

The effectiveness of group schema therapy on cognitive emotion regulation strategies in students with social anxiety disorder symptoms

Ghaderi F. *MSC*[✉], Kalantari M. *PhD*¹, Mehrabi HA. *PhD*¹

[✉] *Department of Psychology, Psychology and Education Faculty, Esfahan University, Esfahan, Iran*

¹ *Department of Psychology, Psychology and Education Faculty, Esfahan University, Esfahan, Iran*

Received: 2014.7.23

Accepted: 2015.5.15

Abstract

Introduction: The purpose of this study was to examine the effectiveness of group schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of students with social anxiety disorder.

Method: This study was an experimental research, and a pre-test, post-test and control group design was applied. The statistical population of this study included male students in Isfahan University with social anxiety disorder symptoms in the academic year of 1392-93. The sample of the study included 20 male students among the male students in Isfahan University which had been identified by the scales of Social Phobia Inventory (SPIN) and Structured Clinical Interview through simple random sampling. Then they were assigned into two groups of control and experimental. They were finally assessed with cognitive emotional regulation strategy scales. The experimental group received group schema therapy training for 2 months (8 sessions of 90 minutes) while the control group received no training at all.

Results: The results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) showed that group schema therapy training of cognitive emotion regulation strategies was effective. In addition, schema therapy can improve positive reappraisal, refocus on planning, self-blame, rumination, other-blame and catastrophizing.

Conclusion: Schema therapy can be used as an effective intervention for the treatment of diseases that cognitive emotion regulation strategies play a key role in maintaining.

Keywords: Schema Therapy, Cognitive Emotion Regulation, Social Anxiety, Students

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی

فرزاد قادری[✉]، مهرداد کلانتری^۱، حسینعلی مهرابی^۱

[✉]گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
^۱گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۲/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۵/۱

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره درمانی در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دارای نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی بود.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و همراه با گروه کنترل و آزمایش به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. بدین منظور ۲۰ نفر از دانشجویان پسر دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی دانشگاه اصفهان به شیوه هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایشی طی هشت جلسه تحت مداخله با رویکرد طرحواره درمانی گروهی قرار گرفت و گروه کنترل چنین مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان- فرم کوتاه (CERQ-SHORT FORM) بود.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که طرحواره درمانی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را افراد گروه آزمایش به طور معناداری بهبود می‌بخشد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر ابعاد راهبردهای تنظیم شناختی هیجان شامل ملامت خویشتن، ملامت دیگران، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه‌سازی، نشخوارگری و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی مؤثر است.

نتیجه‌گیری: از طرحواره درمانی برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و درمان اختلال اضطراب اجتماعی و همچنین درمان بیماری‌هایی که تنظیم هیجان به عنوان یک متغیر میانجی نقشی اساسی در تداوم و پیدایش آن‌ها دارد، سود جست.

کلید واژه‌ها: طرحواره درمانی، نظم‌جویی شناختی هیجان، اضطراب اجتماعی، دانشجویان

مقدمه

اضطراب اجتماعی (Social Anxiety) یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که به ترس بارز و مستمر از یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی که در آن شخص با افراد ناآشنا مواجه است یا ممکن است موضوع کنجکاوای آن‌ها قرار گیرد، اطلاق می‌شود، شخص می‌ترسد به گونه‌ای رفتار کند که موجب تحقیر و شرمندگی او گردد و یا مورد ارزیابی منفی قرار گیرد [۱].

اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جمعیت دانشجویی است [۲]. یکی از عوامل مرتبط با اضطراب اجتماعی که در عملکرد تحصیلی و بهداشت روانی دانشجویان اثرگذار است، واکنش‌های هیجانی آنان در قبال منابع فشارزا و ساز و کارهای نظم‌جویی هیجانی آن‌هاست [۳]. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که پاسخ‌های هیجانی نامناسب در مواجهه با فشار روانی از جمله احساس غمگینی و پریشانی و راهبردهای نارسای نظم‌جویی هیجان‌ها موجب پریشانی‌های کوتاه مدت عاطفی در بین دانشجویان می‌شود [۴]. نظم‌جویی هیجان (emotion regulation) شامل طبقه‌بندی وسیعی از فرایندهای داخلی و خارجی است که به منظور بازبینی، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های هیجانی به کار گرفته می‌شوند. همچنین نظم‌جویی هیجان در برگیرنده‌ی دامنه‌ی وسیعی از پاسخ‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیک می‌باشد و برای درک همبسته‌های هیجانی و رفتاری استرس و حالت‌های عاطفی منفی ضروری است [۵].

به صورت کلی، راهبردهای متعددی برای نظم‌جویی تجارب و فرایندهای مختلف هیجانی وجود دارند. یکی از متداول‌ترین راهبردها، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی یا نظم‌جویی شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation) می‌باشد [۶]. نظم‌جویی هیجان‌ها از طریق شناخت‌ها یکی از ملزومات اساسی زندگی انسان می‌باشد و افراد را در مدیریت هیجان‌ها پس از تجربه وقایع استرس‌زا یاری می‌کند [۷]. در واقع، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخواننده هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه هیجانی یا خود واقعه دارند [۸]. پژوهش‌های پیشین، نه راهبرد متفاوت نظم‌جویی شناختی هیجان را به صورت مفهومی شناسایی کرده‌اند که عبارتند از: سرزنش خود، پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری و دیدگاه‌گیری [۹-۱۱]. این راهبردها به دو دسته راهبردهای سازگارانه و ناسازگارانه تقسیم شده است. راهبردهای سازگارانه عبارتند از: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و دیدگاه‌گیری و راهبردهای ناسازگارانه عبارتند از: سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری [۱۲]. در مجموع اعتقاد بر این است که راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان به افراد کمک می‌کنند تا

برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند [۱۳]. الگوهای نظری موجود در این زمینه، نشان دهنده‌ی آن است که نظم‌جویی شناختی هیجان موفق با پیامدهای سلامتی خوب و بهبود روابط و نیز عملکرد مطلوب تحصیلی و شغلی [۱۴] و در عوض مشکلات موجود در نظم‌جویی شناختی هیجان با علائم آسیب-شناسی روانی [۱۵] از جمله اضطراب، استرس و نگرانی [۱۶]، اختلال افسردگی اساسی [۱۷]، اختلال اضطراب اجتماعی [۱۸] و اختلال استرس پس از سانحه [۱۹] ارتباط دارد. به طور کلی یافته‌های پژوهشی متعددی بیان‌گر رابطه‌ی قوی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با آسیب‌شناسی روانی است [۲۰-۲۳]. به طوری که اخیراً تنظیم شناختی هیجان به عنوان یک فرایند مهم در پژوهش و درمان آسیب‌شناسی روانی مورد توجه قرار گرفته است [۲۴-۲۶].

علاوه بر این مشخص شده است که اکثر متغیرهای تنظیم شناختی-هیجانی با اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی، رابطه معناداری نشان می‌دهند [۲۷]. مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی فرض را بر این می‌گذارند که پردازش بیش از حد و اختلال در تنظیم هیجان‌ها ویژگی اصلی اختلال اضطراب اجتماعی هستند [۲۸، ۲۹] و اغلب بیان می‌شود که اختلال اضطراب اجتماعی شامل واکنش‌پذیری و فعالیت هیجانی و عاطفی بیش از حد و اختلال در نظم هیجان‌هاست [۳۰]. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کمتر قادر به توجه به هیجان‌ها خود هستند، بنابراین مشکلات هیجانی تجربه شده توسط افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ممکن است شامل عدم آگاهی از هیجان‌ها خود و همچنین عدم توانایی برای تنظیم هیجان‌ها باشد [۳۱].

نتایج مطالعه مشهدی و همکاران [۳۲] نشان داد بین راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و نشانه‌های اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد و راهبردهای سازش‌نا یافته ملامت خویش، نشخوارگری و فاجعه‌سازی نشانه‌های اضطراب اجتماعی را تبیین می‌کنند. به اعتقاد منین، کتی، مگلوکین و فلنکان بین اضطراب اجتماعی و ناتوانی در تنظیم هیجان رابطه وجود دارد [۳۳]. ورنر، گولدین، بال، هیمبرگ و گراس بیان کردند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی خودکارآمدی کمتری در به کارگیری ارزیابی مجدد شناختی دارند. یافته‌های پژوهش آن‌ها همچنین نشان داد افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بیشتر از راهبردهای منفی تنظیم هیجان شامل راهبردهای اجتناب و سرکوب استفاده می‌کنند و همچنین خودکارآمدی کمتر در ارزیابی شناختی نسبت به افراد عادی دارند [۳۰].

روان‌شناسی سلامت، در سال‌های اخیر اهمیت زیادی برای نحوه مواجهه با تنیدگی و چالش‌های زندگی در بهبود وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد قایل شده و مستقیم‌ترین روش مداخله را، تقویت پاسخ‌های مقابله‌ای و توانمندی‌های شناختی آنان می‌داند [۳۴، ۳۵]. در پژوهش‌های مختلفی نیز، نیاز به برنامه‌های مداخله و مدیریت هیجان‌ها مطرح و تبیین شده [۴، ۳۲] و نشان داده شده

تشخیصی نیمه ساختاریافته و پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ($n_1=n_2=10$). ملاک‌های ورود جهت انتخاب آزمودنی‌های این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص علائم اضطراب اجتماعی بر اساس پرسش‌نامه هراس اجتماعی و مصاحبه‌های تشخیصی، نداشتن تشخیص سایر اختلالات روانی، جسمانی و شخصیتی شدید، عدم مصرف دارو و مواد روانگردان و حیطه سنی ۱۸ تا ۲۵ سال. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل نداشتن هر یک از ملاک‌های ورودی فوق، مصرف دارو یا هرگونه مداخله پزشکی و روانپزشکی دیگر در حین جلسات درمان بود. ابزار پژوهش عبارت بود از:

پرسش‌نامه سبک‌های تنظیم شناختی هیجان فرم کوتاه (CERQ- Short Form): این پرسش‌نامه را گارنفسکی و کریچ [۵] ساخته‌اند و ۱۸ سؤال دارد. پاسخگویی به هریک از آیتم‌های آن به صورت مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۱=تقریباً هرگز الی ۵=تقریباً همیشه) می‌باشد. ساختار این پرسش‌نامه چندبعدی بوده و به منظور شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی بعد از تجربه‌ای ناگوار به کار می‌رود. این پرسش‌نامه در گروه‌های بهنجار و بالینی از سن ۱۲ سال به بالا قابل اجرا است. سازندگان این پرسش‌نامه اعتبار آن را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسش‌نامه ۰/۹۳ محاسبه کرده‌اند [۵]. نتایج پژوهش حسنی نشان داد که فرم کوتاه نسخه فارسی پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان از اعتبار و روایی مناسبی برخوردار است. نتایج آلفای کرونباخ (با دامنه‌ی ۰/۶۸ تا ۰/۸۲) نشان داد که ۹ خرده‌مقیاس فرم کوتاه نسخه فارسی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان دارای اعتبار مطلوبی هستند [۲۳].

با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از بین دانشجویان پسر دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ و با استفاده از آزمون اضطراب اجتماعی (SPIN) و مصاحبه‌ی تشخیصی ۲۰ نفر از دانشجویان پسر دارای ملاک‌های ورودی پژوهش انتخاب شدند. سپس آزمودنی‌ها به شیوه تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند ($n_1=n_2=10$). لازم به ذکر است که شرکت‌کنندگان در این پژوهش با اعلام رضایت آگاهانه و به طور داوطلبانه در پژوهش شرکت نموده و هدف از اجرای پژوهش توسط پژوهشگران برای آن‌ها تشریح شده و به آن‌ها اطمینان داده شد که نتایج در قالب یک کار پژوهشی و به صورت گروهی و نه فردی منتشر خواهد شد. به آزمودنی‌ها این اختیار نیز داده شده بود که هر زمان که تمایلی به شرکت در ادامه جلسات درمانی نداشته باشند، می‌توانند گروه را ترک کنند.

سپس قبل از اجرای متغیر مستقل (طرحواره درمانی)، آزمودنی‌ها با مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مورد اندازه‌گیری قرار گرفته و مداخله درمانی بر اساس دستورالعمل درمانی یانگ و همکاران [۳۸، ۴۱] طی هشت جلسه‌ی گروهی به صورت جلسات

است که آموزش مهارت‌های نظم‌دهی هیجانی می‌تواند باعث بهبود کیفیت زندگی افراد مضطرب شود [۳۶]. بنابراین در برنامه‌های درمانی باید توجه خاصی به راهبردهای شناختی به ویژه راهبردهای ناسازگارانه از قبیل ملامت خود، نشخوارگری، پذیرش و فاجعه‌سازی صورت گیرد. تعداد زیادی از درمان‌های متعددی نیز که برای اختلال‌های خلقی و اضطرابی توصیه می‌شوند، مشتمل بر کاستن از روش‌های ناسازگارانه‌ی تنظیم هیجان هستند [۳۷].

یکی از درمان‌های نسبتاً جدید در درمان بیماران با مشکل شناختی و از جمله اضطراب اجتماعی، رویکرد طرحواره درمانی یانگ می‌باشد. طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های شناختی-رفتاری سنتی بنا شده است. طرحواره درمانی اصول و مبانی مکتب‌های شناختی-رفتاری، دلبستگی، روابط شیئی، گشتالت، سازنده‌گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است. طرحواره‌درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه‌ی این مدل روان درمانی، ایجاد آگاهی روان شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است [۳۸].

سبک‌های مقابله مشتمل بر کوشش‌هایی از نوع عملی و درون‌روانی برای مهار مقتضیات درونی و محیطی و تعارض‌های میان آن‌هاست. سبک‌های مقابله در سه بعد شناختی، رفتاری و ترکیبی از این دو هیجان‌ها را تنظیم می‌کنند [۳۹]. لذا مفهوم تنظیم هیجان شناختی، به دقت مرتبط با مفهوم مقابله است [۴۰]. در این راستا طرحواره درمانی با تاکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه‌ی اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد می‌تواند فرصتی را برای بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی فراهم می‌آورد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی و همراه با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه اصفهان بود. حجم نمونه مورد نظر برای پژوهش حاضر ۲۰ نفر از دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی از بین دانشجویان پسر دانشگاه اصفهان بودند که از طریق مصاحبه

کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و درمان یا مداخله ای دریافت نکردند و صرفاً مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمان، از آزمودنی های دو گروه مجدداً مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به عنوان پس آزمون به عمل آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویراست ۲۱ و روش آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش از ۱۹ تا ۲۵ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایش ۲۱/۶۶ و میانگین سنی گروه کنترل ۲۳/۱ سال بود. جدول ۱ شاخص‌های آماری دو گروه را در مؤلفه های نظم جویی شناختی هیجان در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که در پایان درمان به علت شرکت نکردن در بیش از نیمی از جلسات درمان، یکی از اعضای گروه آزمایش از پژوهش کنار گذاشته شد و حجم نمونه گروه آزمایش به ۹ نفر رسید.

برای بررسی و تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. لازم به ذکر است که مفروضه های زیربنایی تحلیل کوواریانس شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها و برابری واریانس‌ها به ترتیب با استفاده از آزمون‌های شاپیرو-ویلکز و آزمون لوین بررسی و مورد تأیید قرار گرفت، لذا استفاده از تحلیل کوواریانس در داده‌های پژوهش بلامانع بود.

هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد. ساختار جلسات درمانی به این شکل بود که جلسات اول و دوم شامل آشنایی و برقراری رابطه با آزمودنی‌ها، اجرای پیش‌آزمون و فرمول‌بندی مشکل طبق رویکرد طرحواره درمانی، توضیح مدل طرحواره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها بود. جلسات سوم و چهارم مربوط به شناسایی طرحواره‌ها و به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرحواره‌ها: مثل آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره شد. در جلسات پنجم و ششم تکنیک‌های هیجانی (تجربی) به کار گرفته شد تا بیماران بتوانند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی بپردازند: انجام گفتگوهای خیالی، بازوالدینی در حین کار با تصاویر ذهنی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری از جمله تکنیک‌های به کار گرفته شده در این جلسات بود. جلسات هفتم و هشتم به آموزش تکنیک‌های الگو شکنی رفتاری، ترغیب بیماران برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد به منظور ارضاء نیازهای هیجانی اساسی: مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین، اولویت‌بندی رفتارها، تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، پی بردن به ریشه‌های تحولی رفتارها در دوران کودکی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آماده کردن افراد برای ختم جلسات گذشت. در این دوره زمانی، آزمودنی‌های گروه

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله	آزمایش (n=۹)		کنترل (n=۱۰)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ملاطت خویشتن	پیش آزمون	۸	۲	۶۰/۶	۳/۲
	پس آزمون	۴/۲۲	۱/۳	۶/۳۰	۱/۲
پذیرش	پیش آزمون	۶	۲/۲	۷	۱/۹
	پس آزمون	۷/۸۸	۱/۲	۷/۱۰	۱/۹
نشخوارگری	پیش آزمون	۸/۲۲	۱/۳	۹	۱
	پس آزمون	۴/۲۲	۱/۲	۸/۴۰	۰/۸
تمرکز مجدد مثبت	پیش آزمون	۳/۸۸	۱/۲	۴/۷۰	۲/۱
	پس آزمون	۵/۵۵	۱/۲	۵	۲/۱
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	پیش آزمون	۶/۴۴	۱/۱	۵/۸۰	۱/۱
	پس آزمون	۸/۵۵	۱	۵/۸۰	۱/۲
ارزیابی مجدد مثبت	پیش آزمون	۷	۱/۹	۶/۵۰	۱/۸
	پس آزمون	۸/۷۷	۱	۶/۵۰	۱/۷
دیدگاه گیری	پیش آزمون	۶/۴۴	۱/۳	۳/۸۰	۱/۶
	پس آزمون	۳/۸۸	۱/۸	۳/۶۰	۱/۷
فاجعه سازی	پیش آزمون	۸/۲۲	۱/۸	۸/۶۰	۱/۸
	پس آزمون	۴/۳۳	۱	۷/۸۰	۱/۷
ملاطت دیگران	پیش آزمون	۴/۴۴	۲/۷	۵/۹۰	۲/۴
	پس آزمون	۳/۱۱	۱	۵/۵۰	۱/۹

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر طرحواره درمانی گروهی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

مقیاس	منبع تغییرات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
ملاطت خویشتن	پیش آزمون	۱	۰/۹۲	۱/۱۶	۰/۳۲۲	۰/۱۶۲	۰/۱۵۰
	عضویت گروهی	۱	۴/۹۳	۶/۱۷	۰/۰۴۷	۰/۵۰۷	۰/۵۴۹
پذیرش	پیش آزمون	۱	۱۷/۵۳	۹/۷۳	۰/۰۲۱	۰/۶۱۹	۰/۷۴۰
	عضویت گروهی	۱	۱/۴۱	۰/۷۸	۰/۴۰۹	۰/۱۱۶	۰/۱۱۷
نشخوارگری	پیش آزمون	۱	۰/۸۲	۱/۸۷	۰/۲۲۰	۰/۳۲۸	۰/۲۱۲
	عضویت گروهی	۱	۲۳/۹۱	۵۴/۶۱	۰/۰۰۰	۰/۹۰۱	۱
تمرکز مجدد مثبت	پیش آزمون	۱	۱۳/۹۹	۱۰/۹۶	۰/۰۱۶	۰/۶۴۶	۰/۷۸۷
	عضویت گروهی	۱	۳/۱۷	۲/۴۸	۰/۱۶۶	۰/۲۹۳	۰/۲۶۵
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	پیش آزمون	۱	۰/۶۶	۰/۷۷	۰/۴۱۲	۰/۱۱۴	۰/۱۱۶
	عضویت گروهی	۱	۹/۳۴	۱۰/۸۵	۰/۰۱۷	۰/۶۴۴	۰/۷۸۳
ارزیابی مجدد مثبت	پیش آزمون	۱	۱۱/۹۰	۱۷/۵۰	۰/۰۰۶	۰/۷۴۵	۰/۹۳۳
	عضویت گروهی	۱	۱۲/۵۵	۱۸/۴۵	۰/۰۰۵	۰/۷۵۵	۰/۹۴۴
دیدگاه‌گیری	پیش آزمون	۱	۲۳/۸۹	۱۵/۲۵	۰/۰۰۸	۰/۷۱۸	۰/۸۹۹
	عضویت گروهی	۱	۹/۲۵	۵/۹۱	۰/۰۵۱	۰/۴۹۶	۰/۵۳۱
فاجعه سازی	پیش آزمون	۱	۱/۹۶	۱/۰۹	۰/۳۳۵	۰/۱۵۴	۰/۱۴۴
	عضویت گروهی	۱	۳۲/۱۸	۱۷/۹۳	۰/۰۰۵	۰/۷۴۹	۰/۹۳۸
ملاطت دیگران	پیش آزمون	۱	۰/۱۹	۰/۱۹	۰/۶۷۲	۰/۰۳۲	۰/۰۶۷
	عضویت گروهی	۱	۹/۵۵	۹/۶۶۱	۰/۰۲۱	۰/۶۱۷	۰/۷۳۶
کل	پیش آزمون	۱	۸۷/۸۲	۷/۴۹	۰/۰۱۶	۰/۳۴۹	۰/۷۲۱
	عضویت گروهی	۱	۵۷/۷۱	۴/۹۲	۰/۰۴۳	۰/۲۶۰	۰/۵۴۲

پس آزمون تبیین می‌کند. توان‌های آماری هم عمدتاً بیان گر دقت آماری متوسط تا خوب این آزمون می‌باشد. نتایج همچنین نشان داد که تأثیر طرحواره‌درمانی بر خرده مقیاس‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری معنادار نیست و لذا فرضیه ی پژوهش در مورد آن‌ها تأیید نشد. به عبارت دیگر می‌توان گفت آموزش گروهی طرحواره‌درمانی بر این متغیرها تأثیر معناداری نداشته است.

بحث

هدف این پژوهش، تعیین اثربخشی درمان طرحواره محور گروهی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج نشان داد که این نوع درمان باعث بهبود معنادار راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان به جز در راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. به این معنا که طرحواره درمانی باعث بهبود معنادار در همه راهبردهای سازش نیافته نظم‌جویی شناختی هیجان شده و بر دو راهبرد سازش یافته ارزیابی مجدد مثبت و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی نیز تأثیر معنادار داشته است. اگرچه پژوهش مشابهی که بتوان یافته‌های حاضر را با آن مقایسه کرد، یافت نشد ولی نتایج پژوهش حاضر به گونه غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌هایی که طرحواره درمانی را در بهبود و درمان علائم روان شناختی مبتلایان به اختلالات اضطرابی به کار برده‌اند [۴۱] همخوان می‌باشد. این نتایج همچنین با یافته‌های پژوهش صالحی و همکاران [۴۲] و قربانی و همکاران [۴۳] و

همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد با کنترل رابطه ۳۴/۱ درصدی نمره کل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده دو گروه - که این میانگین‌ها از کسر نمرات پیش‌آزمون بدست می‌آید، در مرحله پس‌آزمون معنادار است. بر این اساس و با توجه به اندازه اثر مشاهده شده می‌توان گفت که طرحواره درمانی باعث بهبود ۲۶ درصدی نمره کل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون شده است ($p < 0.05$).

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، عامل بین‌آزمودنی‌های گروه (آموزش طرحواره درمانی گروهی) بر نمرات کل و همه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به جز راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری اثر معناداری دارد ($p < 0.05$). به عبارت دیگر این فرضیه که آموزش طرحواره درمانی گروهی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بهبود می‌بخشد، در سطح معناداری برای راهبردهای ملاطت خویش، نشخوارگری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه سازی و ملاطت دیگران تأیید می‌شود ($p < 0.05$).

میزان اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۵۰/۷ درصد از تغییرات مربوط به ملاطت خویشتن، ۹۰/۱ درصد از تغییرات مربوط به نشخوارگری، ۶۴/۴ درصد از تغییرات مربوط به تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ۷۵/۵ درصد از تغییرات مربوط به ارزیابی مجدد مثبت، ۷۴/۹ درصد از تغییرات مربوط به فاجعه‌سازی و ۶۱/۷ درصد از تغییرات مربوط به ملاطت دیگران را در مرحله

با افزایش فرصت های یادگیری جانشینی، حس خودکارآمدی و خطرپذیری اعضا برای انجام رفتارهای جدید نیز تقویت می شود؛ همچنین اعضای گروه یاد می گیرند که به جای کناره گیری از هیجانات خود، به ابراز همدلی و برآورده ساختن نیازهای عاطفی خود در گروه بپردازند [۴۶].

در مورد اثربخش نبودن این مداخله بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان پذیرش، تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه گیری می توان به عواملی از جمله تمرکز بیشتر درمان روی راهبردهای ناسازگار تنظیم هیجان و سعی در بهبود آن ها و همچنین کوتاه مدت بودن طول درمان اشاره کرد، که در صورت ادامه جلسات درمانی شاید نتایج بهتری به دست می آمد. به علاوه این احتمال نیز وجود دارد که برای تاثیر بیشتر طرحواره درمانی بر این مؤلفه ها، نیاز به تمرکز بر ابعاد اختصاصی این راهبردها بر اساس اصول طرحواره درمانی باشد.

نتیجه گیری

در مجموع یافته های پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان دانشجویان دارای علایم اختلال اضطراب اجتماعی بود، در این راستا پیشنهاد می شود متخصصان و درمانگران در کار با گروه های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و نیز تدوین برنامه های درمانی برای این افراد رویکرد طرحواره درمانی را مورد توجه قرار دهند و در بخشی از روند درمان به بررسی و شناسایی و همچنین آموزش و اصلاح راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بپردازند.

این پژوهش بر روی افراد دانشجو و بر روی جامعه پسران صورت گرفت، لذا تعمیم نتایج به سایر افراد باید با احتیاط صورت بگیرد، از سویی در این تحقیق به واسطه محدودیت های زمانی، مکانی و مالی پیگیری نتایج درمان پس از چند ماه صورت نگرفت که در صورت انجام، می توانست تداوم احتمالی اثربخشی مداخله را نشان دهد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی درمان مذکور با دوره های پیگیری و بر روی سایر مؤلفه های مرتبط با اضطراب اجتماعی و همچنین سایر جمعیت های سنی صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی: از جناب آقای دکتر جعفر حسنی، که مقیاس راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در اختیار پژوهشگران قرار دادند، مرکز مشاوره دانشجویی دانشگاه اصفهان و همچنین کلیه دانشجویان عزیزی که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، سپاسگذاری می شود.

منابع

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM- 5,5th ed. Arlington: American Psychiatric2013.
2. Bassak-Nejad S, Moini N, Mehrabizadeh-Honarmand M. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social

انگیزه و همکاران [۳۵] که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری را بر بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان و نتایج پژوهش دانشمندی [۴۴] که اثربخشی درمان طرحواره های هیجانی را بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجان گزارش کرده اند، همخوان می باشد. در تبیین یافته های این پژوهش می توان گفت که طرحواره درمانی با تاکید بر تغییر سبک های مقابله ای ناسازگار و طرحواره های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه ی اثرگذاری آن ها 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 سبک ها و راهبردهای مقابله ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان فراهم آورده است. از آنجا که تاکید عمده طرحواره درمانی بر روی هیجانات است و استفاده از تکنیک های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می گیرد، لذا به نظر می رسد این تکنیک ها کمک می کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته، آن ها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را تنظیم کند. تکنیک های هیجانی کمک می کنند تا بیمار با سازمان دهی مجدد هیجانی، یادگیری های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای استفاده صحیح از راهبردهای سازگارانه تر تنظیم هیجانات مهیا سازد. طرحواره درمانی در فرایند درمان به بیمار کمک می کند تا با زیر سوال بردن طرحواره ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به بیماران کمک می کند تا درستی طرحواره ها و سبک ها و راهبردهای مقابله ای-شان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران طرحواره و راهبردهای مقابله ای را به عنوان یک حقیقت بیرونی می نگرند که می توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آن بجنگند. در واقع یکی از دلایل موفقیت طرحواره- درمانی نیز هدف قرار دادن این ساخت های زیربنایی با استفاده از تکنیک های شناختی است.

شواهد متعدد نشان می دهد که اگرچه طرحواره درمانی در اصل به صورت فردی تنظیم شده، لیکن وجود عوامل گروهی، فعال سازی تکنیک های طرحواره درمانی را تسهیل نموده و آثار جبرانی مهمی بر طرحواره های مرکزی از قبیل طرد و بریدگی، انزوای اجتماعی، بی اعتمادی و محرومیت هیجانی دارد [۴۵]. در واقع به دلیل ایجاد پیوندها و تعاملات نزدیک بین اعضای گروه امکان مواجهه واقعی و مرتبط ساختن تجارب اولیه با فرایندهای طرحواره- ای اینجا و اکنون در یک محیط حمایت گرانه نیز افزایش یافته و از طرف دیگر

- anxiety among students. J Behav Sci. 2011;4:335-40. [Persian].
3. Gumora G, Arsenio W. Emotionality emotion regulation, and school performance in middle school children. J School Psychol. 2002;40:397-416.
4. Yaryari F, Moradi A, Yahyazade S. The

- Relationship between emotional intelligence and Locus of control with psychological well – being among students at Mazandaran University. *Psychol Stud.* 2007;3(1):21-40. [Persian]
5. Garnefski N, Kraaij V. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Diff.* 2006;40:1659-69.
6. Hasani J. The Psychometric Properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *J Clin Psychol.* 2011;2, 3 (7). [Persian]
7. Garnefski N, Rieffe C, Jellesma F, Terwogt M, Kraaij V. Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year old children: The development of an instrument. *Eur Child Adolesc Psychiatr.* 2007;16:1-9.
8. Garnefski N, Legerstee J, Kraaij V, van d, Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *J Adolesce.* 2002;25:603-11.
9. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships Between Cognitive Strategies of Adolescents and Depressive Symptomatology Across Different Types of Life Event. *J Youth Adolesc.* 2003;32(6):401-08.
10. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotion problems. *Pers Individ Diff.* 2001;30:1311-27.
11. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. CERQ: Manual for the use of cognitive emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, the Netherlands: DATEC; 2002.
12. Hasani J, Miraghaj A. The relationship between strategies for cognitive regulation of emotions and suicidal ideation. *Contemporary Psychology.* 2012;7(1):61-72. [Persian]
13. Campbell-Sills L, Barlow D. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In: Gross JJ, Editor. *Handbook of emotion regulation.* . New York: Guilford Press; 2007.
14. Gross J, John O. Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol.* 2003;85 (2):348-62.
15. Gross J. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions Psychol Sci.* 2001;6(10):.
16. Zlomke K, Hahn K. Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Pers Individ Dif.* 2010;48:408-13.
17. McLaughlin K, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behav Res Ther.* 2010;49:186-93.
18. Kashdan T. Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: Theoretical synthesis and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2007;27: 348-65.
19. Etkin A, Wager T. Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *The American Journal of Psychiatry.* 2007;164:1476-88.
20. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2010;30:217-37.
21. Berenbaum H, Raghavan C, Le H, Vernon L, Gomez J. A taxonomy of emotional disturbances. *Clin Psychol: Sci Pract.* 2003;10:206-26.
22. Greenberg L. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington: APA; 2002.
23. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J Res Behav Sci.* 2011;4(9):229-39. [Persian]
24. Kring A, Sloan D. Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. New York: Guilford; 2010.
25. Mennin D, Farach F. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clin Psychol: Sci Pract.* 2007;14:329-52.
26. Mennin D, Fresco D. Emotion regulation as an integrative framework for understanding and treating psychopathology. In AM –Kring, DM. Sloan (Eds.), *Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment.* New York: Guilford; 2010.
27. Rabie M, Zerehpash A, Palahang H, Zarie Mahmood Abadi H. Relationship between components of cognitive emotion regulation and anxiety disorders. *J Res Behave Sci.* 2014;5(11):363-. [Persian]
28. Hermann C, Ofer J, Flor H. Covariation bias for ambiguous social stimuli in generalized social phobia. *J Abnorm Psychol.* 2004;113:646-53.
29. Hofmann S. Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *J Consul Clin Psychol.* 2004;72:393-99.
30. Werner K, Goldin P, Ball T, Heimberg R, Gross J. Assessing Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: The Emotion Regulation Interview. *J Psychopathol Behav Assess.* 2011;33:346-58.
31. Turk C, Heimberg R, Luterek J, Mennin D, Fresco D. Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cogn Ther Res.* 2005;29:89-106.
32. Mashhadi A, Mirdovraghi F, Hasani J. The Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in internalizing disorders in children. *J Clin Psychol.* 2011;3:29-39. [Persian]
33. Mennin D, Katie A, McLaughlin K, Flanagan T. Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *J Anxiety Disord.* 2009;23:866-71.
34. Alloy L, Riskind J. Cognitive vulnerability to emotional disorders. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 2006.
35. Ghasemzade Nassaji S, Peyvastegar M, Hosseinian S, Mutabi F, Banihashemi S. Effectiveness of cognitive-behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies. *J Behav Sci.* 2010;1(4):35-43. [Persian]
36. Bateni P, Abolghasemi A, Aliakbari-Dehkordi

- M, Hormozi M. The effect of emotion-regulation skills training on improvement of life quality of female anxious school students. *J Behav Sci*. 2014;1(8):21-7. [Persian]
37. Cisler J, Olatunji B, Feldner M, Forsyth J. Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *J Psychopathol Behav Assess* 2010;1(32):68–82.
38. Young J, Klosko J, Weishaar M. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*: Guilford Press; 200۳.
39. Parkinson B, Totterdell P. Classifying affect-regulation strategies. *Cogn Emotion*. 1999;3(13):277–303.
40. Olak K, Garnefski N, Kraaij V. Adolescents caught between fires: Cognitive emotion regulation in response to war experiences in Northern Uganda. *J Adolesce*. 2007;30:655–69.
41. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A. The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder. *Iran J Psychiatr Clin Psychol*. 2011;4(16):420-31. [Persian]
42. Salehi A, Baghban I, Bahrami F, Ahmadi A. The effect of emotion regulation training based on dialectical behavior therapy and gross process model on symptoms of emotional problems. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS)*. 2012;9(13):1-7. [Persian]
43. Ghorbani T, Mohammadkhani S, SARAMI G. Comparative Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy based coping skills and methadone maintenance treatment to improve emotion regulation strategies and relapse prevention. *J Res Addi*. 2011;17(5):59-74.
44. Daneshmandi S. The Effectiveness of emotional schema therapy (EST) on emotion regulation difficulties, communication skills and emotional schemas of women of child abuse and neglect. University of Isfahan; 2013.
45. Farrell j, Shaw I, Webber M. schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *J Behav Ther Exper Psychiatr*. 2009;2(40):317-28.
46. Simpson S, Morrow E, van V, Reid C. Group schema therapy for eating disorders: A pilot study. *Front Psychol*. 2010;1:182.