

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر درماندگی روان شناختی، کیفیت زندگی و تنظیم شناختی

هیجان نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

فاطمه احمدی^۱، مریم کدخدایی^{۲*}

(۱) کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

(۲) استادیار گروه روانشناسی، واحد مبارکه، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

*نویسنده مسئول: mkadkhodaie@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله ۱۴۰۲/۰۶/۰۴

تاریخ دریافت مقاله ۱۴۰۲/۰۵/۰۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر درماندگی روان شناختی، کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه دانش آموزان مضطرب مقطع متوسطه در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بودند که به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی شهر اهواز مراجعه نمودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر دانش‌آموز مضطرب بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس و به صورت هدفمند، با توجه به ملاک‌های ورود و خروج مطالعه انتخاب شدند. گروه آزمایش مداخله آموزشی را در جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای هفتگی دریافت نمودند و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. پیش از انجام مداخله و بعد از آن، اعضای گروه های آزمایش و کنترل به پرسش‌نامه‌های درماندگی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ SPSS و با روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها نشان داد بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر درماندگی روان شناختی، کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/001$). به عبارت دیگر طرحواره درمانی هیجانی باعث کاهش درماندگی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان شد.

کلید واژگان: طرحواره درمانی هیجانی، درماندگی روان‌شناختی، کیفیت زندگی، تنظیم شناختی هیجان، اضطراب اجتماعی

مقدمه

شخصیتی، خلقی، اضطرابی و اختلال‌های مرتبط با مواد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بیشترین درصد شیوع اضطراب اجتماعی در سال‌های نوجوانی است ولی شروع در سنین پایین‌تر (حتی ۵ سالگی) و بالاتر (۳۵ سالگی) نیز گزارش شده است (سادوک، سادوک و پدرو، ۲۰۱۵). آن، نوردال و بیدل (۲۰۲۲) شیوع این اختلال در بین نوجوانان را بین ۲ تا ۵/۷ درصد گزارش نمودند. نوجوانان مضطرب اجتماعی به‌طور کلی مرادوات

اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان شایع‌ترین اختلال از طبقه اختلال‌های اضطرابی است که چنانچه درمان نشود با دوره‌های مزمن و پنهان همراه می‌گردد و مشکلات اساسی در عملکرد اجتماعی، شغلی و تحصیلی ایجاد کرده و سبب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (آدرکا و همکاران، ۲۰۱۲). ویژگی اصلی این اختلال ترس یا اضطراب محسوس یا شدید از موقعیت‌های اجتماعی است که در آن‌ها ممکن است فرد، مورد بررسی دقیق و منفی دیگران قرار گیرد. این اختلال زمینه‌ساز اختلال‌های

² American Psychiatric Association

³ - Sadock, Sadock & Pedro

⁴ Aune, Nordahl & Beidel

¹ - Aderka et al

اختلال و سیر مزمن آن به شدت، سطح سلامت روانی مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی را مختل می‌سازد و لزوم توجه و رسیدگی بر اساس مداخله‌های روان‌شناختی را نشان می‌دهد.

بررسی یافته‌های صالحی و دهقان نیری (۱۳۹۰) نیز ارتباط نسبتاً قوی و منفی سطح اضطراب و کیفیت زندگی را نشان داد. این اختلال بسیار ناتوان کننده است و مختل شدن بسیاری از جنبه‌های زندگی و در موارد شدید کاهش چشمگیر کیفیت زندگی فرد را به دنبال دارد (دریمن، گاردنر، ویکس، و هیمبرگ^۶، ۲۰۱۶). پژوهش‌های انجام شده در خارج از کشور، بیانگر رو آوردن دانشجویان به الکل، دارو و سیگار برای سازگاری با اضطراب است (شارما^۷، ۲۰۰۸) و همانطور که پژوهش سریراماردی، شانکار و بینو^۸ (۲۰۱۷) در مورد دانشجویان نپال، نشان داد وجود اضطراب و تأثیر آن بر کیفیت زندگی این دسته از دانشجویان، می‌تواند بر یادگیری و عملکرد بالینی آنان تأثیر بگذارد (صالحی و دهقان نیری، ۱۳۹۰).

همچنین مشکل تنظیم هیجان از جمله عوامل فراتشخیصی مشترک در بین اختلال‌های روانی و بخصوص در اضطراب اجتماعی است (بارلو و همکاران^۹، ۲۰۱۷). برخی از پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اختلال اضطراب اجتماعی، ارتباط زیادی با دشواری در تنظیم هیجان دارد (کلمانسی، کورتیس، مک لوکلین، و نولن هوکسیما^{۱۰}، ۲۰۱۷). سایر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه‌های گواه شدت بیشتری از هیجان‌ات را گزارش می‌دهند و مهارت‌های کمی برای شناسایی و توصیف هیجان‌ات خود دارند (مینن، هولوی، فرسکو، مور و هیمبرگ^{۱۱}، ۲۰۱۷). علاوه بر این درک ضعیف هیجان‌ها، علائم اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند (سونگ و همکاران^{۱۲}،

اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبرو می‌شوند (مک آلی، کاستانگویا و گلدفرید^۱، ۲۰۱۴).

یکی از عوامل مرتبط با اضطراب اجتماعی، درماندگی روان‌شناختی^۲ است. درماندگی روان‌شناختی را به عنوان وضعیتی هیجانی تعریف می‌کنند که فرد هنگام روبرو شدن با موقعیت‌های نگران کننده، ناکام ساز و آسیب زا تجربه می‌کند و متشکل از احساس‌های منفی بیقراری، افسردگی، خشم، اضطراب، تنهایی، انزوا و روابط مشکل ساز بین فردی است (مابیتسلا^۳، ۲۰۰۳). هنری و کرافورد^۴ (۲۰۰۵) سه عامل اضطراب، افسردگی و استرس را مؤلفه‌های اصلی درماندگی روان‌شناختی می‌دانند. استرس در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از نوع اجتماعی است. پژوهش‌های زیادی دلالت بر نقش استرس در شروع، تشدید و تداوم ترس‌های اجتماعی و اختلال اضطراب اجتماعی دارد. موقعیت‌های استرس‌زای اجتماعی باعث افزایش هیجان‌های منفی و کاهش عزت نفس افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود، و این افراد به دلیل افکار ناکارآمد خود حساسیت بیشتری نسبت به استرس اجتماعی دارند (فارمر و کاشدان^۵، ۲۰۱۵). هیجان‌هایی از جمله اضطراب، افسردگی و استرس عملکرد زیستی روانی اجتماعی افراد را به شدت مختل می‌کنند و عدم توجه و رسیدگی به آنها علاوه بر حفظ و تشدید اختلال موجب کاهش و افت عملکرد زیستی روانی اجتماعی آنها از جمله مشکلات در سطح سبک زندگی همچون اختلال در اشتها، خواب، تمرکز، آرامش روانی، تداوم و برقراری روابط اجتماعی مثبت و سازنده می‌شود. پرهیز و اجتناب این افراد از چرخه روابط اجتماعی، اضطراب و استرس شدید در هنگام رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی و افسردگی ناشی از

⁶ - Dryman, Gardner, Weeks & Heimberg

⁷ - Sharma

⁸ - Sreeramareddy, Shankar & Binu

⁹ - Barlow

¹⁰ - Klemanski, Curtiss, McLaughlin & Nolen-Hoeksema

¹¹ - Mennin, Holaway, Fresco, Moore & Heimberg

¹² - Sung

¹ - McAleavey, Castonguay & Goldfried

² - psychological distress

³ - Mabitsele

⁴ - Henry & Crawford

⁵ - Farmer & Kashdan

و سپهری شاملو، ۱۳۹۸)، کاهش خود زنی و افزایش تنظیم شناختی هیجان در سربازان (قدرتی شاه توری، راه نجات، دباغی و همکاران، ۱۳۹۹)، ناگویی هیجانی و علایم بیماران دارای نشانه های بدنی (ایزدی، اشرفی، فتحی آشتیانی، ۱۳۹۸)، کاهش پریشانی روان شناختی و دشواری تنظیم هیجان (محمدی، سپهری شاملو، و اصغری قوام آبادی، ۱۳۹۸) نشان داده است. علاوه بر این اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی زنان مبتلا به چاقی (پاک اندیش، کراسکیان و جمهری، ۱۴۰۲)، بر بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان زنان تحت عمل جراحی چاقی (سبحانی و همکاران، ۲۰۲۳)، تاب آوری (سیف حسینی و همکاران، ۱۳۹۸)، تاب آوری و توانمندی های اجتماعی دانش آموزان افسرده (رهبر کرباسدهی، ابوالقاسمی و رهبر کرباسدهی، ۱۳۹۸)، کاهش پریشانی روان شناختی نوجوانان طلاق (منجری، اسدپور، رسولی و زهراکار، ۱۴۰۱)، کاهش اضطراب، افسردگی و استرس و افزایش خودکارآمدی بیماران مبتلا به بیماری مولتیبل اسکلروزیس (فرهادی، پسندیده، وزیری، ۱۴۰۰)، اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه و افزایش کیفیت زندگی (احمدی، ماردپور و محمودی، ۱۳۹۹)، افزایش تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی مبتلایان به آسم (عباسی، مرادمنش، نادری و بختیارپور، ۱۳۹۹)، و کاهش اضطراب اجتماعی در افراد دلبسته ناایمن (خدایی خیاوی، حسینیان و یزدی، ۱۳۹۵) مورد بررسی قرار گرفته است.

با توجه به اینکه اختلال اضطراب اجتماعی در سنین اوج استقلال طلبی فرد بروز کرده و بهبود خود به خودی آن بسیار اندک است و از آنجا که قشر بزرگی از جامعه را نوجوانان تشکیل می دهند که بیشتر از دیگران با فعالیت های اجتماعی از قبیل سخنرانی در جمع، فعالیت در حضور دیگران و تعامل اجتماعی سروکار دارند، و به دلیل اضطراب اجتماعی دچار عوارضی نظیر افت تحصیلی می شوند، و افت تحصیلی به عنوان یکی از مشکلات آموزشی مدارس سراسر کشور مطرح شده است (محقق، دوستی و

۲۰۱۲). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دارای ارتباط منفی با آسیب های روانی (یعنی انطباقی) هستند در حالی که راهبردهای خاصی نیز با علت بروز و حفظ اختلالات بالینی ارتباط دارند (محمدی و نشاط دوست، ۱۳۹۴). مطالعات نشان داده اند که راهبردهای سازگارانه (یعنی ارزیابی مجدد، حل مسئله) همبستگی منفی معنی داری با اختلال اضطراب اجتماعی و راهبردهای ناسازگارانه (نشخوار فکری، سرزنش، فاجعه سازی و فرونشانی) همبستگی های مثبت با این اختلال داشتند (الدو و نولن هوکسما، ۲۰۱۰). مارتین و دالن^۲ (۲۰۰۵) نیز گزارش دادند که سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه سازی به طور معناداری علائم اضطراب را پیش بینی می کنند. در مطالعه سونگ و همکاران (۲۰۱۲) نیز، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه بهنجار نمرات کمتری در تنظیم هیجانات منفی دریافت کردند.

افزون بر این بسیاری از الگوهای درمانی التقاطی به نقش پررنگ هیجان ها در تحول و تداوم اختلال های روان شناختی پی برده اند، به گونه ای که بسیاری از آن ها به سوی الگوهای هیجانی شناختی حرکت کرده اند (خانزاده، ادریسی، محمدخانی و سعیدیان، ۱۳۹۲). یکی از این الگوها، طرحواره درمانی هیجانی لیهی^۳ می باشد که شکل جدیدی از درمان شناختی رفتاری است. لیهی این رویکرد درمانی را با اقتباس از نظریه شناختی بک، طرحواره درمانی یانگ (۲۰۰۶)، الگوی فراشناختی ولز^۴ (۲۰۱۱) و رویکردهای مبتنی بر پذیرش برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود (لیهی، ۲۰۰۲).

همچنین پژوهش ها اثر بخشی این شیوه درمانی را بر تنظیم هیجانی و کمال گرایی (آبادی، ۲۰۲۳)، کیفیت زندگی و احساس عاملیت بیماران مبتلا به سرطان (طالبی و همکاران، ۱۴۰۲)، اضطراب و طرحواره های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (امام زمانی، مشهدی،

^۱ - Aldao & Nolen-Hoeksema

^۲ - Martin & Dahlen

^۳ - Leahy, R

^۴ - Wells

^۵ - Abbadi

- طرحواره درمانی هیجانی بر درماندگی روان شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تاثیر دارد.

- طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تاثیر دارد.

- طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و ناسازگارانه نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تاثیر دارد.

روش شناسی

پژوهش حاضر شبه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به یک مرکز مشاوره روان‌شناختی در شهر اهواز در طی سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۱ تشکیل می‌دهد. نمونه آماری ۳۰ نفر از نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به این مرکز بودند که با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. (ملاک‌های ورود شامل داشتن ملاک‌های تشخیصی اضطراب اجتماعی در مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5، سن ۱۲ تا ۱۸ سال، سکونت در شهر اهواز، تمایل نوجوانان و تعهد کتبی والدین آن‌ها به حضور در تمامی جلسات بود. ملاک‌های خروج شامل یک جلسه غیبت و بیشتر، و استفاده از سایر خدمات مشاوره و روان‌درمانی در طول درمان بود). سپس برای افراد نمونه پژوهش علاوه بر بیان هدف و اهمیت پژوهش، درباره رعایت نکات اخلاقی اطمینان خاطر داده شد و آنان رضایت‌نامه شرکت آگاهانه و داوطلبانه در پژوهش را امضاء کردند. پس از آن، شرکت‌کنندگان، پرسشنامه‌های درماندگی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان را تکمیل نمودند و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت برابر ۱۵ نفر در هر یک از گروه‌ها قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش، طی ۱۰ هفته و در ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای در برنامه طرحواره درمانی هیجانی که توسط پژوهشگر در همان مرکز صورت گرفت، شرکت کردند و

جعفری، ۱۳۹۴). همچنین با توجه به شواهدی که در حمایت از نقش زیربنایی طرحواره‌های ناکارآمد در اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد، پژوهشگران، طرحواره‌های ناسازگار اولیه مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی را آماج مناسبی برای رویکرد طرحواره درمانی تلقی می‌نمایند (کالوت و اریو^۱، ۲۰۰۸). بررسی پیشینه پژوهشی نیز نشان می‌دهد جز مطالعه خورشیدزاده و همکاران (۱۳۹۰) و خدایی خیاوی و همکاران (۱۳۹۵) که طرحواره درمانی را به شیوه موردی بر مبتلایان به اضطراب اجتماعی اجرا کرده‌اند؛ پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال مذکور بخصوص بر روی جامعه دانش‌آموزان مضطرب نپرداخته است. از سوی دیگر، در حوزه اختلال‌های اضطرابی این مساله نیز توجه متخصصان را به خود، جلب کرده است که نقش عوامل زمینه‌ساز در شکل‌گیری این اختلال‌ها چون هیجان‌ها را باید مدنظر قرار داد و نادیده انگاری آنها ممکن است بر نتایج درمان و مفهوم سازی اختلال‌ها تاثیر بگذارد(منین و همکاران، ۲۰۱۷؛ سونگ و همکاران، ۲۰۱۲). درک بهتر مکانیسم‌های زیربنایی اضطراب اجتماعی متضمن افزایش روش‌های مختلف درمانی و درمان مناسب با توجه به نیازهای مختلف افراد است (موریسون و همکاران^۲، ۲۰۱۶). این امر اهمیت بررسی درمانی را که کارآمدتر باشد و جنبه‌های مختلف و مرتبط با اضطراب اجتماعی را پوشش دهد، بیش از پیش روشن می‌سازد. بنابراین پژوهش حاضر درصدد است الگوی طرحواره درمانی هیجانی لیهی را که بطور هم‌زمان طرحواره‌ها و هیجان‌های مرتبط با آن را، هدف قرار می‌دهد به کار گیرد. از این رو هدف این پژوهش پاسخگویی به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی هیجانی بر درماندگی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان(سازگارانه و ناسازگارانه) در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است؟ و بر این اساس سه فرضیه مطرح می‌شود.

¹ - Calvete & Orue

² - Morrison

(۱۳۸۶) ضریب اعتبار بازآزمایی فرم کوتاه مقیاس در فاصله‌ای سه هفته‌ای برای استرس ۰/۸۰، افسردگی ۰/۸۱ و اضطراب ۰/۷۸ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ بود. در پژوهش حاضر پایایی کل پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بدست آمده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی: کیداسکرین^۳ با استفاده از پروژه اروپایی ارتقای کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در کودکان و نوجوانان که شامل ۲۲۸۲۷ نفر از ۱۳ کشور اروپایی بود، ساخته شد (روبییتال و همکاران، ۲۰۰۷). کیداسکرین به صورت خودسنجی، برای کودکان و نوجوانان سالم و مبتلا به بیماری مزمن ۸ تا ۱۸ سال به کار می‌رود و نسخه‌های نیابتی آن برای پدر و مادر یا سایر مراقبان نیز در دسترس است. از کیداسکرین می‌توان در بیمارستان‌ها، مراکز پزشکی و مدارس استفاده کرد. هم‌اکنون سه نسخه ۵۲، ۲۷ و ۱۰ گویه‌ای از کیداسکرین وجود دارد. نسخه ۲۷ گویه‌ای شامل پنج بعد است: بهزیستی جسمی (۵ گویه)، بهزیستی روان‌شناختی (۷ گویه)، ارتباط با پدر و مادر و خودمختاری (۷ گویه)، حمایت اجتماعی و همسالان (۴ گویه) و محیط مدرسه (۴ گویه). این ابزار روی مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (از ۱= هیچگاه تا ۵= همیشه یا از ۱= به هیچ وجه تا ۵= بینهایت) پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ ابعاد ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. در ایران نیک‌آذین و همکاران (۱۳۹۱) در بررسی روایی همگرا و واگرا نشان دادند همبستگی میان ابعاد کیداسکرین، جز بعد حمایت اجتماعی و همسالان، با ابعاد مشابه در سایر پرسشنامه‌ها که ساختارهای مشابهی را می‌سنجیدند، در حد متوسط و قوی بود. آلفای کرونباخ برای تمامی ابعاد، جز بعد محیط مدرسه بالاتر از ۰/۷۰ بود. و ضرایب بازآزمایی دوهفته‌ای برای تمام ابعاد در حد قوی بود که نمایانگر ثبات آزمون در طول زمان است. در پژوهش حاضر پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بدست آمده است.

طی این مدت گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. بعد از اتمام مداخله، مجدداً پرسشنامه‌ها به عنوان پس‌آزمون، توسط شرکت‌کنندگان تکمیل شد. پس از پایان پژوهش، جهت رعایت اصول اخلاقی، درمان برای گروه کنترل نیز اجرا شد. همچنین همه موارد مرتبط با شرکت‌کنندگان به صورت محرمانه در نظر گرفته شد.

ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به شرح زیر است

مقیاس درماندگی روان‌شناختی (مقیاس افسردگی، اضطراب، استرس): این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند^۱ (۱۹۹۵) تهیه شد. از مجموع نمرات خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس نمره درماندگی روان‌شناختی به دست می‌آید. این مقیاس دارای دو فرم مختلف می‌باشد. فرم بلند آن ۴۲ سؤال دارد و فرم کوتاه آن ۲۱ سؤال، در فرم بلند هر یک از سازه‌های افسردگی، اضطراب و استرس توسط ۱۴ سؤال و در فرم کوتاه توسط ۷ سؤال مورد ارزیابی قرار می‌گیرند (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵؛ نقل از سامانی و جوکار، ۱۳۸۶). در این پژوهش از فرم کوتاه این مقیاس استفاده شده است. سوالات این مقیاس بر اساس طیف لیکرت چهار درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود به طوری که اصلاً امتیاز صفر، کمی امتیاز ۱، زیاد امتیاز ۲ و خیلی زیاد امتیاز ۳ را دریافت می‌کند. ماده های ۳، ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۷ و ۲۱ عامل افسردگی را مورد سنجش قرار می‌دهند. ماده های ۲، ۴، ۷، ۹، ۱۵، ۱۹ و ۲۰ عامل اضطراب را ارزیابی می‌کنند. ماده‌های ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۸ عامل استرس را مورد سنجش قرار می‌دهند. آنتونی و همکاران^۲ (۱۹۹۸) فرم کوتاه مقیاس را مورد تحلیل عاملی قرار دادند و سه عامل افسردگی، اضطراب و استرس را به دست آوردند. در پژوهش آنها ضریب آلفا برای این عوامل به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۲ و ۰/۹۵ بود. همچنین، همبستگی بین افسردگی و استرس ۰/۴۸، اضطراب و استرس ۰/۵۳ و اضطراب و افسردگی ۰/۲۸ بود. در ایران در پژوهش سامانی و جوکار

^۳ - KIDSCREEN

^۴ - Robitail

^۱ - Lovibond & Lovibond

^۲ - Antony

پژوهش حاضر پایایی کل مقیاس با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ بدست آمده است.

پروتکل درمانی: پروتکل درمانی این پژوهش طی ۱۰ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای جهت ارایه به گروه آزمایش، برگرفته از مدل طرحواره درمانی هیجانی لیهی (۲۰۱۵) تنظیم و اجرا شد. در همه جلسات، زبان ساده و عینی در آموزش، تأکید بر ابعاد بحث گروهی، کسب گزارش از تکالیف و پاسخگویی به سؤالات و ابهامات آنها در دستور کار قرار گرفت. در ادامه خلاصه جلسات آموزشی که در جدول ۱ آمده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱، ابزاری چندبعدی است که توسط گارنفسکی و همکاران^۲ در سال ۲۰۰۲ تدوین شده است و جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه است که بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه نمره‌گذاری می‌شود و به گزینه‌های پاسخ به ترتیب از نمره ۰ تا نمره ۴ تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان سازگارانه و ناسازگارانه را با ۷ خرده مقیاس زیر مورد ارزیابی قرار می‌دهد: تمرکز مثبت مجدد/ برنامه‌ریزی (ماده‌های ۴، ۵، ۶، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۳، ۳۱، ۳۲ و ۳۴)، ارزیابی مثبت/دیدگاه وسیع‌تر (ماده‌های ۷، ۱۶، ۲۲، ۲۴، ۲۵ و ۳۳)، و پذیرش (ماده‌های ۲، ۱۱، ۲۰ و ۲۹) به عنوان خرده مقیاس‌هایی که نظم جویی شناختی هیجان سازگارانه را می‌سنجند، و سرزنش دیگران (ماده‌های ۹، ۱۸، ۲۷ و ۳۶)، سرزنش خود (ماده‌های ۱، ۱۰ و ۲۸)، نشخوار فکری (ماده‌های ۳، ۱۲، ۱۹، ۲۱ و ۳۰)، و فاجعه آمیز کردن (ماده‌های ۸، ۱۷، ۲۶ و ۳۵) به عنوان خرده مقیاس‌هایی که نظم جویی شناختی هیجان ناسازگارانه را مورد سنجش قرار می‌دهند طبقه بندی شده اند. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پایایی بر اساس همسانی درونی و بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را در دامنه‌ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ و پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه را در محدوده همبستگی ۰/۴۸ تا ۰/۶۱ گزارش کردند. در ایران نیز سامانی و صادقی (۱۳۸۹) پایایی بر اساس همسانی درونی و بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را در دامنه‌ای بین ۰/۶۲ تا ۰/۹۱ و همچنین پایایی بازآزمایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه را در محدوده همبستگی ۰/۷۵ تا ۰/۸۸ گزارش کردند. در

¹ - Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

² - Granefski, Van Den Kommer, Kraaij, Teerds, Legerstef, & Onstein

جدول ۱- محتوی و هدف جلسات آموزشی طرحواره درمانی هیجانی

اهداف و محتوای جلسات	ردیف
معرفی، بیان قوانین گروه، توضیح اعضا درباره اهداف شرکت در گروه و نگرانی های خود. اعتبار دادن به هیجان ها. آموزش روانی درباره اختلال اضطراب اجتماعی. تکلیف: تکمیل برگه هدف و انتظارات خود از درمان	جلسه اول
اعتبار دادن به هیجان ها. آموزش روانی درباره هیجان، تمایز آن با فکر و رفتار و طرحواره درمانی هیجانی و منطق آن. مطرح کردن کارکرد هیجانها و سیر تکاملی آنها. تعریف طرحوارهها 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	جلسه دوم
عادی سازی هیجان. اعتبار دادن. آموزش تکنیک آرمیدگی عضلانی. تمرین درباره گذرا بودن هیجان. تکلیف: تمرین مزایا و معایب این فکر که هیجانها 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 باورهای درباره احساس های مختلط. انجام تمرین درباره احساسهای 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 وکیل 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 وانجام تکنیک بررسی شواهد (خردگرایی). تشویق اعضا به بیان مثال هایی درباره مفید بودن استفاده از هیجان در کنار منطق 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 وکیل مدافع.	جلسه هفتم
بررسی سبک های دردرساز اعتبارزدایی. انجام تکنیک اعتبار بخشیدن به هیجان های خود. آموزش نحوه ی 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 انجام 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 ابراز احساس ها درباره آن. اجرای مجدد آزمون ها	جلسه دهم

با توجه به طرح پژوهشی حاضر از آزمون تحلیل

کوواریانس برای تحلیل فرضیه های پژوهش استفاده شد. در همین راستا ابتدا پیش فرض های همگونی واریانس و یکسان بودن شیب خط رگرسیون بررسی شد، و فرض صفر برای تساوی واریانس دو گروه در پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش تأیید شد. پیش فرض همگنی واریانس ها توسط آزمون لوین برای متغیرهای درماندگی روان شناختی ($F = ۱/۷۶۵$)، کیفیت زندگی ($F = ۱/۴۶۱$)، و تنظیم شناختی هیجان ($F = ۲/۱۲۳$) در دو گروه آزمایش و گواه با سطح معناداری ($P > ۰/۰۵$) تأیید گردید. افزون بر این بررسی یکسانی شیب رگرسیون برای متغیرهای درماندگی روان شناختی ($F = ۱/۱۲۶$)، کیفیت زندگی ($F = ۱/۳۲۰$)، و تنظیم شناختی هیجان ($F = ۱/۱۸۷$)

یافته ها

هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر درماندگی روان شناختی، کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و ناسازگارانه در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. جهت تجزیه و تحلیل داده ها از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی همچون تحلیل کوواریانس تک متغیره و چند متغیره استفاده شد. لازم به ذکر است به منظور بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس از آزمون لوین و یکسانی شیب رگرسیون استفاده شد. کلیه تحلیل های آماری پژوهش حاضر با استفاده از نسخه ۲۲ SPSS انجام شد.

(=) در دو گروه آزمایش و گواه با سطح معناداری (0/05) نمرات دو گروه، نقش داشت. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی به تفکیک دوگروه در جدول ۲ آورده شده است.

ارایانس دو گروه در پس آزمون، به دلیل همگنی واریانس‌های گروه‌ها در پیش آزمون، این تأثیرات متغیر مستقل (طرحواره درمانی) بود که در تفاوت احتمالی

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش بر حسب عضویت گروهی و مراحل ارزیابی

گروه کنترل		گروه آزمایش		متغیرها	
SD	M	SD	M		
۳/۹۷	۴۰/۶۷	۳/۵۲	۳۸/۴۰	پیش آزمون	تنظیم شناختی هیجان
۲/۷۴	۳۸/۵۳	۳/۹۷	۴۸/۶۷	پس آزمون	سازگارانه
۳/۸۰	۴۷/۰۷	۳/۹۳	۴۹/۲۰	پیش آزمون	تنظیم شناختی هیجان
۳/۲۰۰	۴۷/۳۳	۵/۷۴	۳۶/۲۰	پس آزمون	ناسازگارانه
۷/۹۰	۶۵/۵۶	۷/۳۴	۶۶/۱۸	پیش آزمون	کیفیت زندگی
۷/۲	۶۶/۲۱	۱۰/۴۹	۸۸/۱۵	پس آزمون	
۵/۶۷	۳۴/۸۴	۶/۳۲	۳۳/۵۵	پیش آزمون	درماندگی روان‌شناختی
۵/۸۵	۳۵/۰۴	۳/۱۳	۱۵/۷۵	پس آزمون	

اما در مرحله پس‌آزمون، میانگین و انحراف استاندارد، گروه آزمایش در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته است.

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که دو گروه پژوهش در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون تفاوت‌های چشم‌گیری با یکدیگر نداشته‌اند؛ چرا که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها، تقریباً به هم نزدیک بوده است

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس نمرات درماندگی روان‌شناختی و خرده مقیاس‌ها با کنترل پیش‌آزمون

شاخص‌ها	SS	Df	MS	F	سطح معنی داری	اندازه تاثیر
استرس	۵۴/۱۲	۱	۵۴/۱۲	۲۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۰
اضطراب	۹۱/۹۸	۱	۹۱/۹۸	۳۳/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴
افسردگی	۳۹/۷۴	۱	۳۹/۷۴	۱۷/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۷۷
درماندگی روان‌شناختی	۶۴/۷۶	۱	۶۴/۷۶	۲۹/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۴۳۲

آزمایش نسبت به میانگین نمره کلی درماندگی روان‌شناختی (و نمرات خرده مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی) گروه گواه، موجب کاهش معنادار درماندگی روان‌شناختی در گروه آزمایش شده است.

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ درماندگی روان‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد (0/001 < p). به عبارت دیگر، طرحواره درمانی با توجه به میانگین نمره کلی درماندگی روان‌شناختی (و نمرات خرده مقیاس‌های استرس، اضطراب و افسردگی) گروه

جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس نمرات کیفیت زندگی با کنترل پیش‌آزمون

شاخص‌ها	SS	Df	MS	F	سطح معنی داری	اندازه تاثیر
پیش‌آزمون	۴۵۰/۲۱	۱	۴۵۰/۲۱	۳۳/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۳۰

کیفیت زندگی گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره کیفیت زندگی گروه گواه، موجب افزایش معنادار کیفیت زندگی در گروه آزمایش شده است.

همان طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). به عبارت دیگر، طرحواره درمانی با توجه به میانگین نمره

جدول ۵- نتایج تحلیل کوواریانس نمرات تنظیم شناختی هیجان دو گروه با کنترل پیش‌آزمون

شاخص‌ها	SS	D f	MS	F	سطح معنی داری	اندازه تأثیر
تنظیم شناختی هیجان سازگارانه	۵۸۷/۳۵	۱	۵۸۷/۳۵	۴۹/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵
تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه	۷۸۹/۱۹	۱	۷۸۹/۱۹	۳۷/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹

اولیه در واقع نوعی آسیب‌پذیری روان‌شناختی هستند که زمینه ابتلای افراد به استرس را بیشتر می‌کنند. هرچقدر آنها انعطاف‌ناپذیرتر و شدیدتر باشند، بیشتر احتمال دارد که این افراد به نشانگان استرس دچار شوند. به علاوه رویکرد طرحواره درمانی هیجانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی و فراشناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از تکنیک‌های مختلف و پذیرش هیجان، در افراد علاوه بر زیر سؤال بردن طرحواره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث پذیرش و تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده مثل خشم ناشی از عدم ارضای نیازهای خودانگیختگی و دلبستگی ایمن به دیگران در سال‌های کودکی می‌شود. در نهایت می‌توان گفت، طرحواره درمانی هیجانی با الویت دادن به هیجانات بیمار، انجام تمرینات پذیرش هیجان، تاکید بر طرحواره‌ها و راهبردهای تنظیم هیجانی، شدت درماندگی روان‌شناختی فرد را کاهش می‌دهد.

فرضیه دوم این مطالعه مبنی بر این که طرحواره درمانی هیجانی بر کیفیت زندگی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر دارد، تأیید شد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های طالبی و همکاران (۱۴۰۲)، عباسی و همکاران (۱۳۹۹)، احمدی و همکاران (۱۳۹۹) همخوان و همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت هدف نهایی

همان طور که در جدول ۵ نشان داده شده است، با کنترل پیش‌آزمون، بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و ناسازگارانه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0/001$). به عبارت دیگر، طرحواره درمانی با توجه به میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و ناسازگارانه گروه آزمایش نسبت به میانگین نمره تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و ناسازگارانه گروه گواه، موجب بهبود معنادار تنظیم هیجان شناختی در گروه آزمایش شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره درمانی هیجانی بر درماندگی روان‌شناختی، کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و ناسازگارانه در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

فرضیه اول این مطالعه مبنی بر این که طرحواره درمانی هیجانی بر درماندگی روان‌شناختی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر دارد، تأیید شد. این نتایج با نتایج پژوهش‌های منجری و همکاران (۱۴۰۱)، و فرهادی و همکاران (۱۴۰۰) همخوان و همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره‌های ناسازگار

این یافته‌ها می‌توان گفت که نوجوانان شرکت کننده در این پژوهش تحت تاثیر تکنیک های مختلف از جمله اعتبار بخشیدن به هیجان های خود، و چالش با باورهای نادرست درباره هیجان ها، از طریق پردازش مجدد هیجانان و احساسات خود و تجربه های دوران کودکی و آگاهی بر تاثیر هدایتگر آن ها بر رفتارهای فعلی خود، سعی می کنند رفتار های خود را با عواطف و هیجانان مثبت همراه کنند. طرحواره درمانی با تاکید بر تغییر سبک های مقابله ای ناسازگار و طرحواره های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبکها و راهبردهای مقابله ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود علائم ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک اضطراب اجتماعی فراهم می آورد. بعلاوه نتیجه نهایی کاربرد طرحواره درمانی هیجانی اصلاح پردازش هیجانی است، که فرد در این مرحله می تواند منابع توجه خود را به جای تمرکز بر نشانه های مرتبط با اضطراب در طول مواجهه با موقعیت اجتماعی یا تمرکز بر افکار و تصورات منفی ناشی از آن موقعیت بر وقایع زندگی در حال انجام و سایر نشانه های بیرونی موجود در محیط متمرکز نماید و همچنین از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان به جای راهبردهای ناسازگارانه، بهره گیرد.

بنابراین طرحواره درمانی هیجانی با آماج قرار دادن ریشه های رشدی اختلال اضطراب اجتماعی و بازسازی طرحواره های ناسازگار اولیه، قادر به درمان علائم مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی شده است. طرحواره درمانی با تاکید بر سبک های مقابله ای ناسازگار و تاکید بر الگوهای رفتاری صحیح در درمان، فرصتی را برای بهبود علائم اجتناب موقعیتی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فراهم می کند. تاکید بر سبک های مقابله ای ناسازگار و آموزش الگوهای رفتاری صحیح

طرحواره درمانی بهبود طرحواره ها است. از آنجایی که طرحواره ها مجموعه ای از خاطرات، هیجان ها، احساسات های بدنی و شناخت واره ها هستند و بهبود طرحواره ها به کاهش تمام این موارد مربوط می شود. همزمان با بهبود طرحواره ها، شدت و تعداد دفعات فعال شدن آنها به طور قابل توجهی کاهش می یابد و این عوامل باعث افزایش کیفیت زندگی فرد می شود. به طور کلی می توان چنین برداشت کرد که طرحواره درمانی هیجانی با بهبود عواطف و احساسات منفی، تخلیه هیجانان، تغییر و اصلاح طرحواره های هیجانی منفی و سبک های مقابله ای ناسازگار و پاسخ های مقابله ای ناکارآمد می تواند باعث افزایش کیفیت زندگی فرد شود. به بیانی دیگر طرحواره درمانی منجر به الگوشکنی رفتاری شده و به مراجع کمک می کند تا برای جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگار به جای پاسخ های مقابله ای ناسازگار و ناکارآمد، تکالیف رفتاری را طرح ریزی و اجرا کند، و در نهایت باعث افزایش کیفیت زندگی می شود.

فرضیه سوم این مطالعه مبنی بر اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و ناسازگارانه در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تأیید شد. طرحواره درمانی هیجانی باعث افزایش تنظیم هیجان شناختی سازگارانه و کاهش تنظیم هیجان شناختی ناسازگارانه شد. این نتایج با پژوهش های انجام شده توسط ابادی (۲۰۲۳)، قدرتی شاه توری و همکاران (۱۳۹۹)، امام زمانی و همکاران (۱۳۹۸)، محمدی و همکاران (۱۳۹۸) و عباسی و همکاران (۱۳۹۹) همسو می باشد. از نظر لیهی هریک از اختلال های اضطرابی در بردارنده طرحواره های هیجانی (تفاسیر و تدابیر) در مورد هیجان ها هستند (لیهی، ۲۰۰۷). به طور کلی طرحواره های هیجانی ناکارآمد و روش های مقابله نادرست با هیجان ها موجب ایجاد مشکل در تجربه ی هیجانی افراد می شود. بنابراین می توان انتظار داشت با اصلاح طرحواره های هیجانی افراد، تجربه ی هیجانی آنها نیز اصلاح شود (امام زمانی و همکاران، ۱۳۹۷). در تبیین

مشاوران و درمانگران برای کاهش درماندگی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان از روش‌های روان‌شناختی به ویژه طرحواره‌درمانی استفاده کنند. استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، بررسی نمونه‌های متفاوت، پی‌گیری بلند مدت نتایج، مقایسه روش طرحواره‌درمانی با سایر روش‌های موج سوم از پیشنهادات پژوهشی این مطالعه است.

ملاحظات اخلاقی پژوهش: تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش رضایت خود را اعلام نمودند و اطمینان لازم در مورد محرمانگی اطلاعات به آنها داده شده است. تشکر و قدردانی: پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه نوجوانانی که نمونه پژوهش حاضر را تشکیل دادند و هم‌مینطور کادر مرکز مشاوره که همکاری صمیمانه‌ای را با پژوهشگران داشتند، تشکر نمایند.

منابع

احمدی، سحر؛ ماردپور، علیرضا و محمودی، آرمین. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، افزایش کیفیت زندگی و رضایت زناشویی در زوجین متقاضی طلاق در شهر شیراز. *روشها و مدل‌های روانشناختی*، ۱۱(۴۱)، ۷۰-۵۳.

امام زمانی، زهرا؛ مشهدی، علی؛ و سپهری شاملو، زهره. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی گروهی بر اضطراب و طرحواره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹(۱): ۲۴-۵
انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۱۳) راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویراست پنجم). ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۳) تهران: نشر روان.

ایزدی، فاطمه؛ اشرفی، عماد؛ و فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی

موجب می‌شود که دوری‌گزینی افراد از جمع و کناره‌گیری از مردم پیرامون خویش و هم‌چنین داشتن احساس منفی در ارتباط‌های اجتماعی روزمره، کاهش یابد. آموزش تکنیک‌های شناختی و رفتاری درمان طرحواره محور همچون آزمون اعتبار طرحواره و تکنیک‌های رفتاری مثل ایفای نقش و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌تواند در کاهش اضطراب اجتماعی و به ویژه در کاهش ترس از ارزیابی منفی به افراد یاری برساند. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. در واقع مراجع یاد می‌گیرد تا از طرحواره‌های مخرب فاصله بگیرد و به جای اینکه طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند.

در ضمن باید خاطر نشان کرد که با توجه به مزیت‌های درمان گروهی مثل پیوستن، عمومیت، الگوبرداری، نه تنها رسیدن به تعدیل و حتی تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه آسان‌تر است، بلکه از بعد کاربردی نیز درمان گروهی می‌تواند برای متخصصان و نهادهای اجتماعی مربوط نسبت به درمان‌های فردی مقرون به صرفه‌تر باشد (نامنی و همکاران، ۱۳۹۸).

مهمترین محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، استفاده از ابزارهای خودگزارشی، عدم پیگیری نتایج و محدود شدن جامعه پژوهش به نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهر اهواز بود.

از آنجایی که طرحواره‌درمانی هیجانی یک روش به نسبت ارزان، کاربردی و کارآمد است، بنابراین نتایج این مطالعه برای برنامه‌ریزان و متخصصان تعلیم و تربیت و مشاوران اشارات کاربردی دارد. پیشنهاد می‌شود مسئولان و برنامه‌ریزان بر اساس نتایج این پژوهش و سایر پژوهش‌ها برای کاهش درماندگی روان‌شناختی و افزایش کیفیت زندگی و تنظیم شناختی هیجان برنامه‌های جامع و کاربردی طراحی و از طریق درمانگران متخصص و مجرب اقدام به اجرای آنها کنند. همچنین توصیه می‌گردد

دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۲:
۴۱۱-۴۲۰.

سامانی، سیامک؛ و جوکار، بهرام. (۱۳۸۶).
بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه مقیاس افسردگی،
اضطراب و فشار روانی. *مجله علوم اجتماعی و*
انسانی دانشگاه شیراز، ۲۶(۳)، ۷۷-۶۵.

سامانی، سیامک؛ و صادقی، لادن. (۱۳۸۹).
کفایت شاخص های روان سنجی پرسشنامه ی
تنظیم شناختی هیجان. فصلنامه علمی پژوهشی
روش ها و مدل های روان شناختی، ۱(۱)، ۶۲-
۵۱

صالحی، تهمینه و دهقان نیری، ناهید. (۱۳۹۰).
ارتباط اضطراب و کیفیت زندگی در دانشجویان
مقیم خوابگاه های دانشگاه علوم پزشکی تهران.
پایش، ۱۰(۲)، ۱۸۴-۱۷۵.

طالبی، غلامرضا؛ رضایی جمالویی، حسن؛
باقریان سرارودی، رضا؛ و عریضی،
حمیدرضا. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی
هیجانی بر کیفیت زندگی و احساس عاملیت
بیماران مبتلا به سرطان پستان دارای اضطراب
مرگ. *تحقیقات علوم رفتاری*. ۲۱(۲)

عباسی، فروغ؛ مرادی منش، فردین؛ نادری، فرح
و بختیارپور، سعید. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره
درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی
در افراد مبتلا به آسم. *مجله دانشکده پزشکی*
دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۳(۲): ۲۴۵۴-
۲۴۴۶.

فرهادی، مریم، پسندیده، محمدمهدی، و
وزیری، شهرام. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی
طرحواره درمانی بر کاهش استرس، اضطراب،
افسردگی و افزایش خودکارآمدی در بیماران مبتلا
به مولتیپل اسکلروزیس. *روانشناسی بالینی و*
شخصیت، ۱۹(۲): ۵۷-۶۹.

بر کاهش طرحواره های هیجانی منفی، ناگویی
هیجانی و علایم بیماران دارای نشانه های بدنی.

تحقیقات علوم رفتاری. ۱۷(۲): ۲۴۳-۲۳۲
پاک اندیش، شادی؛ کراسکیان، آدیس؛ جمهری،
فرهاد. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی در
تنظیم هیجان و شاخص توده بدنی زنان مبتلا به
چاقی. *پژوهش توانبخشی در پرستاری*. ۹(۳)

خانزاده، مصطفی؛ ادریسی، فروغ؛ محمدخانی،
شهرام؛ و سعیدیان، محسن (۱۳۹۲) بررسی
ساختار عاملی و مشخصات روان سنجی مقیاس
طرحواره های هیجانی بر روی دانشجویان. *نشریه:*
مطالعات روانشناسی بالینی. ۱۱(۳): ۹۱-۱۱۹

خدائی خیاوی، سیامک؛ حسینیان، سیمین؛ و
یزدی، سیده منوره. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی
طرحواره درمانی و «حساسیت زدایی با حرکات
چشم و پردازش مجدد» به روش موردی بر
کاهش اضطراب اجتماعی: ارائه الگو. *مطالعات*
روان شناختی، ۱۲(۴): ۱۰۱-۱۲۰.

خورشیدزاده، محسن؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی،
فرامرزی؛ و دلاور، علی. (۱۳۹۰). اثربخشی طرحواره
درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب
اجتماعی. *پژوهش های روانشناسی بالینی و*
مشاوره، ۱(۲): ۲۴-۵.

رهبان کرباسدهی، فاطمه؛ ابوالقاسمی، عباس و
رهبان کرباسدهی، ابراهیم. (۱۳۹۸). اثربخشی
طرحواره درمانی بر تاب آوری روان شناختی و
توانمندی اجتماعی دانش آموزان با نشانه های
افسردگی. *مطالعات روان شناختی*، ۱۵(۴): ۷۳-
۹۰.

سیف حسینی، آزاده؛ اسدی، جوانشیر؛ ثناگو،
اکرم و خواجهوند، افسانه. (۱۳۹۸). مقایسه
اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر درمان گروهی
و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر
تاب آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان. *مجله*

فرزندان رزمندگان دفاع مقدس. طب نظامی، ۲۱، (۱): ۹۹-۹۱.

نیک آذین، امیر؛ نائینان، محمدرضا و شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۱). روایی و پایایی پرسشنامه کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کیداسکرین ۲۷ گویه ای در نمونه ای از دانش آموزان ایرانی. روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۱۸ (۴): ۳۲۱-۳۱۰.

Abbadly, A.S.(2023). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Improving Emotion Regulation and Reducing Neurotic Perfectionism Among University Students. *Information Sciences Letters*. 12, No. 4, 1853-1862.

Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 393-400.

Aldao A, & Nolen-Hoeksema S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *BRT*, 48(10):974-83.

Antony, Martin M., Bieling, Peter J., Cox, Brian J., Enns, Murray W., Swinson, Richard P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological Assessment*, Vol 10(2): 176-181

Aune, T., Nordahl, H.M., Beidel, D.C. (2022) Social anxiety disorder in adolescents: Prevalence and subtypes in the Young-HUNT3 study. *Journal of Anxiety Disorders*. Volume 87, 102546 . <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102546>

Barlow, D.H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M.W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S. and et al. (2017). The Unified Protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 74(9): 875-84.

Calvete, E., & Orue, I. (2008). Social anxiety and dysfunctional cognitive schemas [Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales]. *Psicologia Conductual*, 16: 5-21.

Calvete, E., Orue, I., Hankin, B.L. (2013). Early Maladaptive Schemas and Social Anxiety in Adolescents: The Mediating Role of Anxious Automatic Thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 26: 278-288.

قدرتی شاه توری، کاظم؛ راه نجات، امیرحسین؛ دباغی، پرویز؛ تقوا، ارسیا؛ دنیوی، وحید؛ و ابراهیمی، محمدرضا. (۱۳۹۹). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر بهبودی تنظیم شناختی - هیجان در سربازان اقدام کننده به خودزنی. طب نظامی، ۲۲ (۹): ۹۶۸-۹۵۶.

محقق، حسین؛ دوستی، پیمان؛ و جعفری، داوود. (۱۳۹۰). تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی، و نگرانی سلامتی دانشجویان. *مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶ (۲۳): ۸۱-۹۴.

محمدی، شهناز؛ و نشاط دوست، حمیدطاهر. (۱۳۹۴). پیش بینی اضطراب اجتماعی زنان متأهل شهر اصفهان بر اساس طرح واره های ناسازگار اولیه و تنظیم هیجان. نخستین کنگره بین المللی جامع روانشناسی ایران.

محمدی، هانیه؛ سپهری شاملو، زهره؛ اصغری قوام آبادی، و محمدجواد. (۱۳۹۸). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی گروهی بر کاهش پریشانی روان شناختی و دشواری تنظیم هیجان زنان مطلقه. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۱۳ (۵۱): ۳۶-۲۷.

منجزی، فرزانه، اسدپور، اسماعیل، رسولی، محسن، و زهراکار، کیانوش. (۱۴۰۱). تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی بر کاهش پریشانی روان شناختی نوجوانان طلاق. فصلنامه پژوهش های کاربردی روان شناختی (زیر چاپ)

نامی، ابراهیم؛ سعادت، سید حسن؛ کشاورز افشار، حسین و عسکرآبادی، فاطمه. (۱۳۹۸). اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر طرحواره درمانی بر کیفیت رابطه زناشویی، تمایز یافتگی و سخت رویی در زنان متقاضی طلاق در میان

- (2007). Testing the structural and cross-cultural validity of the KIDSCREEN-27 quality of life questionnaire. *Qual Life Res*, 16:1335-45.
- Sadock, B., Sadock, V., Pedro, R. (2015). Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences 11th ed.
- Sharma A. (2008). Problems related to menstruation and their effect on daily routine of students of a medical college in Delhi, India. *Asia Pacific Journal of Public Health*; Originally Published by: <http://aph.sagepub.com>.
- Sobhani Z., Hosseini S.V., Honarparvaran N., Khazraei H., Amini M., Hedayati A. (2023). The effectiveness of an online video-based group schema therapy in improvement of the cognitive emotion regulation strategies in women who have undergone bariatric surgery. *Journal BMC Surgery*. 23(1):98
- Sreeramareddy CT, Shankar PR, Binu VS. (2007). Psychological morbidity, sources of stress and coping strategies among undergraduate medical students of Nepal. *BMC Medical Education*. 2;7:26.
- Sung SC, Porter E, Robinaugh DJ, Marks EH, Marques LM, Otto MW, et al. (2012). Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: An examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *JAD*, 26(3): 435-41.
- Wells A. (2011). Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press.
- Young, J. E., Klosko, J S. & Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy, A practitioners Guide*. Guilford Press, New York
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W. and Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38(3): 1-8.
- Farmer, A. S., & Kashdan, T. B. (2015). Stress sensitivity and stress generation in social anxiety disorder: A temporal process approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), 102-114.
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *Clinical Psychology*, 44 (2), 227-239.
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A. and Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 41(2): 206-219.
- Leahy, R. (2002). A model of emotional schemas. *Journal of 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*
- Leahy, R. (2015). *Emotional schema therapy*, New York: The Guilford Press.
- Mabitsela, L. (2003). Exploratory study of psychological distress as understood by Pentecostal pastors, MA (Clinical thesis, University of Pretoria,
- Martin, R., Dahlen, E.R (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*. 39(7):1249-1260
- Mennin DS, Holaway RM, Fresco DM, Moore MT, Heimberg RG. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior therapy*, 38(3):284-302.
- McAleavey, A.A. Castonguay, L.G. & Goldfried, M.R. (2014), Clinical experiences in conducting cognitive behavioral therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, 45(1): 21- 35.
- Morrison AS, Brozovich FA, Lee IA, Jazaieri H, Goldin PR, Heimberg RG, Gross JJ. (2016). Anxiety trajectories in response to a speech task in social anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial of CBT. *Journal of Anxiety Disorders* Anxiety, 38: 21-30
- Robitail S, Ravens-Sieberer U, Simeoni MC, Rajmil L, Bruil j, Power M. et al.

Quarterly Journal of Educational Psychology Skills
Islamic Azad University Tonekabon Branch
Vol. 14, No. 2, summer 2023, No 54



Journal of Educational
Psychology

The effectiveness of emotional schema therapy on psychological distress, quality of life and cognitive emotion regulation in adolescents with social anxiety disorder

Fatemeh Ahmadi¹, Maryam Kadkhodae^{2*}

- 1) M.A, Department of Psychology, Mobarakeh Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2) Assistant Prof, Department of Psychology, Mobarakeh Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Abstract

The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of emotional schema therapy on psychological distress, quality of life, and cognitive emotion regulation in adolescents with social anxiety disorder. The research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the research was all the anxious high school students in the academic year 2022-2023 who were referred to one of the psychological counseling and service centers in Ahvaz. The sample size consisted of 30 anxious students who were selected by available and purposeful (targeted) sampling method and according to the inclusion and exclusion criteria of the study. The experimental group received ten sessions of 120 minutes per week, and the control group was placed on the waiting list. Before and after the intervention, the members of the experimental and control groups answered psychological distress, quality of life, and cognitive regulation of emotion questionnaires. Data were analyzed by using SPSS software version 22. The result of multivariate and univariate covariance analysis showed that there was a significant difference between the experimental and control groups in terms of psychological distress, quality of life, and cognitive emotion regulation in adolescents with social anxiety disorder ($p < 0.001$). In other words, emotional schema therapy reduced psychological distress and increased quality of life and cognitive regulation of emotion.

Key words: emotional schema therapy, psychological distress, quality of life, cognitive emotion regulation, social anxiety.
