

## اثربخشی درمان ترکیبی فراشناختی و طرحواره درمانی هیجانی مبتنی بر آسیب‌های دوره کودکی بر اختلال اضطراب فراگیر

علی اصغر فرخزادیان\*، فاطمه رضایی\*\* و

مسعود صادقی\*\*\*

### چکیده

اختلال اضطراب فراگیر از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی مشاهده شده در جمعیت عمومی و مراکز بالینی است. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی ترکیبی از درمان فراشناختی و طرحواره‌درمانی هیجانی مبتنی بر آسیب‌های دوره کودکی بر اختلال اضطراب فراگیر بود. پژوهش حاضر در چارچوب طرح نیمه آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش افراد مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان و مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (بر اساس مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر و مصاحبه بالینی) در سال ۱۳۹۶ بودند که تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها بر اساس معیارهای ورود به مطالعه و پرسشنامه آسیب‌های کودکی، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. سپس پژوهشگر، گروه آزمایش را در درمان گروهی طراحی شده شرکت داد که شامل ۱۲ جلسه ۱ ساعته بود. در انتهای درمان نیز، مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر به‌طور مجدد به‌عنوان پس‌آزمون توزیع و توسط هر دو گروه تکمیل شد. داده‌ها با روش تحلیل کواریانس تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که ترکیب طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان باورهای فراشناختی می‌تواند به‌طور معناداری در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر باشد. طرحواره‌درمانی هیجانی را می‌توان در ترکیب با درمان باورهای فراشناختی به‌عنوان درمانی مؤثر و کامل‌تر نسبت به درمان‌های دیگر در مداخلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مدنظر قرار داد.

**کلید واژه‌ها:** آسیب‌های دوره کودکی، اختلال اضطراب فراگیر، درمان فراشناختی، طرحواره‌درمانی هیجانی

\* دانشجوی دکتری دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.  
\*\* استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.  
\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷-۰۳-۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷-۰۸-۲۹

### مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup> نوعی اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول درباره اتفاقات و فعالیت‌های روزمره تعریف می‌شود. علائم این اختلال را طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup> می‌توان اضطراب و نگرانی شدید، عدم توانایی کنترل نگرانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و همراه بودن نگرانی با نشانه‌های بی‌قراری، خستگی، عدم تمرکز، زودرنجی، تنش ماهیچه‌ای و خواب مختل دانست که آن‌ها را نمی‌توان به آثار مستقیم یک ماده، یک بیماری جسمی یا بیماری روانی دیگر نسبت داد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

در سال‌های اخیر، پژوهشگران زیادی با اجرای پژوهش درباره اضطراب، آن را از جهات زیست‌شناختی و روان‌شناختی بررسی کرده‌اند. به لحاظ روان‌شناختی، تحقیقات مختلف، همبسته‌های مختلفی را برای این اختلال یافته‌اند؛ پژوهش‌هایی از عواملی است که می‌تواند با اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط باشد که این موضوع در تحقیقات مختلف نشان داده شده است (راپاری<sup>۳</sup> کاپلان، عبدلاح، هاف و همکاران، ۲۰۱۶؛ فاکانموجو، فانمی و بامک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۵).

آسیب‌های کودکی به انواع مختلفی تقسیم می‌شود که مهم‌ترین آن‌ها عبارت هستند از سوءاستفاده<sup>۵</sup> (هیجانی، جنسی و فیزیکی) و غفلت (هیجانی و فیزیکی). اما از آنجایی که افرادی که در دوره کودکی تحت تروما قرار گرفته‌اند، همگی دچار اختلال اضطراب فراگیر نشده‌اند و یا به اختلالات روان‌شناختی دیگر مبتلا شده‌اند، می‌توان نتیجه گرفت که احتمالاً متغیرهای دیگری نیز بین این دو متغیر نقش میانجی را بازی کنند. طرحواره‌های هیجانی افراد یکی از متغیرهایی است که طبق تحقیقات مختلف (رایت، کروفرورد و کاستیلو<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹؛ کالوت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۴) می‌تواند نقش میانجی را بین آسیب‌های دوره کودکی و اختلالات اضطرابی چون اختلال اضطراب فراگیر بازی کند.

- 
1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
  2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.) (DSM)
  3. Raparia, Coplan, Abdallah and Hof
  4. Fakunmoju, Funmi and Bammeke
  5. Abuse
  6. Wright, Crawford and Castillo
  7. Calvete

طبق مدل طرحواره‌های هیجانی<sup>۱</sup> (لیهی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲، ۲۰۰۷) افراد دیدگاه‌های شناختی متفاوتی درباره‌ی هیجان‌های خود دارند (طرحواره‌های هیجانی). این طرحواره‌ها منعکس‌کننده‌ی شیوه‌هایی هستند که افراد هیجان‌ها را تجربه می‌کنند و باوری است که آن‌ها به محض برانگیخته شدن تجارب هیجانی ناخوشایند درباره‌ی طرح مناسب برای اقدام در ذهن دارند. واضح است که همه‌ی انسان‌ها خشم، اضطراب، ناراحتی یا سایر هیجان‌ها را تجربه می‌کنند، اما تنها افراد کمی هستند که این هیجان‌ها در آن‌ها اختلال شدید یا مزمن هیجانی و عاطفی ایجاد می‌کند. لیهی، تیرچ و ناپولیتانو<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) معتقدند که این اثرپذیری متفاوت از هیجان‌ها ناشی از طرحواره‌های زیربنایی آن‌هاست که به دودسته طرحواره‌های هیجانی انطباقی<sup>۴</sup> و طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی<sup>۵</sup> تقسیم می‌شوند. بنابراین، طبق نظریه‌ی لیهی وقتی افراد دچار یک هیجان می‌شوند طرحواره‌های هیجانی زیربنایی آن‌ها (چه انطباقی و چه غیرانطباقی) فعال می‌شود.

لیهی و همکاران (۲۰۱۱) نشان دادند طرحواره‌های غیرانطباقی هیجانی از قبیل احساس گناه، نشخوار فکری، دیدگاه ساده‌انگارانه درباره‌ی هیجان‌ها، توافق کم‌تر و قابل درک بودن کم‌تر می‌تواند در نهایت به اضطراب منجر شود. همچنین سردارزاده، علی بیگی و ابراهیمی (۲۰۱۴) نیز پژوهشی با هدف ارزیابی طرحواره‌های هیجانی در مبتلایان به اختلالات اضطرابی انجام داده و به این نتیجه رسیده‌اند که طرحواره‌های حساس بودن، احساس گناه، ارزش‌های والاتر، کنترل‌پذیری، عقلانیت، توافق، پذیرش احساسات، سرزنش دیگران در افراد اضطرابی با افراد دیگر به‌طور معناداری متفاوت است.

بر این اساس در درمان طرحواره‌های هیجانی تلاش بر این است تا با شناخت و تغییر این طرحواره‌های غیرانطباقی، نشانه‌های اختلال هیجانی فرد کاهش داده شود. پژوهش‌های زیادی از جمله پژوهش‌های لیهی (۲۰۰۷)، خالقی، محمدخانی و حسنی (۱۳۹۵) و دانشمندی، ایزدخواه، کاظمی و مهرابی (۱۳۹۳) نیز نشان داده‌اند که اختلال درمان طرحواره‌های هیجانی می‌تواند به ترتیب بر کاهش اضطراب و تغییر طرحواره‌های هیجانی مرتبط با آسیب‌های دوره

- 
1. Emotional Schemas Model (ESM)
  2. Leahy
  3. Tirsch and Napolitano
  4. Adaptive
  5. Maladaptive

کودکی تأثیر معنادار بگذارد.

طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی باعث تفسیر و ارزیابی منفی از هیجانات می‌شوند. می‌توان گفت ارزیابی منفی از هیجان در واقع نوعی شکل‌گیری باور منفی نسبت به آن هیجان است. کمالی، غرابی و بیرشک (۲۰۱۳) نیز در پژوهش خود بیان کرده‌اند که این طرحواره‌های هیجانی در قالب باورهای فراشناختی افراد نسبت به آن هیجان بروز پیدا می‌کنند. باورهای فراشناختی<sup>۱</sup> مثبت و منفی نیز به‌عنوان یکی دیگر از مکانیسم‌های زیربنایی دخیل در ایجاد و تداوم این اختلال و نگرانی آسیب‌شناختی مطرح هستند. باورهای فراشناختی به ارزیابی‌ها و احساسات خاصی اطلاق می‌شود که افراد دربارهٔ حالات ذهنی خود دارند (ولز، ۱۹۶۲؛ ترجمهٔ محمدخانی، ۱۳۹۲). ولز (۲۰۱۱ و ۲۰۱۳) بیان می‌کند که فرانگرانی و باورهای فراشناختی نقش مرکزی را در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر بازی می‌کنند. در همین زمینه نتایج پژوهش راشیو و بورکاوک<sup>۲</sup> (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی منفی دربارهٔ نگرانی، خاص بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. پژوهش‌های داخلی نیز نشان می‌دهند که باورهای فراشناختی به‌خصوص باورهای منفی مرتبط با کنترل‌ناپذیری و نیاز به مهار افکار بهترین پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب هستند (پورنامداریان، بیرشک و اصغرنژاد، ۱۳۹۱). بنابراین، یکی دیگر از درمان‌های ارجح برای کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر، درمان باورهای فراشناختی است که در این زمینه پژوهش‌های شفيعی سنگ آتش، رفيعی‌نیا و نجفی (۱۳۹۱)، حسینی غفاری، محمدخانی، پورشهباز و دولتشاهی (۱۳۹۱) و سلمانی، حسنی، محمدخانی و کرمی (۱۳۹۳) همگی اثربخشی این درمان بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را نشان داده‌اند.

فرخزادیان، رضایی و صادقی (۱۳۹۷) در پژوهش خود، که به‌منظور تدوین مدلی فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی، سوءاستفاده دوران کودکی و باورهای فراشناختی انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که هر سه عامل طبق شکل ۱ می‌توانند در ایجاد و تداوم این اختلال نقش داشته باشد.

- 
1. Metacognitive Beliefs
  2. Ruscio and Borkovec



بودند که قبلاً طبق مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و مصاحبه بالینی، مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شده بودند. از بین این افراد در ابتدا صد نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند و از بین آن‌ها کسانی که مایل به شرکت بودند و همچنین طبق مقیاس آسیب‌های دوره کودکی، این آسیب‌ها را در کودکی تجربه کرده بودند، تعداد ۳۰ نفر (۱۵ مرد و ۱۵ زن) از آن‌ها با میانگین سنی و انحراف معیار  $32/58 \pm 3/95$  سال انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گماشته شدند. سپس گروه آزمایش در درمان گروهی طراحی شده توسط محقق که شامل ۱۲ جلسه ۱ ساعته بود، به صورت رایگان شرکت داده شدند و در آخر نیز مجدداً مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر به عنوان پس‌آزمون در میان آن‌ها توزیع شد و آن‌ها آن را تکمیل کردند. داده‌های مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با برنامه بسته آماری علوم اجتماعی نسخه ۲۱ تجزیه و تحلیل شد.

ملاک‌های ورود شامل موارد زیر بودند: پُرکردن فرم رضایت آگاهانه، دریافت تشخیص فعلی اختلال اضطراب فراگیر یا وجود اختلال اضطراب فراگیر در ۱۲ ماه گذشته، سابقه آسیب‌های دوره کودکی. ملاک‌های خروج نیز شامل موارد زیر بودند: دریافت تشخیص اختلال شخصیت مرزی، ضداجتماعی و اسکیزوتایپال، وجود نشانه‌های روان‌پریشی، اعتیاد به مواد و وجود بیماری‌های جسمانی.

در این پژوهش برای ارزیابی متغیرها از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱. **مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup>**: اسپیتزر، کرونگ، ویلیامز و لو<sup>۲</sup> (۲۰۰۶) این مقیاس را باهدف ساختن ابزاری کوتاه برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و سنجش نشانه‌های بالینی مبتلایان ساخته‌اند. این مقیاس دارای هفت گویه اصلی و یک گویه اضافی است که میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی مبتلایان را می‌سنجد (نائینیان، شعیری و شریفی، ۱۳۹۰). نیومن و همکاران (۲۰۰۲) میزان بالایی از ضریب پایایی بازآزمایی و اعتبار تفکیکی گزارش کردند. همچنین طبق پژوهش نائینیان و همکاران (۱۳۹۰) این مقیاس در ایران نیز از میزان روایی و پایایی خوبی بهره‌مند است، چنانکه

- 
1. Generalized anxiety disorder scale- 7 item (GAD-7)
  2. Spitzer, Kroenke, Williams and Löwe

میزان آلفای کرونباخ به‌دست آمده ۰/۸۵ و میزان ضریب بازآزمایی به‌دست آمده ۰/۴۸ (P<۰/۰۱) است. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در مطالعه حاضر نیز ۰/۸۷ به‌دست آمده است.

۲. پرسشنامه آسیب‌های دوره کودکی<sup>۱</sup>: این پرسشنامه، یک پرسشنامه خودگزارشی مشتمل بر ۲۸ گویه در پنج حیطه سوءاستفاده عاطفی، سوءاستفاده فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، مسامحه عاطفی و مسامحه فیزیکی است که برنشتاین<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۳) آن را تدوین کرده‌اند و هر گویه با معیار پنج‌درجه‌ای لیکرت میزان می‌شود. علاوه بر جمع امتیازها بر اساس نقطه برش برای هر یک از حیطه‌ها نوع متوسط تا شدید تعیین شده است (سوءاستفاده عاطفی ۱۳، سوءاستفاده فیزیکی ۱۰، سوءاستفاده جنسی ۸، مسامحه عاطفی ۱۰ و مسامحه فیزیکی ۱۰) که نمره بالاتر از نقطه برش به معنای سابقه آسیب است. برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) ضریب پایایی به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۹ تا ۰/۹۴ و ضریب اعتبار آن را نیز ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. ضریب پایایی به روش بازآزمایی نسخه فارسی این پرسشنامه در پژوهش گروسی و نخعی (۲۰۰۹) ۰/۹۰ و ضریب اعتبار آن نیز در این پژوهش ۰/۹۴ به‌دست آمده است.

**پروتکل درمانی مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی و باورهای فراشناختی:** در این پژوهش از دو پکیج درمان طرحواره‌درمانی هیجانی (لیهی و همکاران، ۲۰۱۱) و باورهای فراشناختی (ولز، ۱۹۶۲؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۰) که در ۱۲ جلسه، به منظور درمان گروهی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده شد که بدین شرح بود.

- 
1. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)
  2. Bernstein

جدول ۱: خلاصه محتوای جلسات درمان

جلسه	هدف	محتوا	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
اول	آماده‌سازی و سنجش اولیه	صحبت درباره مدت و رایگان بودن درمان، بستن قرارداد رفتاری، شناسایی آسیب‌های دوره کودکی، تکنیک تصویرسازی.	توانایی انجام تکنیک تصویرسازی	انجام تکنیک تصویرسازی در منزل
دوم	توضیح منطقی درمان و تغییر تعابیر	بازسازی تصویر ذهنی برای تغییر تعابیر نسبت داده شده به تجارب قبلی، ایفای نقش حمایتگر توسط درمانگر	توانایی استفاده از تصویر ذهنی برای تغییر تعابیر	نوشتن تعابیر جدید
سوم	شناسایی و تغییر طرحواره‌ها	بررسی تکلیف خانگی، شناسایی دقیق طرحواره‌هایی که ریشه در تجارب آسیب‌رسان داشتند با استفاده از ایفای سه مرحله نقش (ایفای نقش اصلی، جابه‌جایی نقش، بازسازی)	شناسایی بهتر طرحواره‌ها	پر کردن پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار
چهارم	به چالش کشیدن طرحواره‌های شناسایی شده	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، چالش با طرحواره‌های شناسایی شده با استفاده از فنون گفتگوی سقراطی و بازآفرینی دوبعدی ارتباط فرضی، استفاده از فنون نمودار دایره‌ای و روش دادگاه برای به چالش کشیدن بیشتر طرحواره‌ها.	توانایی به چالش کشیدن طرحواره‌ها	انجام تمرین‌های فراگرفته شده، در منزل
پنجم	غلبه بر طرحواره‌های منفی	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، استفاده از آزمون تاریخی طرحواره، خواستن از بیمار برای آوردن عکس‌های خانوادگی به جلسه درمان برای آزمون بهتر طرحواره‌ها، تهیه دفترچه ثبت نکات مثبت برای غلبه بر طرحواره‌های منفی	توانایی شناسایی و ثبت نکات مثبت	ایجاد افکار آرامش‌بخش.
ششم	تغییر افکار تکرارشونده	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، آزمایش تغییر افکار تکرارشونده از طریق حواس برگردانی و توجه بدون درگیری با آنها،	توانایی حواس برگردانی	توجه موشکافانه به ادراک حسی
هفتم	تکنیک‌های ذهن آگاهی	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، استفاده از فنون ذهن آگاهی (تکنیک خوردن آکاهانه کشمش و نفس ذهن آکاهانه).	توانایی انجام تکنیک‌های ذهن آگاهی	انجام نفس ذهن آکاهانه
هشتم	ادامه تکنیک‌های ذهن آگاهی	بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، استفاده از استعاره‌های برگ‌های شناور و ابر برای کاهش دیدگاه قضاوتی بیماران نسبت به افکار و هیجانات،	توانایی مشاهده افکار بدون قضاوت	استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی در زندگی روزمره
نهم	شروع درمان باورهای فراشناختی	از این جلسه به بعد درمان فراشناختی را شروع می‌کنیم. تأکید بر نقش باورهای فراشناختی در ایجاد کردن مشکل مشخص شده با مطرح کردن سؤال‌های فرضی، استفاده از ذهن آگاهی گسلیده، به تعویق انداختن نگرانی و آزمایش فرونشانی.	شناسایی باورهای فراشناختی	انجام تمرین به تعویق انداختن نگرانی
دهم	چالش با باورهای فراشناختی	استفاده از اسناد مجدد کلامی، استفاده از روش کلامی برای بررسی و به چالش کشیدن باورهای فراشناختی درباره کنترل ناپذیری نگرانی، درجه‌بندی کلامی باور به کنترل ناپذیری	توانایی به چالش کشیدن باورهای فراشناختی	انجام تمرین‌های فراگرفته شده، در منزل
یازدهم	انجام آزمایش‌های رفتاری	استفاده از روش تشدید ناهمخوانی برای ارزیابی دقیق باورهای فراشناختی منفی مربوط به خطر، استفاده از آزمایش‌های رفتاری نظیر آزمایش دیوانه شدن، آسیب زدن به بدن با نگرانی، ارزیابی اثرات نگرانی بر بدن برای تحکیم آموخته‌های بیمار و آزمون پیش‌بینی‌های خاص او	توانایی ارزیابی اثرات نگرانی	آزمودن پیش‌بینی‌های بیمار
دوازدهم	تضعیف باورهای فراشناختی مثبت، اجرای پس‌آزمون	استفاده از اسناد مجدد کلامی و راهبرد عدم تناسب نگرانی برای تضعیف باورهای مثبت، توصیف دقیق محتوای گام‌های دخیل در نگرانی، اجرای معیاس اختلال اضطراب فراگیر به‌عنوان پس‌آزمون.	توانایی تضعیف باورهای فراشناختی	انجام تمرین‌ها و تکنیک‌های مربوط به هر جلسه در زندگی روزمره



## یافته‌ها

نتایج تحلیل توصیفی داده‌ها نشان می‌دهد دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۲۱ - ۴۲ سال متغیر است. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش عبارت است از  $32/35 \pm 3/97$  و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل عبارت است از  $32/82 \pm 3/92$ . همچنین میانگین و انحراف معیار سن کل شرکت‌کنندگان عبارت است از  $32/58 \pm 3/95$ . همچنین شرکت‌کنندگان به لحاظ جنسیت مساوی بودند به این معنا که ۱۵ نفر زن و ۱۵ نفر مرد بودند. میزان تحصیلات افراد گروه آزمایش نیز ۲۶ درصد کارشناسی ارشد، ۵۴ درصد کارشناسی و ۲۰ درصد دیپلم بودند که این میزان در گروه نمونه به ترتیب ۲۰ درصد، ۶۰ درصد و ۲۰ درصد بودند.

نمرات اختلال اضطراب فراگیر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون بررسی شد که در جدول ۲ ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین پیش‌آزمون نمرات اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش ۱۲ و گروه کنترل ۱۲/۰۸ و در پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۶/۸۷ و ۱۱/۷۷ است. همان‌طور که مشاهده می‌شود تفاوت گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل قابل ملاحظه است.

جدول ۲: اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات اختلال اضطراب فراگیر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)
نمرات اختلال اضطراب فراگیر	۱۲ (۱/۳۵)	۶/۸۷ (۱/۴۰)	۱۲/۰۸ (۱/۳۸)	۱۱/۷۷ (۱/۱۲)

برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس است، لذا از آزمون باکس استفاده شد [برای پیش‌آزمون ( $P=0/78$ ,  $F=0/90$ ,  $M=4/08$ ) Box's و برای پس‌آزمون ( $P=0/94$ ,  $F=0/26$ ,  $M=4/26$ ) Box's] محاسبه شد. میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است، لذا نتیجه گرفته شد که در ماتریس‌های واریانس - کوواریانس، همگنی رد نشد.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده درباره نمرات اختلال اضطراب فراگیر از لحاظ آماری معنادار نبود ( $F(1, 28) = 0.93$ ,  $P = 0.61$ ). بنابراین، مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز رد نشد.

مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. مقدار  $F$  تعامل متغیر مستقل و همپراش  $1/12$  است که معنادار نیست ( $P > 0.05$ )؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر مورد قبول و فرضیه مقابل رد شده و پیش فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد، در آزمون انجام شده سطح  $P > 0.05$  بود که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. به منظور پی بردن به معناداری تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحلیل کوواریانس صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است. مطابق این جدول میزان  $F$  به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون دو گروه برابر است با  $99/61$  و مجذور اتا نیز معادل  $0/526$  است. با توجه به سطح معناداری  $0/0001$  (طبق فرض  $p < 0.05$ ) نتیجه می‌گیریم که نمرات اختلال اضطراب فراگیر شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و کنترل بعد از اجرای متغیر مستقل یعنی درمان مذکور با ثابت نگاه داشتن نمرات شرکت‌کنندگان قبل از اجرای مداخله، تفاوت معنادار دارد و  $49/6$  درصد تغییرات آن‌ها ناشی از درمان مذکور می‌باشد.

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمرات اختلال اضطراب فراگیر در گروه‌های آزمایش و کنترل

شاخص‌ها	d.f	F	P	مجذور اتا
هم متغیر	1	3/140	0/088	0/345
عامل	1	99/61	0/00	0/496
خطا	27	*	*	*
کل	30	*	*	*

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش، بررسی تأثیر درمان باورهای فراشناختی همراه با طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در بیماران مبتلا به این اختلال بود. یافته‌های پژوهش نشان داد این درمان ترکیبی توانست نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را به‌طور معناداری کاهش دهد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش لیهی (۲۰۰۷)، خالقی و همکاران (۱۳۹۵)، دانشمندی و همکاران (۱۳۹۳) که درباره تأثیر طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر بودند و همچنین با پژوهش‌های شفیع‌ی سنگ آتش و همکاران (۱۳۹۱)، حسینی غفاری و همکاران (۱۳۹۱) و سلمانی و همکاران (۱۳۹۳) همسو است که همه آن‌ها باهدف بررسی تأثیر درمان‌های باورهای فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر انجام شده بودند. برای تبیین تأثیر این درمان بر کاهش نشانه‌های این اختلال می‌توان گفت مدل طرحواره‌درمانی معتقد است هنگامی که یک هیجان برانگیخته یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید می‌شود یا کاهش می‌یابد. طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی بیشتر از سایر طرحواره‌ها مشخص‌کننده اختلال‌های خاصی هستند (سردارزاده و همکاران، ۲۰۱۴). اضطراب اغلب به‌صورت امری غیرقابل مقابله یا از دست دادن کنترل در مواجهه با خطر یک موقعیت یا خطر هیجان‌هایی تجربه می‌شود که فرد تجربه می‌کند. به‌علاوه از آنجاکه فقدان کنترل باعث فاجعه بیشتر می‌شود، باور به لزوم کنترل کردن، جنبه متناقض اکثر اختلال‌های اضطرابی است (هافمن و الپرز، ۲۰۰۸) که جزء باورهای فراشناختی فرد است. درواقع این درمان ترکیبی با به‌کارگیری رویکرد پذیرش هیجان‌ها، ذهن‌آگاهی و اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار و همچنین تغییر باورهای فراشناختی غلط از جمله لزوم کنترل افکار موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار، باورهای فراشناختی اشتباه، حواس جسمی و هیجان‌های اضطرابی می‌شود و با آموزش به بیمار برای قضاوت نکردن درباره هیجان‌ها و صرفاً مشاهده آن‌ها به کاهش نشانه‌های اضطراب منجر می‌شود. طبق مدل طرحواره‌های هیجانی، ارزیابی‌های منفی از هیجان (مانند هیجان‌ات مربوط به آسیب‌های دوره کودکی) و راهبردهای تنظیم هیجانی هستند که مشکل‌ساز است. این افراد تلاش می‌کنند تا نگرانی‌های خود را با استفاده از جستجو

برای راه‌حل‌های کامل در جهت کاهش عدم قطعیت برطرف کنند و ممکن است از موقعیت‌هایی اجتناب کنند که نگرانی آن‌ها را برمی‌انگیزد. در واقع این افراد به خاطر داشتن نگرانی، دچار نگرانی نوع ۲ یا همان فرانگرانی می‌شوند که باورهای منفی درباره کنترل‌ناپذیری نگرانی و پیامدهای آسیب‌زا و خطرناک آن و باورهای مبنی بر فواید درگیر شدن در فرایند نگرانی به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای است، که درنهایت این راه‌حل‌های به کار گرفته‌شده، فرد را دچار اختلال اضطراب فراگیر می‌کند (خالقی و همکاران، ۱۳۹۵). در این درمان، بیمار راهبردهای همیشگی به کار گرفته شده را بیمار شناسایی می‌کند و به او یادآوری می‌شود که این راهبردها مناسب نبوده و در بلندمدت موجب تشدید مشکل او می‌شوند. بنابراین، از او خواسته می‌شود تا راهبردهای همیشگی را کنار بگذارد و در هنگام بروز هیجانات و نشانه‌های اضطراب راهبردهایی را به کار گیرد که در طی درمان به آن‌ها آموخته می‌شود. مدل طرحواره‌های هیجانی بر این اصل استوار است که افراد دارای اختلال اضطرابی از نگرانی به‌عنوان راهبردی برای مقابله با هیجان برانگیخته‌شده استفاده می‌کنند. بنابراینف با به‌کارگیری این درمان که هم طرحواره‌های هیجانی و هم باورهای فراشناختی و فرانگرانی فرد را درگیر می‌کند، می‌توان ضمن اصلاح طرحواره‌های هیجانی (مخصوصاً درباره هیجانات مربوط به سوءاستفاده‌ها و غفلت‌های دوره کودکی) و کمک به تنظیم هیجان، به اصلاح باورهای فراشناختی مرتبط با نگرانی اقدام کرد و استفاده از نگرانی را به‌عنوان راهبردی ناکارآمد در تنظیم هیجان کاهش داد. در این درمان زمانی که فرد دچار آشفتگی هیجانی می‌شود، ارزیابی‌ها درباره هیجان و راهبردهای به کار گرفته‌شده توسط فرد شناسایی می‌شود. در ابتدا با افزایش آگاهی و آموزش روانی درباره هیجان‌ها، ترس و اجتناب هیجانی و همچنین فرانگرانی و باورهای فراشناختی به بیماران کمک می‌شود تا تجربه هیجانی را به‌صورت بهنجار و همگانی در نظر بگیرند. این همگانی دانستن هیجان‌ها، به عادی‌سازی، اعتباربخشی و ترغیب به پذیرش طیف گسترده‌ای از هیجان‌ها کمک می‌کند. بیماران با برچسب‌زنی و آموزش درباره هیجان‌ها و اصلاح طرحواره‌های هیجانی از قبیل پذیرش هیجان، خودآگاهی هیجانی، غیرقابل کنترل بودن هیجان و مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارزش‌های والاتر ضمن کاهش علائم و نگرانی یاد می‌گیرند به‌جای مقابله با هیجان از روش‌های جایگزین دیگری استفاده کنند (لیهی، ۲۰۰۷ و لیهی و همکاران، ۲۰۱۱). به‌طورکلی در این جلسات، بیشتر، هیجانات و باورهای مربوط به آسیب‌های

دوره کودکی افراد مدنظر بوده است.

همچنین هرچه فرد بیشتر نگرانی را کنترل ناپذیر بداند، بیشتر دچار اضطراب می‌شود (شفیعی سنگ آتش و همکاران، ۱۳۹۱). درمان فراشناختی از طریق روش‌های هدایتی جایگزین به شکستن باور مربوط به کنترل ناپذیری و خطر اقدام می‌کند و فرد در عمل کنترل نگرانی را به دست می‌گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سه بعد از فراشناخت با بدکارکردی روان‌شناختی مرتبط است. این سه بعد شامل باورهای منفی درباره نگرانی معطوف به کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مرتبط به نیاز به کنترل افکار و اطمینان شناختی است (پورنامداریان، بیرشک و اصغرنژاد فرید، ۱۳۹۱). درمان فراشناختی با بهره‌گیری از راهکارهای متفاوت به بهبود این باورها می‌انجامد.

این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود. یکی از بزرگ‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم پیگیری تأثیر درمان در ماه‌های بعد، به علت عدم همکاری برخی از شرکت‌کنندگان بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی برای بررسی ماندگاری درمان، آزمون‌های پیگیری انجام شود.

### **تشکر و قدردانی:**

در آخر از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین مرکز خدمات روان‌شناختی پردیس اصفهان تشکر و قدردانی می‌شود.

## منابع

- پورنامداریان، سپیده، بیرشک، بهروز و اصغر نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۹۱). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۴۹): ۸۶-۹۴.
- حسینی غفاری، فاطمه، محمدخانی، پروانه، پورشهباز، عباس و دولتشاهی، بهروز (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر باورهای فراشناختی، نگرانی و حوزه‌های نگرانی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی*، ۵(۱۶): ۲۱-۱۱.
- خالقی، محمد، محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD): مطالعه تک‌آزمودنی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۸(۳۰): ۴۳-۵۷.
- دانشمندی، سعیده، ایزدیخواه، زهرا، کاظمی، حمید و مهرابی، حسینعلی. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک‌آزاری و غفلت. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد*، ۲۲(۵): ۱۴۹۴-۱۴۸۱.
- سلمانی، بهزاد، حسنی، جعفر، محمدخانی، شهرام و کرمی، محمدرضا (۱۳۹۳). ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در باورهای فراشناختی، فرانگرانی و علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *دوماهنامه علمی پژوهشی فیض*، ۱۸(۵): ۴۳۹-۴۲۸.
- شفیعی سنگ آتش، سمیه، رفیعی نیا، پروین و نجفی، محمود. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۱۶): ۳۱-۱۹.
- فرخزادیان، علی اصغر، رضایی، فاطمه و صادقی، مسعود (۱۳۹۷). *تدوین مدل روان‌شناختی اختلال اضطراب فراگیر و بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر مدل بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر*. پایان‌نامه دانشگاه لرستان.
- نائینیان، محمدرضا، شعیری، محمدرضا، شریفی، معصومه و هادیان، مهری (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۳(۴): ۴۱-۵۰.
- ولز، آ (۱۳۹۰). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. شهرام محمدخانی. تهران: وراي دانش.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Washington, DC: Author.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T. and Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2): 169-190.
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: Contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*, 38(4): 735-746.
- Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Kazemi, H. and Mehrabi, H. (2014). The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 22(5):1481-1494. (Text in Persian).
- Fakunmoju S.B., Funmi, O. and Bammeke. (2015). Anxiety disorders and depression among high school adolescents and youths in Nigeria: Understanding differential effects of physical abuse at home and school. *Journal of Adolescence*, 42(5): 1-10.
- Farokhzadian, A.A., Rezaii, F. and Sadeghi, M. (Under press). Mediating role of emotional schemas in the relationship between childhood traumas and generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology & Personality*. (Text in Persian).
- Hofmann S.G, Alpers G.W. and Pauli P. (2009). *Phenomenology of panic and phobic disorders*. In: Antony M.M, Stein M.B (eds) Oxford handbook of anxiety and related disorders. Oxford University Press, New York, pp. 34–46.
- Hosseini, G.F., Mohammadi, K.P., Pourshahbaz, A. and Dolatshahi B. (2013). The effectiveness of group metacognitive therapy on metacognitive beliefs, worry and worry domains in patients with Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 5(1): 11-20. (Text in Persian)
- Khaleghi, M., Mohammadkhani, S. and Hasani, J. (2016). 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*, 8(2): 43-55. doi: 10.22075/jcp.2017.2235. (Text in Persian)
- Leahy R.L., Tirsch. D. and Napolitano LA. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, 9(3): 177-190.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral practice*, 14(1): 36-45.
- Naeinian, M.R., Shairi, M., Sharifi, M. and Hadian. M. (2011). To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder

- (GAD-7). *Clinical Psychology & Personality*. 2 (4): 41-50(Text in Persian).
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T. and Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33(2): 215-233.
- Pournamdarian, S., Birashk. B. and Asgharnejad Farid A. (2012). The clarification of contribution of metacognitive beliefs in explaining the symptoms of depression, anxiety, and stress in nurses. *Journal of knowledge and Research in Applied Psychology*. 13(3):86-94. (Text in Persian).
- Raparia, E., Coplan, J. D., Abdallah, C. G., Hof, P. R., Mao, X., Mathew, S. J. and Shungu, D. C. (2016). Impact of childhood emotional abuse on neocortical neurometabolites and complex emotional processing in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of affective disorders*, 190(7): 414-423.
- Ruscio, A. M. and Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 42(12): 1469-1482.
- Salmani, B., Hasani, J., Mohammad-Khani, S. and Karami, GR. (2014). The efficacy of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, meta-worry and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder. *Feyz: (Journal of Kashan University of Medical Sciences)*.18(5):428-39. (Text in Persian).
- Sardarzadeh, S., Ali beige, N. and Ebrahimi, S. (2014). Evaluation of Emotional Schemas in Individuals with Anxiety Disorders. *Journal of Social Issues & Humanities*, 2(4): 25-29.
- Shafie sang atash, S., Rafieinia, P. and Najafi M. (2013). The Efficacy of metacognitive therapy on anxiety and metacognitive components in individuals with generalized anxiety Disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 4(4): 20-31. doi: 10.22075/jcp.2017.2104. (Text in Persian).
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. and Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10): 1092-1097.
- Wells A. (2011). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford. Translator: Mohamadkhani Sh. Tehran: vara danesh. (Text in Persian)
- Wells, A. (2013). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons.
- Wright, M. O. D., Crawford, E. and Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child abuse & neglect*, 33(1): 59-68.



Abstracts .....

Psychological Studies  
Faculty of Education and Psychology,  
Alzahra University

Vol.14, No.3  
Autumn 2018

---

**The Effectiveness of Combined Metacognitive Therapy with  
Childhood traumas -Based Emotional Schema Therapy on  
Generalized Anxiety Disorder**

---

Ali Asghar Farokhzadian\*, Fatemeh Rezaei \*\*and Masood Sadeghi\*\*\*

**Abstract**

Generalized anxiety disorder is one of the most common anxiety disorders seen in general population and clinical centers. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of the combination of metacognitive therapy and Traumas-Based Emotional Schema Therapy on Reducing Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. The present study was quasi-experimental. The statistic population were consisted Isfahan's psychological services centers clients with Generalized anxiety disorder (based on Generalized Anxiety Disorder Scale-7 item and clinical interview) in 2017, in which 30 subjects were selected based on entrance criteria and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and assigned randomly in two groups of experimental (15 subjects) and control (15 subjects). Then the experimental group were participated in group-based treatment designed by the researchers, consisting of 12 sessions of 1 hour. Finally, the GAD-7 questionnaire was distributed as a post-test to the both groups. Data were analyzed using covariance analysis. The results showed that combining emotional schema and meta-cognitive therapy can significantly reduce the worry and anxiety symptoms in patients with generalized anxiety disorder. Emotional Schematic Therapy can be considered in combination with Metacognitive Therapy as an effective and more integral treatment than other therapies in psychological interventions in patients with generalized anxiety disorder.

**Keywords:**

*Childhood traumas, emotional schema therapy, generalized anxiety disorder, metacognitive therapy*

---

\* PHD student Department of psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

\*\* Assistant Professor Department of psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran

\*\*\* Assistant Professor Department of psychology, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

received: 2018-08-10

accepted: 2018-11-19

DOI: 10.22051/psy.2018.20825.1665