه فقدان کنترل منجر به فاجعه‌ی بیشتری می‌شود باور به این که کنترل کردن لازم است جنبه‌ی متناقض اکثر اختلال‌های اضطرابی است: اینکه فرد نیاز دارد تا در کنترل حواس جسمی و هیجان‌ها باشد، و نمی‌تواند آن‌ها را کنترل کند و در نتیجه کنترل بیشتر لازم است. افراد بیشتر مضطرب می‌شوند چون بر این باور هستند که فقدان کنترل لزوماً خطرناک است. در واقع طرح‌واره درمانی هیجانی با به‌کارگیری رویکرد پذیرش هیجان‌ها و ذهن‌آگاهی و همچنین اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار، حواس جسمی و هیجان‌های اضطرابی می‌شود و با آموزش به بیمار برای اتخاذ موضعی به دور از قضاوت کردن هیجان‌ها و مشاهده آن‌ها به کاهش علائم و نشانه‌های اضطراب منجر می‌شود. از طرفی ارتباط اضطراب با طرح‌واره‌های هیجانی ناکارآمد در پژوهش‌های قبلی نشان داده‌شده است [۱۳، ۱۴]. بنا بر مدل سبب‌شناسی طرح‌واره هیجانی، ارزیابی‌های منفی از هیجان و راهبردهای تنظیم هیجانی هستند که مشکل سازند. برای مثال افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نسبت به افکار

می‌شود، طرح‌واره‌های هیجانی هستند که در پژوهش‌های اخیر نیز این امر نشان داده شده است [۱۲، ۱۵]. مدل طرح‌واره هیجانی بر این اصل استوار است که افراد دارای اختلال اضطرابی از نگرانی به عنوان راهبردی برای مقابله با هیجان برانگیخته شده استفاده می‌کنند، لذا با توجه به یافته‌های پژوهش با به‌کارگیری طرح‌واره درمانی هیجانی می‌توان ضمن اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی و کمک به تنظیم هیجان، به اصلاح باورهای فراشناختی مرتبط با نگرانی پرداخت و استفاده از نگرانی را به عنوان راهبردی ناکارآمد در تنظیم هیجان کاهش داد [۱۳، ۱۴]. در این درمان زمانی که فرد دچار آشفتگی هیجانی می‌شود، ارزیابی‌ها در مورد هیجان و راهبردهای به‌کارگرفته شده توسط فرد شناسایی می‌شود. در ابتدا با افزایش آگاهی و آموزش روانی در مورد هیجان‌ها، ترس و اجتناب هیجانی بیماران مورد هدف قرار می‌گیرد تا تجربه هیجانی را به صورت بهنجار و همگانی در نظر بگیرند. این بازشناسی در مورد هیجان‌ها که آن‌ها همگانی هستند به جای قضاوت، سرکوب کردن، فرار و یا اجتناب از هیجان به عادی سازی، اعتباربخشی و ترغیب به پذیرش طیف گسترده‌ای از هیجان‌ها کمک می‌کند [۱۳]. بیماران با برجسب‌زنی و آموزش در مورد هیجان‌ها و اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی از قبیل، پذیرش هیجان، خودآگاهی هیجانی، غیرقابل کنترل بودن هیجان و مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارزش‌های والاتر ضمن کاهش علائم و نگرانی یاد می‌گیرند به جای مقابله با هیجان از روش‌های جایگزین دیگری استفاده کنند. طرح‌واره درمانی هیجانی اعتباریابی را به خصوص در ابتدای درمان و سپس در طول درمان به عنوان محور اصلی درمان در نظر می‌گیرد. هدف از اعتباریابی ایجاد محیط هیجانی امن برای بیمار است تا بتواند به درمانگر برای مطرح ساختن آسیب‌پذیری خود اعتماد کند. سال‌ها پیش کارل راجرز^۱ بر توجه مثبت نامشروط^۲ تأکید می‌کرد، اما در طرح‌واره درمانی هیجانی علاوه بر آن توجه به معنای این اعتبارزدایی برای فرد، استانداردهای او برای اعتباریابی و پیامدهای ناشی از اعتبارزدایی پرداخته می‌شود. بنابر تعریف اعتباریابی عبارت است از پی بردن به حقیقت در افکار و

احساسات مورد نظر، که در درمان شامل چهار مولفه است، انعکاس، همدلی، یافتن حقیقت و کاوش [۱۳] در این درمان بر دو نوع اعتباریابی تأکید می‌شود: ۱) اعتباریابی از سوی درمانگر و ۲) اعتباربخشی توسط خود فرد. با توجه به ارتباط اعتباریابی با سایر طرح‌واره‌های هیجانی از قبیل، طول مدت هیجان‌ها و ناتوانی در درک هیجان‌ها، علاوه بر به‌کارگیری اعتباریابی به عنوان مولفه‌ای ارزشمند در رابطه درمانی می‌توان از آن به عنوان یک ابزار قدرتمند در اصلاح سایر طرح‌واره‌های هیجانی و راهبردهای دردسرساز نیز استفاده کرد. از آن‌جا که طرح‌واره درمانی هیجانی اعتباریابی را بخش عمده و محور اصلی درمان قرار می‌دهد بیماری که خود و هیجان‌هایش مورد اعتبار قرار می‌گیرد بر این باور خواهد بود که می‌تواند هیجان‌های خود را ابراز کند، اینکه سایر افراد نیز چنین هیجان‌هایی را تجربه می‌کنند، هیجان‌ها خارج از کنترل نیستند، دارای معنا هستند و احساسات آمیخته^۳ را می‌توان تحمل کرد و همچنین موجب کاهش نشخوار، سرزنش، نگرانی، اضطراب و افسردگی می‌شود [۱۳]. با توجه به یافته‌های پژوهش‌های یادشده در زمینه ارتباط طرح‌واره‌های هیجانی با آسیب‌شناسی روانی و اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی و مقایسه آن با نتایج پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که طرح‌واره درمانی هیجانی روشی مؤثر در کاهش اضطراب و نگرانی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. انسان به گونه‌ای منحصر به فرد از قابلیت به کارگیری زبان، تفکر منطقی پردازش روابط و حافظه برخوردار شده است تا بتواند از راهبردهایی سنجیده و آگاهانه برای تنظیم هیجان استفاده کند. مطالعات نشان داده‌اند که هرچند ممکن است هر دو الگوی بالا به پائین^۴ (نزولی) و پائین به بالا^۵ (صعودی) در تنظیم هیجان نقش داشته باشد با این حال، طبق مدل طرح‌واره هیجانی، هیجان‌ها ممکن است ایزه‌ی شناخت‌ها شوند و مورد هدف شناخت‌ها قرار گیرند و از طرفی فعالیت قشر جلوی پیشانی از مؤلفه‌های اصلی تنظیم هیجان در انسان به ویژه در پردازش بالا به پائین است [۳۳، ۳۴]. از طرفی در طرح‌واره درمانی هیجانی با توجه به فرمول‌بندی بیمار از راهبردهای

3- mixed feelings

4- Top- down

5- Bottom- up

1- Carl Rogers

2- unconditional positive regard

شرایط اجرای این پژوهش را هموار ساختند سپاسگزاری می‌نماییم.

منابع

- 1- Dugas MJ. Generalized anxiety disorder publications: so where do we stand. *J Anxiety Disord.* 2000; 14(1): 31-40.
- 2- American Psychiatry Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* American Psychiatric Pub. 2013.
- 3- Robichaud M. Generalized Anxiety Disorder: Targeting Intolerance of Uncertainty. In: Simos G, Hofman SG, editor. *CBT for Anxiety Disorders: A Practitioner Book*. Chichester: Wiley. 2013; p. 57-85.
- 4- Wells A. Metacognitive therapy for worry and generalized anxiety disorder. In: Davey GCL, Wells A, editor *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*. Chichester: Wiley. 2006; 259-72.
- 5- Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clin Psychol: Sci Pract.* 2002; 9(1): 85-90.
- 6- Roemer L, Orsillo SM. An acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. In: Orsillo SM, Roemer L, editor. *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment*. New York: Springer. 2005; p. 213-40.
- 7- Mennin DS, Turk CL., Heimberg RG, Carmin, CN. Regulation of emotion in generalized anxiety disorder. In: Reinecke MA, Clark DA, editor. *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice*. Cambridge: Cambridge University Press. 2004; 60-89.
- 8- Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2005; 43(10):1281-310.
- 9- Mennin DS, McLaughlin KA, Flanagan TJ. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(7): 866-71.
- 10- Roemer L, Lee JK, Salters-Pedneault K, Erisman SM, Orsillo SM, Mennin DS. Mindfulness and Emotion Regulation Difficulties in Generalized Anxiety Disorder: Preliminary Evidence for Independent and Overlapping Contributions. *Behav Ther.* 2009; 40(2):142-54.
- 11- Borkovec TD, Alcaine O, Behar E. Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In: Heimberg RG, Turk CL, Menin DS, editor.

پیشایند و پسایند استفاده می‌شود. آموزش روانی در مورد هیجان، عادی سازی تجربه هیجان، پذیرش، خودآگاهی هیجانی، تحمل احساسات آمیخته، پیوند هیجان‌ها با ارزش‌های والاتر، ذهن‌آگاهی، فضا سازی برای هیجان‌ها موجب تحمل و تاب‌آوری و تنظیم هیجان‌های مختلف و هم‌چنین کارآمدی فردی، معانی کامل‌تری از زندگی و دستیابی به اهداف مورد نظر که به عنوان توانمندسازی فردی است، می‌شود. لذا با استفاده از طرح‌واره درمانی هیجانی می‌توان با فعال‌سازی کنترل بالا به پائین ضمن کاهش نشانه‌ها و علائم اضطراب و کاهش نگرانی بیماران به صورت گسترده به بیمار آموزش مدیریت و تنظیم هیجان داده به طوری که در مواجهه با سایر هیجان‌ها از قبیل خشم، غمگینی، ناامیدی و ... راهبردهای آموخته‌شده در جلسات را به کارگیرد و به این لحاظ صرفه‌جویی در زمان و هزینه و کارآمدی و بهره‌وری در مقایسه با سایر درمان‌های موجود که بر سازه‌های خاص تأکید می‌کنند در بردارد. ضمن کاربرد یافته‌ها، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی از قبیل تک جنسیتی بودن نمونه و دوره‌ی پیگیری کوتاه مدت است که تعمیم پژوهش حاضر را با محدودیت مواجه می‌سازد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی از کارآزمایی‌های گروهی و نمونه‌های مرد استفاده کنند و به منظور ارزیابی پایداری نمرات بیماران از دوره‌های پیگیری طولانی مدت و ارزیابی اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی در سایر اختلال‌های روان‌شناختی پرداخته شود. طرح‌واره درمانی هیجانی به عنوان درمانی فراتشخیصی، کوتاه مدت و مقرون به صرفه از لحاظ اقتصادی است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود تا این مداخله در درمان مشکلات روان‌شناختی به خصوص اختلال‌های اضطرابی و خلقی و اختلال‌هایی که با بر هم خوردن تنظیم هیجان مرتبط است مد نظر متخصصان و روان‌شناسان بالینی در مراکز درمانی قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان و هم‌چنین ارزیاب مستقل این پژوهش جناب آقای الیاس اکبری کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی و کارکنان مرکز خدمات روان‌شناسی و مشاوره کاج و مرکز جامع اعصاب و روان پارسینا که

- anxious arousal. *Int J Cogn Ther.* 2012; 5(4):380-91.
- 28- Barlow DH. *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic: Guilford press.* 2004.
- 29- Hayes SC. *Acceptance, mindfulness, and science. Clin Psychol Sci Pract.* 2002; 9(1):101-06.
- 30- Heimberg RG, Turk CL, Mennin DS. *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice: Guilford Press.* 2004.
- 31- Hofmann SG, Alpers GW, Pauli P. *Phenomenology of panic and phobic disorders.* In: Antony MM, Stein M, editor. *Oxford handbook of anxiety and related disorders.* New York: Oxford University Press. 2009; p. 34° 46.
- 32- Wells A, Carter K. *Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. Behav Ther.* 2002; 32(1): 85-102.
- 33- Davidson RJ, Fox A, Kalin NH. *Neural bases of emotion regulation in nonhuman primates and humans.* In: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation.* New York: Guilford Press. 2007; p. 47-68.
- 34- Ochsner KN, Gross JJ. *The cognitive control of emotion. Trends Cogn Sci.* 2005; 9(5): 242-49.
- Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice.* New York: Guilford Press. 2004; P. 77-108.
- 12- Leahy RL. *A model of emotional schemas. Cogn Behav Pract.* 2002; 9(3):177-90.
- 13- Leahy RL. *Emotional Schema Therapy.* New York: Guilford Press. 2015.
- 14- Leahy RL, Tirsch DD, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide.* New York: Guilford Press. 2011.
- 15- Kamali S, Gharraee B, Birashk B. *The Role of Emotional Schema in Prediction of Pathological Worry in Iranian Students. Procedia Soc Behav Sci.* 2013; 84(0): 994-98.
- 16- Mohammadkhani Sh, Soleimani H, Seyd Ali Naghei SA. *The role of emotional schemas in resilience of people living with HIV. J Knowl Health.* 2014; 9(3):1-10. [Persian].
- 17- Gall MD, Borg WR, Gall JP. *Educational research: an introduction 6th ed.* Translated by Nasr AR. Tehran: Samt. 2006. [Persian].
- 18- Saif, AA. *Single-subject research designs. J educ.* 1987; 10: 20-38. [Persian].
- 19- Molina S, Borkovec TD. *The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated characteristics .In Davey GCL, Tallis F, editor. Worrying :Perspectives on theory, assessment, and treatment.* Oxford: John Wiley & Sons. 1994; 265-83.
- 20- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory° IL.San Antonio: psychological Corporation.* 1996.
- 21- Beck AT, Steer RA, Carbin MG. *Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clin Psychol Rev.* 1988; 8(1):77-100.
- 22- Kaviani H, Mousavi AS. *Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran Univ Med J.* 2008; 66 (2): 136-40. [Persian].
- 23- Fydrich T, Dowdall D, Chambless DL. *Reliability and validity of the beck anxiety inventory. J Anxiety Disord.* 1992; 6(1): 55-61.
- 24- Abolghasemi A, Narimani M. *Psychological Tests.* Ardabil: Bagh-e- Rezvan; 2005. [Persian].
- 25- Cooper JO, Heron TE, Heward HL. *Applied Behavior Analysis.* Columbus: Merrill Publishing Company. 1987.
- 26- Leahy RL. *Emotional Schemas and Self-Help: Homework Compliance and Obsessive-Compulsive Disorder. Cogn Behav Pract.* 2007; 14(3):297-302.
- 27- Tirsch DD, Leahy RL, Silberstein LR, Melwani PS. *Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: the role of flexible response patterns to*

Effectiveness of Emotional Schema Therapy in Reduction of Worry and Anxiety's Signs and Symptoms in Patients with Generalized Anxiety Disorder: Single-Subject Design

Khaleghi, M. *Master Student., Mohammadkhani, Sh. Ph.D., Hasani, J. Ph.D.

Abstract

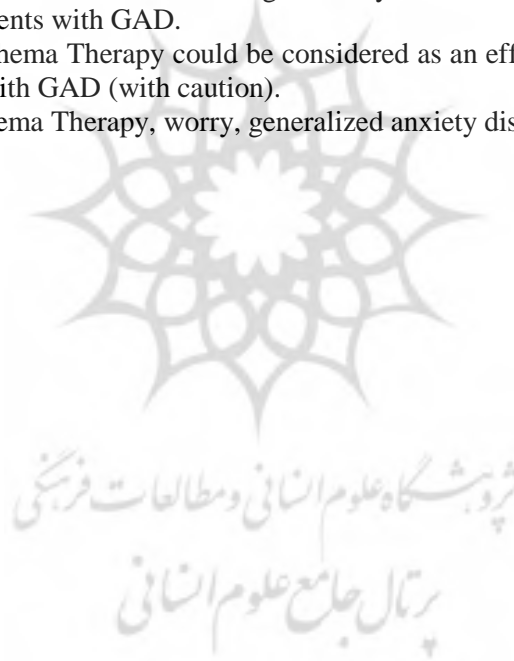
Introduction: According to recent studies, rate of anxiety disorders is high and relatively few of these studies have been focused on generalized anxiety disorder (GAD). The aim of the present study was to investigate the effectiveness of emotional schema therapy (EST) on worry and anxiety's signs and symptoms in patients with GAD.

Method: The present study was conducted in the frame of single subject design. Two patients with generalized anxiety disorder were selected based on generalized anxiety disorder diagnosis by psychiatrist and structured clinical interview (SCID) by clinical psychologist and inclusion and exclusion criteria and they received emotional schema therapy for 10 sessions of 1 hour. Patients were evaluated 7 times during treatment and 2 months follow up by Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Pen State Worry Questionnaire (PSWQ). Data were analyzed by for trend changes, slope, reviewing of charts; also effect size and percentage of recovery were used to determine the clinical significance.

Results: The data analysis showed that EST is significantly effective in reducing worry and anxiety's signs and symptoms in patients with GAD.

Conclusion: Emotional Schema Therapy could be considered as an effective therapy to psychological interventions for patients with GAD (with caution).

Keywords: Emotional Schema Therapy, worry, generalized anxiety disorder (GAD)



*Correspondence E-mail:
Mohammad.khaleghi66@gmail.com