



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

زمان چاپ: ۱۴۰۳/۰۱/۲۵

شماره مجوز مجله: ۸۰۴۰۰

## اثربخشی گروه درمانی طرحواره بر طرحواره های ناسازگار و بهبود علائم اختلال اضطراب فراگیر در دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه

لیلا گنابادی نژاد<sup>۱</sup>، ژیلای علی پور<sup>۲</sup>، فریده نظرزاده<sup>۳</sup>، محبوبه خجسته<sup>۴</sup>، املیا تاتاری<sup>۵</sup>، بنفشه جاویدی<sup>۶</sup>

۱- متخصص اعصاب و روان دانشگاه علوم پزشکی ارتش

۲- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

۳- دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند

۴- کارشناسی ارشد مشاوره توانبخشی قوچان

۵- کارشناسی ارشد روانشناسی موسسه آموزش عالی بهار مشهد

۶- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی تربت جام

.Nazarzadeh1986@gmail.com

### چکیده :

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره های ناسازگار و بهبود علائم اختلال اضطراب فراگیر در دختران دبیرستانی دوره دوم متوسطه بود. روش کار: به منظور انجام این پژوهش از بین بیماران دارای اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی و روانشناسی شهر مشهد که داوطلب شرکت در این پژوهش بوده اند، ۱۸ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه طرحواره های ناسازگار و مقیاس اختلال اضطراب فراگیر در پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ده جلسه تحت طرحواره درمانی گروهی قرار گرفته و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند. یافته ها: برای تحلیل رابطه بین متغیرها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد که میانگین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش به طور معناداری با گروه کنترل متفاوت است ( $P < 0/01$ ). نتیجه گیری: یافته های این پژوهش نشان دهنده ی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر بهبود طرحواره های ناسازگار و علائم اختلال اضطراب فراگیر در شرکت کنندگان در گروه آزمایش بود، بنابراین این درمان می تواند در تعیین مداخلات بالینی و برنامه های درمانی در این زمینه مفید باشد.

**کلمات کلیدی:** طرحواره درمانی گروهی، طرحواره های ناسازگار، اختلال اضطراب فراگیر، دختران دانش آموز.

### ۱- مقدمه :

اختلال اضطراب فراگیر یا اختلال اضطراب منتشر نوعی اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول در مورد اتفاقات و فعالیت های روزمره تعریف می شود. اختلال اضطراب منتشر سیر مزمن تری از سایر اختلالات اضطرابی دارد و



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

می‌تواند برای ماه‌ها در فرد وجود داشته باشد. اضطراب بیش از حد بدون هیچ دلیل مشخص، علامت اصلی اضطراب فراگیر است. در این اختلال شخص به‌طور اغراق‌آمیزی در مورد اتفاقات روزمره نگران است [۱]. افراد مبتلا دائماً منتظر یک فاجعه هستند و نمی‌توانند نگرانی خود را در مورد امور مختلف مثل سلامتی، پول، خانواده، شغل و تحصیل کنترل کنند. ترس، نگرانی و وحشت جزئی از حالت روزمره افراد مبتلا است. در این افراد اضطراب چنان بر تفکر آن‌ها مسلط شده، که در انجام کارهای روزمره و روابط اجتماعی دچار مشکل هستند. گاهی ممکن است با فکر کردن به کارهای روزانه دچار اضطراب شویم و این کاملاً طبیعی است. اما فرد مبتلا به GAD توانایی کنترل نگرانی و اضطرابش را ندارد. او احساس می‌کند که کنترل همه چیز از دستش خارج شده است [۲].

شیوع اختلالات اضطرابی به‌طور کلی در زنان دو برابر مردان است. شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب منتشر در نوجوانان و بالغین جامعه عمومی آمریکا به ترتیب ۹ درصد و ۹/۲ درصد و شیوع ۱۲ ماهه آن در سایر کشورها ۴/۰ درصد تا ۶/۳ درصد است. در مجموع سن متوسط شروع اختلال دیرتر از سایر اختلالات اضطرابی است. تفاوت اصلی که در رده‌های مختلف بین بیماران دیده می‌شود مربوط به محتوای نگرانی فرد است [۳]. کودکان و نوجوانان معمولاً بیشتر راجع به مدرسه و امور ورزشی نگران هستند در حالیکه سالمندان بیشتر دغدغه سلامتی خانواده و سلامت جسمی خودشان را دارند؛ بنابراین به نظر می‌رسد محتوای نگرانی‌های فرد متناسب با سن وی باشد. شدت علائم در بالغین جوان تر بیشتر از بالغین مسن تر است. به‌طور کلی افراد مبتلا به GAD برداشت نادرستی از اتفاق‌ها و تعامل‌های اجتماعی دارند. آن‌ها ممکن است اتفاق یا رفتاری را تهدیدکننده یا توهین‌آمیز تلقی کنند، درحالی‌که اصلاً اینگونه نیست [۴].

اگرچه عوامل ژنتیکی و بیولوژیکی در ایجاد GAD نقش دارند، اما عوامل پیچیده روانشناختی، محیطی و اجتماعی اصلی‌ترین نقش را در ایجاد اختلال اضطراب فراگیر ایفا می‌کنند. محققان سلامت روان دریافته‌اند که آسیب‌های روحی در دوران کودکی می‌تواند خطر ابتلا به GAD را افزایش دهد. تجارب آسیب‌زایی مثل آزار جسمی و روحی، بی‌توجهی والدین، مرگ یکی از عزیزان، طرد شدن به‌وسیله والدین، طلاق و انزوا از موثرترین عوامل در ایجاد اختلال اضطراب فراگیر هستند. وقتی شخصی در دوره کودکی شرایط سختی را تجربه می‌کند که باعث عدم اطمینان به دنیا، تحقیر، ترس و بی‌اعتمادی نسبت به دیگران می‌شود، طبیعی است که در بزرگسالی در مواجهه با موقعیت‌های مختلف (هرچند عادی) دچار اضطراب و نگرانی شود. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که بهترین درمان برای این بیماران ترکیبی از روان‌درمانی و دارودرمانی در کنار اقدامات حمایتی است [۱].

در مجموع مطالعات انجام شده در زمینه ی 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 بوده اند [۵].

یکی از روان‌درمانی‌های موثر بر اختلالات اضطرابی طرحواره درمانی است. طرح‌واره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که به‌طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی رفتاری سنتی بنا شده است. این مدل اگر چه مولفه‌های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می‌داند، اما به تغییر هیجانی، تکنیک‌های تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می‌دهد [۶]. طرحواره درمانی بر تغییر و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه تاکید می‌کند و به باور یانگ، طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه، ساختارهای شناختی عمیقی شامل باورهایی درباره خود، دیگران و محیط هستند که از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند. این طرحواره‌ها اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و در نهایت نگرش‌ها و پردازش شناختی نابهنجار را در پی دارند



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

[۷]. هدف طرحواره درمانی کمک به بیماران برای برآورده کردن نیازهای هیجانی اساسی‌شان از طریق یادگیری است. درمان کردن طرحواره از طریق کاهش دادن شدت خاطرات هیجانی به وجود آورنده‌ی طرحواره و کاهش دادن شدت حساسیت بدنی و فیزیکی و تغییر الگوهای شناختی مرتبط با طرحواره و همچنین جایگزین کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار با الگوهای رفتار سازگاران از تکنیک‌های مورد استفاده در طرحواره درمانی است [۸]. در این درمان تمرکز اصلی بر برقراری ارتباط بین رفتارهای خوردن با طرحواره‌ها است، تا جاییکه بیماران بتوانند درباره‌ی خاستگاه‌ها و عملکردهای مقابله‌ای مرتبط با الگوی نشانگان اختلال خوردن در خودشان آگاهی و کنترل هشیارانه‌ی بیشتری به دست آورند [۹].

بررسی ادبیات پژوهشی نیز نشان دهنده‌ی اثربخشی طرحواره درمانی بر اختلال اضطراب فراگیر در دیگر گروه‌ها است. کارتر، مکاینتنوچ، جوردن، پورتر، دوگلاس و فرامپتون [۱۰] در مقاله خود به اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر روی اختلال اضطراب فراگیر، پرداختند. از ۳۲ شرکت کننده واجد شرایط در این مطالعه ۶۵/۳ درصد از بیماران بهبود نسبی یافتند. در پیگیری ۳ ماهه، میزان بهبودی به ۷۸/۳ درصد افزایش یافت. علاوه بر این، نرخ بهبودی برای بیماران با و بدون همبودی قابل مقایسه بود. نتایج همچنین نشان داد طرحواره درمانی یک روش مقرون به صرفه برای درمان اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود. رضائی، سپهوندی و هابیلی [۱۱] در بررسی تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دریافتند که طرح‌واره درمانی هیجانی به‌طور معناداری موجب کاهش اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر شرکت کنندگان گروه آزمایش شد. حمیدپور و همکاران [۱۲] در بررسی کارآیی طرح‌واره‌درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان دادند که طرح‌واره‌درمانی در درمان اختلال اضطراب فراگیر زنان از کارآیی لازم برخوردار است. فرخزادیان و همکاران [۱۳] در بررسی اثربخشی طرح‌واره‌درمانی هیجانی همراه با درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر دریافتند که ترکیب طرح‌واره‌درمانی هیجانی و درمان باورهای فراشناختی می‌تواند به‌طور معناداری باعث کاهش نگرانی و علائم اضطراب سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شود. خالقی، محمدخانی و حسینی [۱۴] در یک بررسی تک آزمودنی در رابطه با اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر نشانه‌های اضطراب فراگیر دریافتند که طرح‌واره درمانی هیجانی به‌طور معناداری در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. رضائی نسب و دهقانی [۱۵] در بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر باورهای فراشناخت، آمیختگی فکرکنش و نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دریافتند که طرح‌واره درمانی گروهی باعث کاهش باورهای فراشناخت، آمیختگی فکرکنش و نشخوارفکری در زنان می‌شود.

با توجه به اینکه تا کنون پژوهش‌های اندکی در رابطه با اثربخشی طرح‌واره درمانی بر اختلال اضطراب فراگیر در ایران انجام شده، این مطالعه با هدف پاسخگویی به این سوال طراحی شده است که آیا طرح‌واره درمانی بر طرح‌واره‌های ناسازگار و بهبود علائم اختلال اضطراب فراگیر در دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه مؤثر است؟

## روش کار:

روش پژوهش حاضر به صورت آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. در این طرح پیش از مداخله پیش آزمون برای آزمودنی‌ها اجرا گردید و طرح‌واره‌های ناسازگار بیماران مشخص شد. سپس مداخله انجام شد و پس از پایان جلسات درمانی پس آزمون اجرا گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل دانش آموزان دختر دوره دوم متوسطه (۱۶ تا ۱۸ سال) دچار اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر مشهد بود. روش نمونه گیری به صورت هدفمند بود، به این صورت که با مراجعه به این مراکز و نصب اطلاعیه جهت شرکت در گروه درمانی، افرادی که دچار این



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

اختلال بوده و با توجه به تشخیص روانپزشک یا روانشناس بالینی بر حسب ویراست پنجم راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی، علائم اختلال در آنها مشخص شده و مایل به شرکت در گروه بودند، به عنوان افراد نمونه انتخاب شدند.

## ابزار پژوهش:

برای جمع آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شده است:

۱. نسخه بلند پرسشنامه طرحواره یانگ: این ابزار توسط یانگ و براون در سال ۱۹۹۴ ابداع شد. نسخه بلند پرسشنامه طرحواره یانگ، شامل ۲۰۵ گویه است که برای سنجش پنج حوزه از طرحواره های ناسازگار اولیه شامل بریدگی و طرد؛ خودگردانی و عملکرد مختل؛ دگرجهت‌مندی؛ گوش به زنگی بیش از حد و بازداری؛ محدودیت های مختل به کار می‌رود و ۱۶ طرحواره را در یک طیف لیکرت شش درجه ای از کاملاً درست درباره من= ۶ تا کاملاً غلط درباره من= ۱ مورد ارزیابی قرار می دهد. والر، میر و اوهانیان [۱۶] برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ و همبستگی این ابزار را با پرخوری عصبی در زنان برابر با ۰/۳۸ گزارش کردند. در پژوهش صدوقی، آگیلار- وفایی، رسولزاده طباطبایی و اصفهانیان [۱۷] برای این ابزار ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس ها در دامنه ای از ۰/۶۲ تا ۰/۹۰ گزارش شده است. آلفای کرونباخ کل ابزار نیز در این پژوهش برابر با ۰/۹۳ به دست آمد.
۲. مقیاس اختلال اضطراب فراگیر: مقیاس اختلال اضطراب فراگیر توسط اسپیتزر، کرونکی، ویلیامز و برنر [۱۸] برای سنجش میزان و شدت علائم GAD در طی دو هفته گذشته را اندازه گیری می کند. این مقیاس ۷ گویه دارد و گویه های آن در یک مقیاس ۴ درجه ای (اصلاً= صفر، چند روز= یک، بیش از نصف روزها= دو و تقریباً هر روز= سه) نمره گذاری می شود و گستره نمره مقیاس از ۰ تا ۲۱ می باشد. پایایی این آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. نقطه برش این ۱۰ و حساسیت آن برابر با ۰/۸۹ گزارش شده است. نتایج پژوهش نائینیان [۱۹] نشان داد که اعتبار و پایایی این ابزار در نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۶ می باشد. ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش حاضر برابر با ۰/۸۹ بود.

پس از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (طرحواره درمانی) قرار گرفتند، اما در گروه کنترل مداخله‌ای اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، مجدداً از آزمودنی‌های هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

## محتوای جلسات:

طرح درمان مطابق با کتاب راهنمای بالینی طرح‌واره درمانی [۲۰] تدوین شد. افراد گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته ی طرح‌واره درمانی گروهی شرکت کردند. محتوای جلسات آموزشی به اختصار در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی

جلسات	محتوا
۱	مفهوم پردازی مشکل بیمار شامل اخذ یک مصاحبه تشخیصی کامل و اطلاعات مربوط به مشکلات بیمار و جستجوی رابطه ی بیمار با والدین مراقبین و برقراری پیوند بازوالدینی با بیمار
۲	ترسیم خطوط کلی اهداف درمان و هدف‌گزینی درمان براساس گفته های بیمار، ارزیابی چهار عامل زمینه ساز در محیط اولیه دوران کودکی بیمار شامل بدرفتاری و ناامنی، رهاسدگی و محرومیت هیجانی، اطاعت از نیازها و احساسات و تنبیه گری یا طردشدن
۳	نقد و بررسی پرسشنامه های فرزندپروری یانگ و سرگذشت چند وجهی زندگی توسط درمانگر و بیمار، استفاده از پرسشنامه ها به عنوان نقطه آغاز بحث پیرامون ریشه های تحولی طرحواره ها



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

۴	آموزش ذهنیت ها به بیمار (درمانگر ذهنیت های طرحواره‌های را به بیمار توضیح می دهد) و ارزیابی سبک های مقابله ای افراد
۵	درمان ذهنیت کودک رها شده: ایجاد محیط حمایت گرانه، تاکید بر رابطه درمانی، استفاده از تصویرسازی ذهنی و مراقبت از کودک رها شده توسط درمانگر، آموزش نیازهای طبیعی انسان و آموزش جراتمندی با استفاده از ایفای نقش و دادن تکلیف خانگی به بیمار
۶	درمان ذهنیت محافظ بی تفاوت: ایجاد فضایی امن برای بیمار به منظور تجربه کردن احساسات بیمار، نام گذاری ذهنیت محافظ بی تفاوت و شناسایی عوامل برانگیزاننده ی این ذهنیت، تصویرسازی و کنار گذاشتن این ذهنیت، تجربه کردن هیجانها و درد دل با افراد نزدیک به عنوان تکلیف خانگی
۷	درمان ذهنیت والد تنبیه گر: جنگیدن با والد تنبیه گر با استفاده از تصویرسازی ذهنی و شناسایی والد تنبیه گر واقعی، تصویرسازی و محدودیت گزینی برای والد تنبیه گر، ابراز نیازها و احساسات بیمار به عنوان تکلیف خانگی
۸	درمان ذهنیت کودک عصبانی: استفاده از تصویرسازی ذهنی و تخلیه خشم بیمار به افراد آسیب رسان، آموزش بیمار درباره ارزش خشم
۹	جایگزینی مهارت های جسارت مندی به جای حالت های پرخاشگرانه، استفاده از تکنیک های جسارت آموزی و تدبیراندیشی برای خشم به وسیله ایفای نقش و تکلیف خانگی
۱۰	جمع بندی درمان و تاکید بر جایگزینی ذهنیت والد بزرگسال بر سایر ذهنیت ها

## یافته ها:

دامنه ی سنی افراد شرکت کننده در این پژوهش بین ۱۶ تا ۱۸ سال بود. همچنین برای کنترل اثر متغیر جنسیت، تمامی شرکت کنندگان از دختران دانش آموز مبتلا به این اختلال انتخاب شدند.

## جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرها

متغیر / زمان	گروه آزمایش (n=۹)		گروه کنترل (n=۹)	
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
اضطراب فراگیر	پیش آزمون	۱۶/۱۱ (۳/۰۳)	۱۷/۴۴ (۳/۶۱)	
	پس آزمون	۱۴/۸۸ (۲/۴۱)	۱۶/۱۱ (۳/۹۰)	
بریدگی و طرد	پیش آزمون	۶۳/۴۰ (۱۰/۰۶)	۵۸/۸۰ (۷/۸۴)	
	پس آزمون	۵۰/۸۰ (۱۰/۳۳)	۵۷/۲۶ (۷/۶۷)	
خودگردانی و عملکرد مختل	پیش آزمون	۴۹ (۱۰/۷۵)	۴۴/۰۶ (۸/۷۸)	
	پس آزمون	۴۱/۴۰ (۹/۹۴)	۴۵ (۷/۸۶)	
طرحواره های ناسازگار	پیش آزمون	۲۱/۴۰ (۴/۱۰)	۲۲ (۵/۳۱)	
	پس آزمون	۱۸/۳۳ (۶)	۲۲/۱۳ (۵/۴۲)	
دیگر جهت‌مندی	پیش آزمون	۲۴/۲۰ (۷/۲۳)	۲۲/۷۳ (۷/۰۹)	
	پس آزمون	۲۰/۵۳ (۵/۹۱)	۲۳/۲۰ (۶/۲۸/۲۸)	
گوش بزرگی بیش از حد و بازداری	پیش آزمون	۲۵/۴۶ (۶/۴۹)	۲۰/۲۰ (۵/۷۹)	
	پس آزمون	۲۲/۱۳ (۶/۱۲)	۲۰/۸۶ (۵/۹۱)	

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس به بررسی پیش فرض‌های اجرای تحلیل کوواریانس می‌پردازیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که توزیع نمرات متغیرها ( $P > ۰/۰۵$ ) نرمال می‌باشد. به منظور آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری استفاده شد. در این تحلیل گروه (آزمایش و کنترل) به‌عنوان عامل بین



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

آزمودنی، نمرات آزمودنی‌ها در طرحواره های ناسازگار و اضطراب فراگیر در مرحله‌ی پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای کنترل و نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌ها در این متغیرها به‌عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند.

جدول ۳. آزمون مفروضه‌ی برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس

نام آزمون	Df <sub>۱</sub>	Df <sub>۲</sub>	f	مقدار معناداری
ام باکس	۱۵	۱۰۳۰/۷۳۷	۰/۹۳۳	۰/۵۲۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نتایج آزمون باکس به لحاظ بالینی معنادار نبود ( $p > ۰/۰۵$ ) و این به معنای برقراری مفروضه-ی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه طرحواره های ناسازگار در دو گروه

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	مقدار f	مقدار معناداری
اثر پیلیایی	۰/۸۵۲	۵	۱۲	۴۲/۶۶۷	۰/۰۰۰

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر وابسته‌ی ترکیبی، به‌عنوان متغیر وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد، (اثر پیلیایی = ۰/۸۵،  $p < ۰/۰۰۱$ )  $(F(۵,۱۲) = ۴۲/۶۶)$ .

جدول ۵. نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه تمایز یافتگی، سبک‌های هویتی و نگرش به خوردن در دو گروه

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار معناداری
بریدگی و طرد	۱۱۲۰/۲۲۲	۱	۱۱۲۰/۲۲۲	۱۷/۴۰۵	۰/۰۰۱
خودگردانی مختل	۷۶/۰۵۶	۱	۷۶/۰۵۶	۲۷/۳۸۰	۰/۰۰۰
محدودیت های مختل	۳۲۰/۸۸۹	۱	۳۲۰/۸۸۹	۶/۱۵۵	۰/۰۲۵
دیگرجهتمندی	۲۴۹/۳۸۹	۱	۲۴۹/۳۸۹	۱۰/۶۷۰	۰/۰۰۱
گوش به زنگی	۸۵۴/۲۲۲	۱	۸۵۴/۲۲۲	۳۰/۰۰۲	۰/۰۰۰

به‌منظور مقایسه‌ی دو گروه آزمایش و کنترل از جهت کنترل تک‌تک متغیرها، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول ۵ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های دو گروه در ۵ حوزه طرحواره های ناسازگار تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < ۰/۰۰۱$ ). با توجه به شاخص‌های توصیفی موجود در جدول ۲ این تفاوت به‌گونه‌ای است که در هر پنج حوزه میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین گروه کنترل کمتر می‌باشد.

برای بررسی تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود علائم اضطراب فراگیر نیز از تحلیل واریانس یک طرفه استفاده شد.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای طرحواره درمانی بر شدت علائم اضطراب فراگیر

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۸۶/۶۹۶	۱	۸۶/۶۹۶	۱۱۷/۲۰۹	۰/۰۰۰
گروه	۲۱۱/۴۷۱	۱	۲۱۱/۴۷۱	۲۸۵/۹۰۰	۰/۰۰۰



# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

خطا	۱۹/۹۷۱	۲۱	۰/۷۴۰
کل	۴۵۲۳/۰۰۰	۲۴	

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای شدت علائم اضطراب فراگیر نشان می‌دهد که اثرات پیش‌آزمون معنادار می‌باشد ( $F=117/20, p < 0/001$ ). بدین معنا که بین نمرات پیش‌آزمون شدت علائم اضطراب فراگیر و نمرات پس‌آزمون این متغیر رابطه معناداری وجود دارد. همچنین نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون شدت علائم اضطراب فراگیر نیز معنادار می‌باشد ( $F=285/90, p < 0/001$ ). به عبارت دیگر بین آزمودنی‌های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین ناامیدی در مرحله‌ی پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. با توجه به شاخص‌های توصیفی در جدول ۲ این تفاوت‌ها به گونه‌ای است که میانگین نمرات پس‌آزمون شدت علائم اضطراب فراگیر برای آزمودنی‌های گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل است.

## بحث و نتیجه گیری:

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر طرحواره های ناسازگار و شدت علائم اضطراب فراگیر در دختران دبیرستانی دوره دوم متوسطه انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که این روش درمانی به طور معناداری بر بهبود طرحواره های ناسازگار و کاهش شدت علائم اضطراب فراگیر در شرکت کنندگان موثر بوده است [۱۵-۱۰]. در طرحواره درمانی درمانگر در نقش یک والد خوب عمل می‌کند. هدف این است که با مدل سازی از درمانگر، ذهنیت بزرگسال سالم بیمار رشد کند و توانبخشی شود، زیرا این ذهنیت از کودک رها شده مراقبت می‌کند، به پاسدار بی تفاوت آرامش داده و جای آن را می‌گیرد، والد تنبیه گر را مغلوب کرده و آن را از میدان به در کرده و به کودک برآشفته شیوه های سالم و مناسب بیان هیجان و نیاز را آموزش می‌دهد. به طور کلی، رویکرد طرحواره درمانی با آمیزه چهار روش شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه ای، افزون بر زیر سوال بردن طرحواره های ناسازگار که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی است، از نظر هیجانی نیز باعث تهی سازی عواطف و هیجان منفی مدفون شده مانند خشم ناشی از برآورده نشدن نیازهای خود انگیختگی و دل بستگی ایمن به دیگران طی سال های کودکی می‌شود [۲۰ و ۲۱]. تکنیک های شناختی با محک زدن اعتبار طرحواره ها و استفاده از فن هایی مانند تعریف جدید شواهد تأییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین کارت های آموزشی و... آگاهی عقلانی بیماران را افزایش داده و آنان را به این نتیجه رسانده که طرحواره غلط است یا سخت اغراق آمیز. از موارد دیگر می‌توان به فن های تجربی اشاره کرد که بیماران از طریق این فن موفق به دستیابی تغییر در سطح هیجانی شدند. استفاده از فن های تجربی، یکی از ویژگی های کلیدی طرحواره درمانی است، چرا که سیستم های شناختی-عقلانی مبتنی بر زبان از سامانه های مرتبط با هیجان مستقل هستند. فن های تجربی، بر تجربه و ابراز هیجان هایی تمرکز می‌کنند که مرتبط با موقعیت های گذشته هستند که به نوبه خود، منجر به توسعه یا حفظ طرحواره و ذهنیت ها می‌شوند. از دیگر عوامل مؤثر بر کاهش نشانه ها می‌توان به الگو شکنی رفتاری اشاره نمود که طولانی ترین و حساس ترین بخش طرحواره درمانی است. در این قسمت به مراجع کمک شد تا با جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر و جدیدتر، به جای پاسخ های مقابله ای ناکارآمد، رفتارهای انطباقی تری را جایگزین کنند [۲۲ و ۲۳].

جهت تبیین تأثیر این درمان بر کاهش نشانه های اختلال اضطراب فراگیر می‌توان گفت بر اساس مدل طرحواره درمانی، هنگامی که یک هیجان برانگیخته یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده و یا کاهش می‌یابد. طرحواره های هیجانی غیرانطباقی بیشتر از سایر طرحواره





# ماهنامه علمی تخصصی پایا شهر

ISSN ۲۹۸۰-۷۷۸۶

ها مشخص کننده اختلال های خاصی هستند [۲۴]. اضطراب اغلب به صورت امری غیرقابل مقابله و یا از دست دادن کنترل در مورد خطر یک موقعیت و یا خطر هیجان هایی که فرد تجربه می کند تجربه می شود. به علاوه از آنجا که فقدان کنترل باعث فاجعه بیشتر می شود باور به لزوم کنترل کردن، جنبه متناقض اکثر اختلال های اضطرابی است که جزء باورهای فراشناختی فرد است [۲۵]. طبق مدل طرحواره های هیجانی، ارزیابی های منفی از هیجان و راهبردهای تنظیم هیجانی هستند که مشکل ساز می شوند. این افراد تلاش می کنند تا نگرانی های خود را با استفاده از جستجو برای راه حل های کامل در جهت کاهش عدم قطعیت برطرف کنند و ممکن است از موقعیت هایی که نگرانی آنها را برمی انگیزد اجتناب کنند. در واقع این افراد به خاطر داشتن نگرانی، دچار نگرانی نوع ۲ یا همان فرانگرانی می شوند که باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری نگرانی و پیامدهای آسیب زا و خطرناک آن و باورهای مبنی بر فواید درگیر شدن در فرایند نگرانی به عنوان راهبرد مقابله ای است، که در نهایت این راه حل های به کار گرفته شده، فرد را دچار اختلال اضطراب فراگیر می کند [۲۶ و ۲۷]. در این درمان راهبردهای همیشگی به کار گرفته شده توسط بیمار شناسایی می شود و به او یادآوری می شود که این راهبردها مناسب نبوده و در بلندمدت موجب تشدید مشکل او می شوند. بنابراین از او خواسته می شود تا راهبردهای همیشگی را کنار بگذارد و راهبردهایی که در طی درمان به آنها آموخته می شود را در هنگام بروز هیجانها و نشانه های اضطراب به کار گیرد [۲۸]. در انتها لازم به یادآوری است که پژوهش حاضر با محدودیت هایی مواجه بود که بر تعمیم پذیری نتایج اثر می گذارد. عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی ها، نگرش آزمودنی ها به آزمون مورد استفاده، میزان همکاری آن ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه آن ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد.

## تشکر و قدردانی

دست اندرکاران این پژوهش بر خود لازم می دانند تا از شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند. در پژوهش حاضر کلیه موازین اخلاقی رعایت شده و گزارش این پژوهش در اسفند ۱۴۰۱ مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی نیشابور واقع شده است و به شماره ی ۱۴۰۱/۹۶-IR.IAU.K.REG قابل پیگیری می باشد.

## مراجع:

1. Boland R, Verduin M, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; ۲۰۲۱ Feb ۹.
2. Showraki M, Showraki T, Brown K. Generalized anxiety disorder: revisited. *Psychiatric Quarterly*. ۲۰۲۰ Sep;۹۱:۹۰۵-۱۴.
3. Crocq MA. The history of generalized anxiety disorder as a diagnostic category. *Dialogues in clinical neuroscience*. ۲۰۲۲ Apr ۱.
4. American Psychiatric Association D, American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-۵*. Washington, DC: American psychiatric association; ۲۰۱۳ May ۲۲.
5. Robichaud M. Generalized anxiety disorder: Targeting intolerance of uncertainty. *CBT for anxiety disorders: A practitioner book*. ۲۰۱۳ Apr ۱۷:۵۷-۸۵.
6. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press; ۲۰۱۶ Nov ۱.
7. Darewych OH, Riedel Bowers N. Positive arts interventions: Creative clinical tools promoting psychological well-being. *International Journal of Art Therapy*. ۲۰۱۸ Apr ۳;۲۳(۲):۶۲-۹.





۸. Fassbinder E, Arntz A. Schema therapy. In A. Wenzel (Ed.), Handbook of cognitive behavioral therapy: Overview and approaches. ۲۰۲۱ (pp. ۴۹۳-۵۳۷). American Psychological Association.
۹. Calvert F, Smith E, Brockman R, Simpson S. Group schema therapy for eating disorders: study protocol. Journal of eating disorders. ۲۰۱۸ Dec;۶(۱):۱-۷.
۱۰. Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Douglas K, Frampton CM, Joyce PR. Patient predictors of response to cognitive behaviour therapy and schema therapy for depression. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. ۲۰۱۹ Sep;۵۲(۹):۸۸۷-۹۷.
۱۱. Rezaee F, Sepahvandi M. A, Mirzaee Haabili K. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive-behavioral Avoidance and the Severity of Generalized Anxiety of Symptoms in Female Students with Generalized Anxiety Disorder. Journal of Psychological Studies, ۲۰۱۷; ۱۳(۱): ۴۳-۶۲. [Persian]
۱۲. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, Dadkhah A. The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder . IJPCP ۲۰۱۱; ۱۶ (۴) :۴۲۰-۴۳۱. [Persian]
۱۳. Farokhzadian A. A, Rezaei F, Sadeghi M. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy with Metacognitive Therapy on Reducing Symptoms of Generalized Anxiety Disorder in elderly people. Aging Psychology, ۲۰۱۸; ۴(۲): ۸۳-۹۱. [Persian]
۱۴. Khaleghi M, Mohammadkhani S, Hasani J. Effectiveness of Emotional Schema Therapy in Reduction of Worry and Anxiety's Signs and Symptoms in Patients with Generalized Anxiety Disorder: Single-Subject Design. Journal of Clinical Psychology, ۲۰۱۶; ۸(۲): ۴۳-۵۵. [Persian]
۱۵. deghanisoltani M, rezainasab F. The effectiveness of group schema therapy on metacognitive beliefs, the fusion of action thinking and female ruminants with generalized anxiety disorder. Journal of Modern Psychological Researches, ۲۰۲۲; ۱۷(۶۶): ۱۲۱-۱۳۰. [Persian]
۱۶. Waller G, Meyer C, Ohanian V. Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. Cognitive therapy and research. ۲۰۰۱ Apr;۲۵:۱۳۷-۴۷.
۱۷. Sadooghi Z, Aguilar-Vafaie M E, Rasoulzadeh Tabatabaie K, Esfahanian N. Factor Analysis of the Young Schema Questionnaire-Short Form in a Nonclinical Iranian Sample. IJPCP ۲۰۰۸; ۱۴ (۲) :۲۱۴-۲۱۹. [Persian]
۱۸. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-۷. Archives of internal medicine. ۲۰۰۶ May ۲۲;۱۶۶(۱۰):۱۰۹۲-۷.
۱۹. Naeinian M, Shaeiri M, Sharif M, Hadian M. To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-۷). Clinical Psychology and Personality, ۲۰۱۱; ۹(۱): ۴۱-۵۰. [Persian]
۲۰. Farrell J, Reiss N, Shaw A. Schema therapy clinical guide, translated by Maryam Hedayati and Adele Samimi, Tehran: Arjmand Publications, ۲۰۲۰. [Persian]
۲۱. Dickhaut V, Arntz A. Combined group and individual schema therapy for borderline personality disorder: a pilot study. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. ۲۰۱۴ Jun ۱;۴۵(۲):۲۴۲-۵۱.
۲۲. Rafaeli E. Schema therapy. In Encyclopedia of Personality and Individual Differences ۲۰۲۰. Apr ۲۲ (pp. ۴۵۵۹-۴۵۶۴). Cham: Springer International Publishing.
۲۳. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. Translated by Hasan Hamidpour and Zahra Andooz. Tehran: Arjmand pub, ۲۰۲۲ Nov. [Persian]



۲۴. Sardarzadeh S, Ali beige, N. and Ebrahimi, S. Evaluation of Emotional Schemas in Individuals with Anxiety Disorders. *Journal of Social Issues & Humanities*. ۲۰۱۴;۲(۴):۲۵-۹.
۲۵. Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. ۲۰۲۲ Sep;۶۱(۳):۵۷۹-۹۷.
۲۶. Straarup NS, Renneberg HB, Farrell J, Younan R. Group schema therapy for patients with severe anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*. ۲۰۲۲ Aug;۷۸(۸):۱۵۹۰-۶۰۰.
۲۷. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. ۲۰۱۷ Sep;۹۰(۳):۴۵۶-۷۹.
۲۸. Van Vreeswijk M, Broersen J, Schurink G. Mindfulness and schema therapy: A practical guide. John Wiley & Sons; ۲۰۱۴ Sep ۲۲.