



The Effectiveness of "Schema Therapy" on Emotional Regulation and Self-Criticism in People with Generalized Anxiety Disorder

Reihaneh Bateni Nooshabadi¹, Flor Khayatan^{2*}

1- Master Student of General Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Flor Khayatan, Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: F.khayatan@khuisf.ac.ir

Received: 2025/05/12

Accepted: 2025/10/28

Abstract

Introduction. Generalized anxiety disorders are a broad range of mental health problems characterized by excessive fear, worry, and anxiety. These disorders can have a significant impact on a person's emotional regulation and self-criticism, disrupting their daily activities. The aim of the present study was to determine the effect of "Schema Therapy" on emotional regulation and self-criticism in people with generalized anxiety disorder.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control and follow-up group. Among adult patients referred to the counseling centers in Isfahan who had completed the "Generalized Anxiety Disorder Scale". 40 subjects who had obtained an acceptable score (at least 8 out of 21) were selected and divided into 2 intervention groups: intervention group (20 subjects) and control group (20 subjects) using a convenience sampling method. The data collection instruments included a demographic questionnaire, "Emotion Regulation Questionnaire", and "Levels of Self-Criticism Scale". The validity of the instruments was based on previous studies. Reliability was calculated using the internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The intervention group received one 90-minute "Schema Therapy" session per week for 10 sessions over 2.5 months. The control group did not receive any intervention. They responded to it at the end of the treatment and 45 days after the end of the treatment. The control group received the intervention 45 days after the completion of treatment. The data were analyzed using SPSS .26.

Results: "Schema Therapy" was effective on emotional regulation and self-criticism in people with generalized anxiety disorder, and the treatment was stable in the 45-day follow-up phase after the completion of treatment.

Conclusion: "Schema Therapy" can be effective and beneficial in improving emotional regulation and self-criticism in individuals. Therefore, it is suggested that people with generalized anxiety disorder benefit from "Schema Therapy" in emotional regulation and self-criticism.

Keywords: Schema Therapy, Emotional Regulation, Self-Criticism, Anxiety Sensitivity, Generalized Anxiety Disorder.



اثر بخشی «طرحواره درمانی» بر تنظیم هیجانی و خود انتقادی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

ریحانه باطنی نوش آبادی^۱، فلور خیاطان^{۲*}

۱- کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: فلور خیاطان، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
ایمیل: F.khayatan@khuisf.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۷/۰۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۲۳

چکیده

مقدمه: اختلالات اضطراب فراگیر طیف وسیعی از مشکلات روانی هستند که با احساس ترس، نگرانی و اضطراب بیش از حد مشخص می‌شوند. این اختلالات می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر تنظیم هیجانی و خودانتقادی شخص داشته و در فعالیت‌های روزمره او ایجاد اختلال کند. هدف از پژوهش حاضر، تعیین تأثیر "طرحواره درمانی" بر تنظیم هیجانی، خودانتقادی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل و پیگیری بود. از میان مراجعین بزرگسال به مراکز مشاوره شهر اصفهان که "مقیاس اختلال اضطراب فراگیر" (Scale (Generalized Anxiety Disorder را تکمیل کرده بودند، ۴۰ تن که نمره قابل قبول (حداقل نمره ۸ از ۲۱) کسب کرده بودند، انتخاب و به ۲ گروه مداخله گروه مداخله (۲۰ تن) و کنترل گروه مداخله (۲۰ تن) به روش در دسترس تقسیم شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی، "پرسشنامه تنظیم هیجان" (Emotion Regulation Questionnaire) و "مقیاس سطوح خود انتقادی" (Levels of Self-Criticism Scale) بود. روایی ابزارها را به مطالعات پیشین اکتفا گردید. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد. گروه مداخله به مدت ۱۰ جلسه در طی ۲ و نیم ماه، هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای "طرحواره درمانی" دریافت کردند. گروه کنترل ۴۵ روز پس از اتمام درمان، مداخله دریافت نمودند. داده‌ها در نرم‌افزار اس پی اس اس نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: "طرحواره درمانی" بر تنظیم هیجانی، خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر بوده و درمان در مرحله پیگیری ۴۵ روزه پس از اتمام درمان نیز پایدار بود.

نتیجه‌گیری: "طرحواره درمانی" می‌تواند بر میزان تنظیم هیجانی و خودانتقادی در افراد موثر و مفید واقع شود. لذا پیشنهاد می‌شود از "طرحواره درمانی" در تنظیم هیجانی، خودانتقادی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بهره ببرند.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، تنظیم هیجانی، خود انتقادی، اختلال اضطراب فراگیر.

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (generalized anxiety disorder) یکی از رایج‌ترین اختلالات اضطرابی است که در دنیا ۳/۱ درصد جمعیت بزرگسال سالانه (۱) و ۵/۷ درصد در طول زندگی با آن مواجه می‌شوند. شیوع سالانه این اختلال در ایران حدود ۲ تا ۴ درصد است. همچنین، این اختلال در زنان ۲ برابر مردان رخ می‌دهد و در سنین ۲۰ تا ۳۰ سالگی شایع‌تر است (۲).

اختلال اضطراب فراگیر، یکی از انواع اختلالات اضطرابی است. اضطراب و نگرانی مفرط، عدم کنترل نگرانی، بی‌قراری، عصبی بودن، خستگی زود هنگام، تحریک‌پذیری، تنش عضلانی، مشکل در تمرکز و تصمیم‌گیری، اختلالات خواب نشانه‌های بدنی موجب ناراحتی یا اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر، از ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر است (۳). اختلال اضطراب فراگیر، دربردارنده اختلال‌هایی است که ویژگی مشترک میان آن‌ها، ترس غیرانطباقی (غیرمتناسب بودن ترس با زمینه اجتماعی- فرهنگی) و اضطراب شدید و آشفتگی‌های رفتاری می‌باشد (۴).

از جمله اختلالاتی که می‌تواند سبب اختلال اضطراب فراگیر شود، خودانتقادی است. خودانتقادی (self-criticism) به معنای گرایش فرد برای داشتن انتظارات بالا از خود و زیرسؤال بردن عملکرد خویش است (۵). خودانتقادی به‌عنوان یک مفهوم چند بعدی و پیچیده در روانشناسی شناخته می‌شود که تأثیرات عمیقی بر سلامت روانی افراد دارد. خودانتقادی، در ۲ سطح خود انتقادی مقایسه‌ای و خود انتقادی درونی شده اندازه‌گیری می‌شود. خود انتقادی مقایسه‌ای، خصوصیت بین‌فردی است که فرد، خود را با دیگران، به‌صورت خصمانه و انتقادی مقایسه نامناسب می‌نماید؛ به‌خاطر احساس حقارت، خشونت دائم و انتقاد از دیگران به‌صورت مداوم دارد. خود انتقادی درونی شده، بدین معنا است که فرد نسبت به خود، در مقابل با استانداردهای شخصی و درونی خود، دیدگاهی منفی دارد. بنابراین، خود را با دیگران، مقایسه نمی‌کند، بلکه خود را در مقابل با انتظارات و اهداف غیرقابل دسترسی خود، ناکارآمد تلقی می‌کند. خود انتقادی، به دلیل احساس تهدیدشدگی درونی، علی‌رغم زیر نظر داشتن خود با ذره‌بین، فرصت پذیرش هیجانات خود و

تجربه هیجانات منفی را به طور کامل به خود نمی‌دهند؛ چرا که نسبت به خود، سخت‌گیری مضاعف دارند (۶). بنابراین، خود انتقادی، موجب می‌شود تا افراد، ضمن انتقاد از خود، در موقعیت‌ها دچار اضطراب شده و شرم درونی شده را تجربه نمایند (۷).

متغیر دیگر مورد بررسی در پژوهش حاضر، تنظیم هیجانی است. مشکل در تنظیم هیجان به‌مثابه نداشتن کنترل روی اضطراب، می‌تواند یک عامل مهم در سبب‌شناسی و تداوم اختلالات اضطرابی باشد (۸،۹). تنظیم هیجان، طیف وسیع راهبرد شناختی- رفتاری هوشیارانه و ناهشیارانه است که برای افزایش، کاهش یا حفظ یک هیجان، صورت می‌پذیرد (۱۰). تنظیم هیجانی را می‌توان به‌مثابه یک فرایند آغاز، حفظ، تعدیل در بروز، تغییر در بروز، شدت احساس درونی یا استمرار هیجان مرتبط با فرایند روانی، اجتماعی و فیزیکی در رسیدن به اهداف فرد، تعریف نمود (۱۱). سازه تنظیم هیجان را می‌توان دارای دو راهبرد توانایی تشخیص هیجان خود و توانایی مدیریت آن برشمرد (۱۲). از درمان‌های موجود که جهت درمان اختلالات اضطرابی مورد استفاده قرار می‌گیرد، «طرحواره درمانی» است که روشی نوین و یکپارچه در قالب یک الگوی درمانی - مفهومی ارزشمند می‌باشد که بر اساس تلفیق، گسترش و بسط مفاهیم و روش‌های درمان رفتاری - شناختی کلاسیک، گشتالت، روابط شیء، دلبستگی، ساختارگرایی و روانکاوی بنا گردیده است. «طرحواره درمانی» را نمی‌توان درمانی ترکیبی نامید که مبتنی بر آزمون و خطا باشد، بلکه درمانی بر پایه یک نظریه منسجم و یکپارچه است که به‌خصوص برای مراجعان مبتلا به اختلالات روانشناختی مزمن و دارای مقاومت، مناسب می‌باشد (۱۳).

با عنایت به اینکه پژوهشی که دقیقاً به بررسی اثربخشی «طرحواره درمانی» بر تنظیم هیجانی و خود انتقادی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته باشد، یافت نگردید؛ لذا به بررسی پیشینه پژوهش‌های مشابه پرداخته شد.

پژوهش Baljé و همکاران (۱۴) با هدف مقایسه اثربخشی «طرحواره درمانی» و «گروه‌درمانی شناختی- رفتاری» بر اختلال اضطراب اجتماعی همراه با اختلال شخصیت اجتنابی انجام شد. نتایج نشان داد «گروه‌درمانی

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری که ۴۵ روز بعد از پایان پس‌آزمون بر اساس نظر Marshall & Rossman (۱۹) انجام شد. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه مراجعان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به مراکز مشاوره شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بود. روش نمونه‌گیری نیز به روش در دسترس انجام گردید. برای تعیین تعداد نمونه بر اساس نظر متخصصان (۲۰) که حداقل ۱۵ تن برای هر گروه به عنوان تعداد نمونه کافی است، استفاده گردید (۱۳). در پژوهش حاضر، ۴۰ تن از مراجعان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به‌صورت در دسترس انتخاب و به ۲ گروه ۲۰ تن در گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: عدم مصرف داروی روانپزشکی، مراجعه به مراکز مشاوره در شهر اصفهان در نیمه دوم سال ۱۴۰۲، دارا بودن تحصیلات حداقل در حد دیپلم، دارا بودن رده سنی ۲۰ تا ۶۰ سال، اعلام رضایت شفاهی جهت شرکت در پژوهش، کسب حداقل نمره ۸ از ۲۱ از «مقیاس اختلال اضطراب فراگیر» بود. معیارهای خروج شامل: غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات گروه درمانی و عدم پاسخدهی کامل در ابزارهای توزیع شده در پیش‌آزمون بود.

ابزار گردآوری داده‌ها، شامل پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن و وضعیت تاهل و ابزارهای زیر جمع‌آوری شد. «مقیاس اختلال اضطراب فراگیر» (Scale (Generalized Anxiety Disorder توسط Spitzer و همکاران در نیویورک در سال ۲۰۰۶ طراحی شد (۲۱). مقیاس نامبرده دارای ۷ عبارت و تک عاملی می‌باشد. نمره-گذاری ۴ درجه ای لیکرت (نمره صفر= هیچ وقت، نمره ۱= چند روز، نمره ۲= بیش از نیمی از روزها، نمره ۳= تقریباً هر روز) می‌باشد. حداقل نمره کسب شده صفر و حداکثر آن، ۲۱ می‌باشد. تفسیر نمره بدست آمده به این شرح است که: نمره بین صفر تا ۷: اختلال اضطراب فراگیر پایین، نمره ۸ تا ۱۰: اختلال اضطراب فراگیر متوسط، نمره بالای ۱۰: اختلال اضطراب فراگیر بالا تفسیر می‌گردد (۲۱).

Spitzer و همکاران (۲۰) روایی ملاکی به روش روایی همزمان «مقیاس اختلال اضطراب فراگیر» را با «سیاهه اضطراب

طرحواره ای» و «گروه‌درمانی شناختی- رفتاری» بر اختلال اضطراب اجتماعی همراه با اختلال شخصیت اجتنابی مفید و موثر بوده است. همچنین، نتایج پژوهش Eglı و همکاران (۱۵) جهت بررسی نقش تنظیم هیجان و دلبستگی به‌عنوان مکانیسم‌های تغییر در «طرحواره درمانی» و «درمان شناختی- رفتاری» بر افسردگی نشان داد که هر ۲ روش درمانی، می‌توانند از طریق بهبود تنظیم هیجان و اصلاح الگوهای دلبستگی ناسالم به کاهش علائم افسردگی کمک کنند.

بعلاوه، نتایج پژوهش افلاکیان و همکاران (۱۶) با هدف تعیین اثر بخشی «طرحواره درمانی» مبتنی بر مسائل روانی- اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در مقایسه با «درمان شناختی-رفتاری»، نشان می‌دهد که «طرحواره درمانی» در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب بیماران وسواس-جبری مؤثر است. همچنین، قلی‌زاده (۱۷) به بررسی اثربخشی «طرحواره درمانی» بر خود انتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده پرداخت. نتایج این مطالعه نشان داد که «طرحواره درمانی» می‌تواند به طور مؤثری به کاهش خود انتقادی و بهبود خودتنظیمی هیجانی در زنان مبتلا به افسردگی کمک کند. بعلاوه، شرکت‌کنندگان پس از دوره درمانی، کاهش قابل توجهی در خودانتقادی و بهبود در خودتنظیمی هیجانی تجربه کردند. در خصوص ضرورت انجام پژوهش چنین می‌توان نگاشت که پژوهشی که دقیقاً به تعیین تأثیر «طرحواره درمانی» بر تنظیم هیجانی، خودانتقادی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته باشد، یافت نگردد. از سوی دیگر، با توجه به بررسی پژوهش‌های مشابه پیشین مذکور (۱۲-۱۷)، در زمینه‌ی ضرورت انجام پژوهش حاضر چنین باید گفت که اختلالات اضطرابی می‌توانند هزینه‌های قابل توجهی را بر خانواده‌ها و جوامع تحمیل کنند (۱)، زیرا اضطراب در صورت تبدیل شدن به اختلال، نگرانی بیش‌ازحد، ترس و عدم توانایی در مدیریت عواطف را به همراه دارد که به مشکلات فردی و اجتماعی پیچیده‌ای منجر می‌گردد (۱۸). هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر «طرحواره درمانی» بر تنظیم هیجانی و خودانتقادی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد.

یک» (Beck Anxiety Inventory) و «اضطراب سیاهه نشانه بالینی» (Symptom Checklist-90-Revised) را روی ۲۹۸۲ بیمار در ایالات آمریکا بررسی و نتایج بترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۴ بدست آمد. همچنین، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی روی ۹۶۵ بیمار در ایالات متحده آمریکا محاسبه و نتیجه تک عامل را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ (مشخصات و تعداد نمونه ها در دست نیست) را محاسبه و ۰/۹۲ و ضریب ثبات به روش بازآزمون به فاصله ۲ هفته انجام شد که ۰/۸۳ گزارش گردید.

پژوهش خارجی دیگری که روانسنجی «مقیاس اختلال اضطراب فراگیر» در آن ذکر شده باشد، یافت نشد. نائینیان و همکاران (۲۲) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس اختلال اضطراب فراگیر» را روی ۱۹۹ تن از دانشجویان رشته‌های مختلف مقطع کارشناسی دانشگاه شاهد، محاسبه و نتایج یک عامل را گزارش داد. بعلاوه، روایی سازه به روش روایی همگرا با «سیاهه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر» (State-Trait Anxiety Inventory)، «فرم - کوتاه بررسی سلامت عمومی» (Short-Form General Health Survey) و «فهرست نشانه» (Symptom Checklist) را روی ۶۰ تن از نمونه های فوق بررسی و نتایج بترتیب ۰/۵۲، ۰/۶۳ و در «فرم - کوتاه بررسی سلامت عمومی» برای زیر مقیاس های عملکرد جسمانی ۰/۳۳، ایفای نقش جسمانی ۰/۳۶، سرزندگی ۰/۳۰، ایفای نقش هیجانی ۰/۲۸، سلامت روانی ۰/۲۸- و تغییر سلامت ۰/۳۷ گزارش شد. ثبات به روش ۲ نیمه کردن روی نمونه های فوق بررسی و نتایج برای نیمه اول ۰/۸۱، نیمه دوم ۰/۶۸ بدست آمد. در نهایت، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و ۰/۸۵ گزارش شد.

پژوهش داخلی دیگری که روایی و پایایی «مقیاس اختلال اضطراب فراگیر» را بسنجد، یافت نگردید. «پرسشنامه تنظیم هیجان» (Emotion Regulation Questionnaire) توسط Gross & John (کشور طراحی ابزار یافت نشد) در سال ۲۰۰۳ طراحی شد (۲۳). پرسشنامه نامبرده دارای ۱۰ عبارت ۲ مولفه ارزیابی مجدد (reassessment) (با ۶ عبارت شامل: ۱، ۳، ۵، ۷، ۸، ۱۰) و فرونشانی (suppression)

(با ۴ عبارت شامل: ۹، ۶، ۴، ۲) می باشد که در یک طیف ۷ درجه ای لیکرت (کاملاً مخالفم: ۱، مخالفم: ۲، تا حدودی مخالفم: ۳، نظری ندارم: ۴، تا حدودی موافقم: ۵، موافقم: ۶، کاملاً موافقم: ۷) نمره گذاری می شود. پایین ترین نمره: ۱۰ و بالاترین نمره کسب شده، ۷۰ می باشد. تفسیر نمره بدست آمده نیز به این ترتیب است که نمره بین صفر تا ۷: میزان تنظیم هیجان پایین، ۸-۱۴: میزان تنظیم هیجان متوسط و نمره ۱۵ و بالاتر: میزان تنظیم هیجان بالا تفسیر می گردد (۲۳).

Gross & John (۲۳) روایی «پرسشنامه تنظیم هیجان» را در مطالعه خود ذکر نکردند. اما، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ (تعداد و مشخصات نمونه‌ها در دست نیست) را محاسبه و برای مولفه ارزیابی مجدد، ۰/۷۹، مولفه فرونشانی ۰/۷۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۶۹ را گزارش نموده‌اند (۲۳). Karreman & Vingerhoest (۲۴) روایی «پرسشنامه تنظیم هیجان» نسجیدند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ را روی ۶۳۲ تن (۳۰۵ مرد و ۳۲۷ زن) در هلند بررسی و برای مولفه ارزیابی مجدد، ۰/۸۳ و مولفه فرونشانی ۰/۷۹ (کل پرسشنامه گزارش نشده) گزارش کردند.

کیانفر و همکاران (۲۵) در پژوهش خود روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه تنظیم هیجان» (تعداد و مشخصات متخصصان گزارش نشده) بررسی و مورد تایید گزارش شد. روایی ملاکی به روش روایی همزمان همگرا را با مقیاس تحمل پریشانی (Distress Tolerance Scale) روی ۳۴۸ تن از دانش آموزان دوره دوم متوسطه استان لرستان بررسی و تایید شد (عدد بدست آمده گزارش نشده). بعلاوه، روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی روی نمونه های فوق بررسی و برخلاف نسخه اصلی، نتایج حذف ۲ عبارت ۲ و ۹ را بدلیل بار عاملی را گزارش و تایید نمود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای مولفه فرونشانی ۰/۳۳، مولفه ارزیابی مجدد ۰/۷۰ و کل پرسشنامه ۰/۶۸ گزارش شد. در مطالعه بیگدلی و همکاران (۲۶) روایی «پرسشنامه تنظیم هیجان» بررسی نشد. اما، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۲۰۰ تن از دانشجویان علوم پزشکی دانشگاه سمنان بررسی و برای مولفه ارزیابی

ریحانه باطنی نوش آبادی و فلور خیاطان

مجدد، ۰/۸۳ و مولفه فرونشانی ۰/۷۹ گزارش شد. «مقیاس سطوح خودانتقادی» (Levels of Self-Criticism Scale) توسط Thompson & Zuroff (۲۷) در ایالات متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ طراحی شده است. مقیاس دارای ۲۲ عبارت و ۲ زیرمقیاس خود انتقادی درونی شده (internalized self-criticism) (۱۰ عبارت شامل ۱۹، ۱۷، ۱۵، ۱۳، ۱۱، ۹، ۷، ۵، ۳، ۱) و خودانتقادی مقایسه ای (comparative self-criticism) (۱۲ عبارت شامل ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۸، ۱۶، ۱۴، ۱۲، ۱۰، ۸، ۶، ۴، ۲) می باشد. در این مقیاس، عبارت های ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۰، ۲۱، ۲۲ نمره گذاری معکوس دارند. این مقیاس در یک طیف ۷ درجه ای لیکرت: بسیار خوب توصیف کننده من است (۶)، توصیف کننده من است (۵)، تا حدودی توصیف کننده من است (۴)، نظری ندارم (۳)، تا حدودی توصیف کننده من نیست (۲)، توصیف کننده من نیست (۱)، اصلاً توصیف کننده من نیست (صفر) نمره گذاری می شود. حداقل نمره در مقیاس نامبرده ۲۲ و حداکثر نمره ۱۵۴ می باشد. تفسیر نمره بدست آمده به شرح ذیل است: نمره بین صفر تا ۲۲: میزان سطوح خودانتقادی پایین، ۲۳-۴۴: میزان سطوح خودانتقادی متوسط و نمره ۴۵ و بالاتر: میزان سطوح خودانتقادی بالا تفسیر می گردد (۲۷).

Thompson & Zuroff (۲۷) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی «مقیاس سطوح خودانتقادی» را روی ۲۸۲ تن از دانشجویان مقطع کارشناسی (۱۴۴ زن و ۱۳۸ مرد) بررسی و نتایج وجود ۲ زیرمقیاس خودانتقادی درونی شده و خودانتقادی مقایسه ای را تایید نمود. همچنین، روایی سازه به روش روایی همگرا با «پرسشنامه خودانتقادی مقایسه ای» (Comparative Self Questionnaire Criticism) محاسبه و نتایج مورد قبول گزارش شده (اطلاعات بیشتر در دسترس نیست). پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای زیرمقیاس خودانتقادی درونی شده ۰/۸۴ و برای خودانتقادی مقایسه ای ۰/۷۸ گزارش نمودند (۲۷).

پژوهش خارجی دیگری که روایی و پایایی «مقیاس سطوح خودانتقادی» را سنجیده باشد، یافت نگردید.

مالکی و همکاران (۲۸) در پژوهش خود «مقیاس سطوح خودانتقادی» روایی را نسنجیدند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی ۳۰ تن از دانش آموزان دختر متوسطه دوم استان قم که دارای اضطراب اجتماعی بودند، محاسبه و برای زیرمقیاس خودانتقادی درونی شده ۰/۷۱ و برای خودانتقادی مقایسه ای ۰/۶۸ و برای کل مقیاس ۰/۷۵ گزارش گردید. بعلاوه، عبدی و همکاران (۲۹) روایی سازه به روش روایی همگرا «مقیاس سطوح خودانتقادی» (Levels of Self-Criticism Scale) با «پرسشنامه مشکلات بین شخصی» (Interpersonal Problems Questionnaire) روی ۴۵۷ تن از دانشجویان دانشگاه علم و صنعت تهران محاسبه شد (اطلاعات بیشتر در دسترس نیست). همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ روی نمونه های فوق بررسی و برای کل مقیاس، ۰/۸۳ گزارش شد.

«طرحواره درمانی» توسط Young و همکاران (۳۰) با هدف تغییر الگوهای زندگی فرد و توانمندسازی مراجع جهت برطرف نمودن سازگارانه نیازهای اساسی خود در خارج از محیط درمان، طراحی گردیده است. «طرحواره درمانی»، فراتر از آموزش مهارت های رفتاری است که فعالیت های بنیادین از طریق کاهش شدت طرحواره های ناکارآمد با کمک به کارگیری سبک مقابله ای یا مهارت های بین فردی سازگارانه صورت می پذیرد. در پژوهش Young و همکاران (۳۰) روایی (نوع روایی سنجیده شده گزارش نشده) «طرحواره درمانی» مورد تایید گزارش شده است.

همچنین، صداقت و افراعی (۳۱) «طرحواره درمانی» را روی زنان دارای همسر نظامی ساکن منطقه ۱ شهر تهران اجرا و مورد تایید گزارش شد. در پژوهش محدث پیشنهاد و همکاران (۳۲) شاخص روایی محتوا برای «طرحواره درمانی» توسط ۵ تن از مدرسین عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم سنجیده شد که نتایج بالاتر از ۰/۷۸ قابل قبول گزارش شد.

در مطالعه حاضر جهت روایی «طرحواره درمانی» به مطالعات پیشین اکتفا شد.

محتوای جلسات «طرحواره درمانی»

جلسات	اهداف	شرح جلسات
اول	آشنایی و توضیحات کلی رویکرد «طرحواره درمانی»	ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات (رازداری، محرمانه بودن، احترام و گوش دادن) قوانین و مقررات مربوط به گروه درمانی انجام شد. در ادامه، مرور اهداف و منطق کلی درمان، برقراری ارتباط، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش برای «طرحواره درمانی» با تمرکز بر تاریخچه شخصی انجام شد.
دوم	شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته	تعریف «طرحواره درمانی»، طرحواره های ناسازگار اولیه، ویژگی طرحواره های ناسازگار اولیه، ریشه های تحولی طرحواره توضیح و تشریح شد.
سوم	روش های شناختی و ارزیابی مزایا و معایب سبک های مقابله ای	معرفی حوزه طرحواره های ناسازگار اولیه، توضیح در مورد عملکرد طرحواره، فرضیه سازی در خصوص طرحواره ها و شناسایی و نام گذاری آن ها انجام گردید. بعلاوه، نحوه تشخیص سبک های مقابله ای و خلق و خوی بیمار، تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش آموزش داده شد.
چهارم	شناسایی طرحواره های ناکارآمد اولیه	شناسایی حوزه ها، فرایندها، رفتارها و سبک های طرحواره ای، مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره، جمع آوری اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش توضیح داده شد.
پنجم	آموزش در خصوص تحریف های شناختی و ارزیابی چرخه افکار و رفتار مراجع	بررسی افکار، پیشایندها و پسایندها، شناسایی افکار تحریف شده، شناسایی اجزای اجتناب ها و باورهای بنیادین توضیح داده شد.
ششم	اسناد دهی شواهد	اسناد دهی شواهد تأکیدکننده طرحواره ها به تجارب دوران کودکی و شیوه های فرزندپروری ناکارآمد تشریح شد.
هفتم	روش های رفتاری	با استفاده از روش های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگسال سالم در ذهن مراجع انجام گردید. همچنین، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگ علیه طرحواره ها آموزش داده شد.
هشتم	روش های شناختی	به شرکت کنندگان، استفاده از روش های شناختی (بررسی انتقادی شواهد حمایت کننده از طرحواره ها، مرور و بررسی شواهد متناقض با طرحواره ها، روش موضع - ضد موضع، تهیه کارت های آموزشی مصور که با طرحواره ها متناقض است و تحلیل سود و زیان طرحواره ها) آموزش داده شد.
نهم	روش های هیجانی	روش استفاده از روش های هیجانی، گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب زاء، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی آموزش داده شد.
دهم	روش های رفتاری و ختم جلسات	نحوه استفاده از روش های رفتاری، حذف رفتارهای تداوم بخش طرحواره، اجتناب ها و افزایش رفتارهای مقابله ای سالم، تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم، تهیه و تدوین کارت های آموزشی تشریح شد.

دیدند. پس از پایان جلسات، هر ۲ گروه مجدداً «پرسشنامه تنظیم هیجان» و «مقیاس سطوح خود انتقادی» را به عنوان پس آزمون تکمیل کردند. یک جلسه پیگیری ۴۵ روزه بر اساس نظر Marshall & Rossman (۱۹) بعد از پس آزمون برگزار شد.

در پژوهش حاضر پس از کسب کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، معرفی نامه از دانشکده روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان اخذ گردید. سپس، پژوهشگر اول مقاله حاضر، اجازه از مدیران مراکز مشاوره شهر اصفهان دریافت کرد. پس از آن پژوهشگر خود را به به شرکت کنندگان معرفی کرده و توضیح در مورد هدف مطالعه داده شد. سپس رضایت نامه کتبی و داده ها گردآوری گردید. شایان ذکر است که محل جمع آوری داده ها مراکز مشاوره شهر اصفهان بود. زمان

برای جمع آوری داده ها، ابتدا پژوهشگران، از میان مراجعه کنندگان به مراکز مشاوره شهر اصفهان، ۴۰ تن مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر که بر اساس نمره کسب شده از «مقیاس اختلال اضطراب فراگیر» (۲۱) حدنصاب لازم را کسب کردند، انتخاب شدند و به صورت در دسترس در ۲ گروه ۲۰ تن مداخله و کنترل قرار گرفتند. نمونه ها از میان افرادی که حداقل نمره لازم را کسب کرده بودند، انتخاب شدند. پس از کسب رضایت آگاهانه، هر ۲ گروه «پرسشنامه تنظیم هیجان» و «مقیاس سطوح خود انتقادی» را به عنوان پیش آزمون تکمیل کردند. گروه مداخله در ۱۰ جلسه ۶۰ تا ۹۰ دقیقه ای، آموزش «طرحواره درمانی» دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل (قبل از انجام پژوهش) هیچ مداخله ای دریافت نکرد ولی پس از پایان پژوهش همانند گروه مداخله، «طرحواره درمانی» را آموزش

ریحانه باطنی نوش آبدی و فلور خیاطان

پی اس اس نسخه ۲۶ تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه مداخله برابر با ۳۶/۵۸ سال و در گروه کنترل ۳۰/۲ سال بود. در هر ۲ گروه بیشتر افراد نمونه مجرد بوده‌اند که شامل ۹ تن (۵۳ درصد) در گروه مداخله و ۱۲ تن (۷۰/۶ درصد) در گروه کنترل بود. ۲ گروه به لحاظ متغیرهای سن و تأهل هم‌تاسازی شدند. نمره متغیرهای پژوهش شامل خود انتقادی در گروه مداخله نسبت به کنترل کاهش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشته است در حالی که میانگین نمره تنظیم هیجانی، افزایش نشان داده است (جدول ۱).

جمع‌آوری داده‌ها از اسفند سال ۱۴۰۲ تا مرداد سال ۱۴۰۳ (بمدت ۶ ماه) بود که روزانه ۲ و نیم ساعت به طول انجامید. علاوه بر محل گردآوری داده‌ها یک مرکز روانشناسی بود که بدلیل محرمانه بودن اطلاعات از ذکر نام مرکز خودداری می‌گردد.

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش به شرح ذیل بود که با کسب اجازه برای تکمیل ابزارها، تضمین حفظ محرمانگی و آزادی شرکت‌کنندگان برای انصراف از مطالعه در هر مرحله، جمع‌آوری داده‌ها انجام گردید.

تحلیل آماری، در ۲ سطح آمار توصیفی و استنباطی بود. داده‌ها با آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون لوین، آزمون ماچلی و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر) تحلیل شدند. داده‌ها در نرم‌افزار اس

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمره متغیرهای پژوهش به تفکیک ۲ گروه و ۳ مرحله پژوهش

متغیر	مداخله		کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
تنظیم هیجان	میانگین	۳۹/۷۶	۴۸/۹۴	۴۵/۴۱
	انحراف معیار	۶/۲۵	۷/۲۴	۶/۴۰
خود انتقادی	میانگین	۹۲/۱۱	۶۸/۵۳	۷۱/۵۲
	انحراف معیار	۱۷/۶۸	۱۴/۵۴	۱۲/۸۱

آزمون این فرض از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده گردید. نتایج حاصل از اجرای این پیش‌فرض در مورد نمره متغیرهای این پژوهش در جدول ۲ آمده است.

هدف از بررسی پیش‌فرض نرمال بودن، ارزیابی این است که آیا توزیع داده‌های نمونه با یک توزیع نرمال سازگار است یا خیر. این پیش‌فرض بیان می‌کند که داده‌های نمونه از جامعه‌ای با توزیع نرمال استخراج شده‌اند. برای

جدول ۲: آزمون شاپیرو-ویلک جهت ارزیابی نرمال بودن توزیع نمره متغیرهای پژوهش در مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		آماره	مقدار احتمال	آماره	معناداری
تنظیم هیجان	مداخله	۰/۸۹۹	۰/۰۵۹	۰/۹۲۷	۰/۱۹۲
	کنترل	۰/۹۵۰	۰/۴۶۱	۰/۹۶۵	۰/۷۳۴
خود انتقادی	مداخله	۰/۹۶۴	۰/۷۱۲	۰/۹۵۴	۰/۵۲۱
	کنترل	۰/۹۵۱	۰/۴۸۰	۰/۹۵۱	۰/۴۶۷
حساسیت اضطرابی	مداخله	۰/۹۰۱	۰/۰۷۶	۰/۹۳۳	۰/۲۴۷
	کنترل	۰/۹۶۵	۰/۷۱۸	۰/۹۵۴	۰/۵۲۳

نرمال بودن تأیید شد. همچنین آزمون لوین بیانگر برقراری برابری واریانس‌ها بود ($P > 0.05$). با این حال، پیش‌فرض یکنواختی کوواریانس‌ها بر اساس آزمون ماچلی در متغیرهای تنظیم هیجانی و خودانتقادی رد شد ($P < 0.05$).

جهت بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر، ابتدا نرمال بودن توزیع نمره با آزمون شاپیرو-ویلک بررسی شد. نتایج نشان داد که مقدار احتمال در تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بوده و بنابراین، پیش‌فرض

از این رو، در تحلیل‌های بعدی از شاخص‌های اصلاح‌شده استفاده گردید. به منظور بررسی فرضیه اصلی پژوهش، مبنی بر اثربخشی «طرحواره درمانی» بر متغیرهای تنظیم هیجانی و خودانتقادی

در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، از تحلیل چندمتغیره واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج کلی تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی اثربخشی «طرحواره درمانی» بر متغیرهای پژوهش

مراحل	اثرات گروه	ارزش F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار احتمال	میزان تأثیر	توان آماری
پس‌آزمون	اثر پیلابی	۱۱۱/۳۳	۵	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۰۳	۱/۰۰۰
پیگیری	اثر پیلابی	۲۲/۷۱	۵	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۲	۱/۰۰۰

در ادامه و به منظور بررسی اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر (جدول ۴) گزارش شده است. نتایج این تحلیل علاوه بر اثر زمان (مقایسه سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، اثر گروه (مداخله و کنترل) و اثر تعاملی گروه × زمان را نشان می‌دهد. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است. برای بررسی دقیق‌تر، آزمون تعقیبی بنفرونی به کار رفت که نتایج آن نیز در جدول ۴ ارائه شده است. این آزمون امکان مقایسه زوجی میانگین‌ها را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر یک از گروه‌های مداخله و کنترل فراهم می‌آورد و نشان می‌دهد که تغییرات مشاهده‌شده در کدام مراحل و برای کدام گروه‌ها معنادار بوده است.

بر اساس جدول ۳، تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش در گروه‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌طور کلی معنادار بود ($P < 0.001$). عبارات دیگر، بین افراد گروه مداخله و کنترل در متغیرهای تنظیم هیجان و خودانتقادی تفاوت معناداری وجود داشت. مقدار اندازه اثر نشان داد که در مرحله پس‌آزمون ۸۰/۳ درصد و در مرحله پیگیری ۷۳/۲ درصد از تغییرات مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر طرحواره‌درمانی است. توان آماری هر ۲ تحلیل برابر با ۱ بود که نشان‌دهنده کفایت تعداد نمونه و دقت آزمون است. بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اثربخشی «طرحواره درمانی» تأیید شد. نتایج تحلیل چندمتغیره جهت بررسی فرضیه اصلی در جدول ۳ آمده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه میانگین نمره و تحلیل اثرات درون آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در خصوص متغیرهای تنظیم هیجان و خودانتقادی در مراحل پژوهش به تفکیک ۲ گروه

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
اثر زمان	فرض کرویت	۳۶۰/۷۶۵	۲	۱۸۰/۳۸۲	۳۹/۸۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۱/۰۰۰
	گرین‌هاوس گیزر	۳۶۰/۷۶۵	۱/۴۵۹	۲۴۷/۲۹۹	۳۹/۸۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۱/۰۰۰
	هاین فلت	۳۶۰/۷۶۵	۱/۵۵۹	۲۳۱/۴۷۵	۳۹/۸۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۱/۰۰۰
	حد پایین	۳۶۰/۷۶۵	۱/۰۰۰	۳۶۰/۷۶۵	۳۹/۸۸۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵	۱/۰۰۰
اثر زمان × گروه	فرض کرویت	۳۶۷/۸۲۴	۲	۱۸۳/۹۱۲	۴۰/۶۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰	۱/۰۰۰
	گرین‌هاوس گیزر	۳۶۷/۸۲۴	۱/۴۵۹	۲۵۲/۱۳۸	۴۰/۶۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰	۱/۰۰۰
	هاین فلت	۳۶۷/۸۲۴	۱/۵۵۹	۲۳۶/۰۰۵	۴۰/۶۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰	۱/۰۰۰
	حد پایین	۳۶۷/۸۲۴	۱/۰۰۰	۳۶۷/۸۲۴	۴۰/۶۷۰	۰/۰۰۱	۰/۵۶۰	۱/۰۰۰
گروه	پس‌آزمون	مراحل	تفاوت میانگین	مقدار احتمال	گروه	مراحل	تفاوت میانگین	مقدار احتمال
	مداخله	پس‌آزمون	-۹/۱۷	۰/۰۰۱	کنترل	پس‌آزمون	۰/۰۵۹	۰/۹۹۹
	پس‌آزمون	پیگیری	-۵/۶۴	۰/۰۰۱	پیگیری	پیگیری	-۰/۰۵۹	۰/۹۹۹
	پیگیری	پیگیری	-۳/۵۲	۰/۰۰۱	پیگیری	پیگیری	-۰/۱۱۸	۰/۹۹۲

ریحانه باطنی نوش آبدی و فلور خیاطان

۱/۰۰۰	۰/۵۵۵	۰/۰۰۱	۳۹//۸۸۹	۱۸۰/۳۸۲	۲	۳۶۰/۷۶۵	فرض کرویت	اثر زمان	
۱/۰۰۰	۰/۵۵۵	۰/۰۰۱	۳۹//۸۸۹	۲۴۷/۲۹۹	۱/۴۵۹	۳۶۰/۷۶۵	گرین هاوس گیزر		
۱/۰۰۰	۰/۵۵۵	۰/۰۰۱	۳۹//۸۸۹	۲۳۱/۴۷۵	۱/۵۵۹	۳۶۰/۷۶۵	هاین فلت		
۱/۰۰۰	۰/۵۵۵	۰/۰۰۱	۳۹//۸۸۹	۳۶۰/۷۶۵	۱/۰۰۰	۳۶۰/۷۶۵	حد پایین		
۱/۰۰۰	۰/۵۶۰	۰/۰۰۱	۴۰/۶۷۰	۱۸۳/۹۱۲	۲	۳۶۷/۸۲۴	فرض کرویت	اثر زمان × گروه	تنظیم هیجان
۱/۰۰۰	۰/۵۶۰	۰/۰۰۱	۴۰/۶۷۰	۲۵۲/۱۳۸	۱/۴۵۹	۳۶۷/۸۲۴	گرین هاوس گیزر		
۱/۰۰۰	۰/۵۶۰	۰/۰۰۱	۴۰/۶۷۰	۲۳۶/۰۰۵	۱/۵۵۹	۳۶۷/۸۲۴	هاین فلت		
۱/۰۰۰	۰/۵۶۰	۰/۰۰۱	۴۰/۶۷۰	۳۶۷/۸۲۴	۱/۰۰۰	۳۶۷/۸۲۴	حد پایین		
	مقدار احتمال	تفاوت میانگین	مراحل	گروه	مقدار احتمال	تفاوت میانگین	مراحل	گروه	
۰/۸۸۲	-۰/۲۳۵	پس آزمون		۰/۰۰۱	۲۳/۵۸	پس آزمون			
۰/۸۸۳	-۰/۲۳۵	پیگیری	کنترل	۰/۰۰۱	۲۰/۵۸	پیگیری	مداخله		
۰/۷۲۶	-۰/۴۷۱	پیگیری		۰/۰۸۴	-۳	پیگیری			

اضطراب فراگیر بود. نتایج پژوهش نشان داد «طرحواره درمانی» توانسته است به طور معناداری تنظیم هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر را بهبود بخشد. البته نتایج مرحله پیگیری نشان می‌دهد که میانگین نمره تنظیم هیجانی در مقایسه با مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است. در تبیین این یافته چنین می‌توان گفت که این کاهش نمره ممکن است به عوامل مختلفی از جمله کاهش یا قطع جلسات درمانی، بازگشت به الگوهای ناسازگار قبلی در مواجهه با تنش‌های جدید یا عدم حمایت‌های مستمر پس از پایان «طرحواره درمانی» مربوط باشد. این موضوع اهمیت پیگیری‌های مداوم و ارائه پشتیبانی‌های پس از درمان را برجسته می‌کند تا بتوان اثرات مثبت «طرحواره درمانی» را در طولانی مدت حفظ کرد. این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های منجزی و همکاران (۳۳) و زمستانی (۳۴)، Egli و همکاران (۱۵) هم‌راستا می‌باشد. بعنوان مثال منجزی و همکاران (۳۳) در پژوهش خود به مقایسه تأثیر «طرحواره درمانی» و «درمان شناختی رفتاری» بر تنظیم شناختی هیجان در دختران نوجوانان طلاق پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که هر ۲ روش «طرحواره درمانی» و «درمان شناختی رفتاری» می‌توانند به طور مؤثری بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در این گروه از نوجوانان تأثیر بگذارند. بعلاوه، زمستانی (۳۴) در مطالعه خود به بررسی اثربخشی «طرحواره درمانی» بر علایم اضطرابی، تنظیم هیجان و رضایت زناشویی زنان دارای اختلالات اضطرابی پرداخت. نتایج نشان داد که «طرحواره درمانی» می‌تواند به

بر اساس نتایج جدول ۴، اثر زمان و اثر گروه هر ۲ معنادار بودند ($P < 0/01$). همچنین اثر تعاملی زمان × گروه نیز معنادار بود ($P < 0/01$) که نشان می‌دهد روند تغییرات متغیرهای پژوهش در گروه مداخله و گروه کنترل متفاوت بوده است. در گروه مداخله تفاوت میانگین نمره تنظیم هیجان بین مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون با پیگیری معنادار بود ($P < 0/001$). همچنین تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری نیز معنادار گزارش شد، هرچند شدت تغییرات در مرحله پیگیری نسبت به پس‌آزمون کاهش یافته است. در گروه کنترل هیچ‌یک از این تفاوت‌ها معنادار نبود. در متغیر خودانتقادی نیز نتایج نشان داد که در گروه مداخله، تفاوت میانگین نمره پیش‌آزمون با پس‌آزمون و نیز پیش‌آزمون با پیگیری معنادار است ($P < 0/001$)، اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. در گروه کنترل، تغییرات میانگین‌ها در هیچ‌یک از مراحل سه‌گانه به سطح معناداری نرسید. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه‌های فرعی پژوهش نیز تأیید می‌شوند. به‌گونه‌ای که «طرحواره‌درمانی» هم در بهبود تنظیم هیجان و هم در کاهش خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر بوده است و اثرات درمان، حتی در مرحله پیگیری نیز تا حد قابل توجهی باقی مانده است.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، تعیین تأثیر «طرحواره درمانی» بر تنظیم هیجانی، خودانتقادی در افراد مبتلا به اختلال

خود انتقادی از طریق «طرحواره درمانی» نشان دهنده توانایی این رویکرد در تغییر الگوهای فکری منفی و ناسازگار است که ممکن است ریشه در تجربیات اولیه زندگی فرد داشته باشد. «طرحواره درمانی» با شناسایی و تغییر این الگوها، به افراد کمک می‌کند تا نگرش‌های سالم‌تر و سازنده‌تری نسبت به خود پیدا کنند که در نهایت به کاهش خود انتقادی و بهبود کلی وضعیت روانی منجر می‌شود.

نتیجه‌گیری

یافته‌ها نشان داد که «طرحواره درمانی» بر تنظیم هیجانی و خود انتقادی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر معناداری داشته است. لذا در این زمینه به روانشناسان و روان‌درمانگران پیشنهاد می‌شود از «طرحواره درمانی» جهت تنظیم هیجانی و خود انتقادی برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بهره‌گیرند. از محدودیت‌های پژوهش، آن بود که فقط در شهر اصفهان انجام شده و نمونه‌ها در دسترس بوده و نیاز است در تعمیم نتایج به سایر شهرها جانب احتیاط رعایت گردد.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد ریحانه باطنی نوش آبادی رشته روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان به راهنمایی خانم دکتر فلور خیاطان می‌باشد که در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان به کد IR.IAU.KHUISF.REC.1403.216 در تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۲۳ به تصویب رسیده است. در پایان، از تمامی شرکت‌کنندگان و مراکز مشاوره که در انجام این پژوهش مشارکت نمودند، تشکر و قدردانی می‌نمایند.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

طور مؤثری علایم اضطراب را کاهش داده و تنظیم هیجان را بهبود بخشد. بعلاوه، Eglı و همکاران (۱۵) در پژوهش خود به بررسی نقش تنظیم هیجان و دلبستگی به‌عنوان روش‌های تغییر در «طرحواره درمانی» و «درمان شناختی-رفتاری» برای افسردگی پرداختند. نتایج نشان داد که «طرحواره درمانی» می‌تواند از طریق بهبود تنظیم هیجان به کاهش علائم افسردگی کمک کنند. این یافته را چنین می‌توان تبیین نمود که «طرحواره درمانی»، با تمرکز بر تغییر الگوهای هیجانی ناسازگار و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان، قادر است به افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کمک کند تا بهتر با هیجانات خود کنار بیایند و واکنش‌های هیجانی خود را به‌صورت مؤثرتری مدیریت کنند.

همچنین، نتایج پژوهش حاضر حاکیست که «طرحواره درمانی» به‌طور معناداری توانسته است سطح خود انتقادی را در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بهبود بخشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش قلی‌زاده (۱۷) همخوانی داشته است. وی (۱۷) در پژوهش خود به بررسی اثربخشی «طرحواره درمانی» بر خود انتقادی و خودتنظیمی هیجانی زنان افسرده پرداخت. نتایج پژوهش ایشان نشان می‌دهد «طرحواره درمانی» می‌تواند به‌طور مؤثری به کاهش خود انتقادی در زنان مبتلا به افسردگی کمک کند. بعبارت دیگر، نتایج این پژوهش نشان داد که شرکت‌کنندگان پس از دوره درمانی، کاهش قابل توجهی را در خود انتقادی تجربه کردند. این همخوانی نتایج با یافته‌های پژوهشی گذشته، بر اعتبار و کارآمدی «طرحواره درمانی» در کاهش خود انتقادی تأکید می‌کند. اهمیت این یافته‌ها در آن است که نشان می‌دهد «طرحواره درمانی» می‌تواند به‌عنوان یک ابزار بالینی مؤثر برای کاهش خود انتقادی و بهبود سلامت روانی مورد استفاده قرار گیرد. این یافته را چنین می‌توان تبیین نمود که خود انتقادی، به‌عنوان یکی از عوامل مهم در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی، نقش برجسته‌ای در افزایش احساسات منفی و کاهش اعتماد به‌نفس دارد. کاهش

References

1. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62 (6): 617-627. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939839/>
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 2005; 62 (6): 593- 602. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15939837/>
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR*. 5th edition. Tehran: Ravan; 2020. <https://www.psychiatry.org/>
4. Barlow DH, Durand VM, Hofmann SG. *Abnormal Psychology*. Tehran: Rasa; 2018.
5. Iancu L, Bodner E, Ben-Zion I Z. Self-esteem, dependency, self-efficacy, and self-criticism in social anxiety disorder. *Comprehensive Psychiatry*. 2015; 58 (?): 165- 171. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.09.001>
6. Thompson R, Zuroff DC. The levels of Self-Criticism Scale: Comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36 (2): 419-430. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886903001065>
7. Rajabi G. [Psychological scales and family]. Tehran: Avaye Noor. 2014.
8. Rodebaugh TL, Heimberg RG. *Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: Adopting a Self-regulation Perspective*. *Emotion Regulation: Conceptual and Clinical Issues*: Springer; 2008. 140-149. <https://psycnet.apa.org/record/2007-03991-009>
9. Barlow DH. *Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*: Guilford Press; 2004.
10. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*. 2001; 10 (6): 214-219. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-8721.00152>
11. Gross JJ. *Handbook of Emotion Regulation*: Guilford Publications; 2013.
12. Ciarrochi J, Scott G, Deane FP, Heaven PC. Relations between social and emotional competence and mental health: A construct validation study. *Personality and Individual Differences*. 2003; 35 (8): 1947-1963. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0191886903000436>
13. Iman M. [The philosophy of research methodology in the humanities]. Qom: Research Institute of Hawzah and University. 2020.
14. Baljé A, Greeven A, van Giezen A, Korrelboom K, Arntz A, Spinhoven P. Group Schema Ytherapy versus group Cognitive Behavioral Therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2024; 17 (1): 487-500. <https://doi.org/10.1186/s13063-024-06932-7>
15. Egli S, Badenbach T, van Emmerik A, Stefan AM, Kopf-Beck J. [Emotion regulation and attachment as mechanisms of change in Schema Therapy and Cognitive Behaviour Therapy for depression]. *Journal of Affective Disorders*. National Institutes of Health. 2024; 14 (7): 1-44. DOI:10.31219/osf.io/67vhn
16. Aflakian M, Atashpour H, Khayatan F. [Comparing the effectiveness of a schema therapy package based on psychosocial issues of obsessive-compulsive patients with Cognitive-Behavioral Therapy on early maladaptive schemas and anxiety in patients with obsessive-compulsive disorder]. *Psychological Studies of Adolescents and Young People*. 2023; 4 (5): 165-178. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2061098/>
17. Gholizadeh D. [The effectiveness of Schema Therapy on self-criticism and emotional self-regulation in depressed women]. *Quarterly Journal of Modern Psychological Research*. 2022; 17 (67): 219-227. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15304.html
18. Warren AM, Zolfaghari K, Fresnedo M, Bennett M, Pogue J, Waddimba A, et al. Anxiety sensitivity, COVID-19 fear, and mental health: Results from a United States population sample. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2021; 50 (3): 204-216. DOI: 10.1080/16506073.2021.1874505
19. Marshall C, Rossman G B. *Designing Qualitative Research*. 2016; 6th edition. SAGE Publications. https://books.google.com/books/about/esigning_Qualitative_Research.tml?id=qTByBgAAQBAJ

20. Golparvar M. [Scientific and Practical Article Writing in Behavioral Sciences]. Tehran: Jangal Javidaneh; 2016.
21. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*. 2006; 166 (10): 1092-1097. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16717171/> DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092
22. Naeinyan M, Shairi M, Sharifi M, Hadian, M. [Investigating the reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder 7 (GAD-7) Short Scale]. *Journal of Clinical Psychology and Personality*. 2011; 4 (3): 41-50. <https://www.sid.ir/paper/208747/fa>
23. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003; 85 (2): 348- 362. DOI: 10.1037/0022-3514.85.2.348
24. Karreman A, Vingerhoets AJJM. Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*. 2012; 53 (7): 821- 826. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.06.014>
25. Kianfar F, Bahonar F, Mohya Saneimanesh M. [Examining the psychometric properties of the Emotion Regulation Strategies Questionnaire and Distress Tolerance Questionnaire in high school students]. *Quarterly Journal of Applied Research in Counseling*. 2023; 6 (1): 33-53. https://www.jarci.ir/article_708235.html?lang=fa
26. Bigdeli I, Najafy M, Rostami M. [The relation of attachment styles, emotion regulation, and resilience to well-being among students of medical sciences]. *Iranian Journal of Medical Education* 2013; 13 (9): 721-729. <http://ijme.mui.ac.ir/article-۱-۲۶۹۴-fa.html>
27. Thampson R, Zuroff DC. The levels of Self-Criticism Scale: comparative self-criticism and internalized self-criticism. *Personality and Individual Differences*. 2004; 36 (2): 419- 430. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00106-5](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00106-5)
28. Maleki H, Javaheri Mohammadi A, Gholamali Lavasani M. [The effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy on self-critical and psychological capital of students with social anxiety syndrome]. *Psychological Studies*. 2023; 18 (4): 97- 109. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_6983.html. <https://doi.org/10.22051/psy.2023.41807.2696>
29. Abdi R, Chalabianloo G, Kazemi S A. [The role of regret, self-doubt and depression in predicting self-criticism]. *Rooyesh*. 2020; 8 (12): 57-64. URL: <http://frooyesh.ir/article-۱-۱۶۲۸-fa.html>
30. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press. 2003.
31. Sedaghat M, Afrace R. [The effectiveness of Schema Therapy on reducing emotional divorce in women with military spouses]. *Military Psychology*. 2022; 13 (49): 147- 164. https://jmp.ihu.ac.ir/article_207182_en.html
32. Moheddas Pishnamaz E, Yosefi N, Mirzahosseini H. [Comparing the Effectiveness Schema Therapy and Emotionally Focused Therapy on the Emotional Divorce of Couples]. *Journal of Health Promotion Management*. 2025; 14 (1) :92-103. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1825-fa.html>
33. Monjezi F, Asadpour W, Rasouli M, Zahrakar K. [Comparison of the effect Schema and Cognitive Behavioral Therapy on the cognitive regulation of emotions in girls adolescent of divorced]. *Quarterly Journal of Applied Psychology*. 2023; 17 (2): 91- 113. https://apsy.sbu.ac.ir/article_102961.html.
34. Zemeštani M. [The effectiveness of Emotional Schema Therapy on anxiety symptoms, emotion regulation strategies, and marital satisfaction of women with anxiety disorders]. PhD thesis. Faculty of Humanities and Social Sciences. University of Kurdistan. 2021.