

اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر حساسیت اضطرابی و راهبردهای تنظیم هیجان دانش‌آموزان مضطرب اجتماعی

عزت اله قدم‌پور، نسرین السادات حسینی رمقانی، سیده خدیجه مرادیانی گیزه‌رود*

گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۹/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۸/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: مدل طرح‌واره‌های هیجانی بر نقش ارزیابی و تفسیر علایم اضطرابی و راهبردهای تنظیم هیجان در اختلالات اضطرابی تأکید زیادی دارد. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر حساسیت اضطرابی و راهبردهای تنظیم هیجان در دانش‌آموزان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی صورت گرفت.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی می‌باشد، که به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر نوجوانان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ در مدارس متوسطه شهرستان دلفان بودند. بدین منظور ۳۲ نفر از دانش‌آموزان دارای نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی به روش غربالگری انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. از پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی کاتور (SPIN) به همراه مصاحبه بالینی به عنوان ابزار غربالگری و از پرسشنامه‌های حساسیت اضطرابی (ASI) و تنظیم هیجان (ERQ) برای گردآوری داده‌ها استفاده شد. در مرحله بعد افراد گروه آزمایشی در فرآیند مداخله طرح‌واره درمانی هیجانی که طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد، شرکت نمودند، در حالی که گروه کنترل چنین مداخله‌ای را دریافت نکردند. بعد از اتمام جلسه‌های مداخله‌ای، هر دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با گروه کنترل، میانگین نمرات حساسیت اضطرابی و راهبرد فرونشانی تنظیم هیجان به طور معنی‌داری کاهش ($p < 0/001$) و میانگین نمرات راهبرد ارزیابی مجدد تنظیم هیجان به طور معنی‌داری افزایش یافته است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از آن است که طرح‌واره‌درمانی هیجانی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کاهش علایم اختلال اضطراب اجتماعی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان در افراد دارای نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گیرند.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی هیجانی، اضطراب اجتماعی، حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجان

* نویسنده مسئول: سیده خدیجه مرادیانی گیزه‌رود، لرستان، دانشگاه لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه روانشناسی

Email: laylabahari@ymail.com

مقدمه

فرد از نشانه‌های بدنی که با انگیزش اضطرابی مانند افزایش ضربان قلب، تنگی نفس و سرگیجه مرتبط است، می‌ترسد و اصولاً از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی منجر می‌شود (۸). حساسیت اضطرابی از عوامل سبب‌شناختی نگهدارنده و تداوم‌بخش اکثر اختلالات روانی به ویژه اختلالات اضطرابی است و در جهت افزایش پاسخ‌های اضطرابی و ایجاد ترس از محرک‌های برانگیزاننده عمل می‌کند (۹)، افراد با حساسیت اضطرابی بالا دارای ارزیابی منفی و ترس از علایم رایج اضطراب هستند، که این ترس یا ارزیابی منفی منجر به واکنش شدیدتری می‌شود و به نوبه خود منجر به افزایش شدت علایم اضطرابی در این افراد می‌گردد. به این طریق فرد گرفتار یک چرخه معیوب در تجربه علایم اضطرابی می‌شود (۱۰). حساسیت اضطرابی باعث سوگیری در پردازش محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود، و این امر زمینه را برای ابتلای فرد به اختلالات اضطرابی فراهم می‌کند (۱۱). تحقیقات حاکی از رابطه مثبت بین اختلال اضطراب اجتماعی و حساسیت اضطرابی است. در یک فراتحلیل که به منظور بررسی رابطه بین اختلالات هیجانی و حساسیت اضطرابی انجام شد، نتایج حاکی از این بود که اختلال اضطراب اجتماعی رابطه قوی با حساسیت اضطرابی دارد و از بین سه مؤلفه حساسیت اضطرابی یعنی مؤلفه‌های اجتماعی، بدنی و شناختی، مؤلفه اجتماعی آن رابطه قوی‌تری با اختلال اضطراب اجتماعی دارد (۱۲). تحقیقاتی دیگر نیز نشان داده‌اند

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که ترس پایدار از موقعیت‌های اجتماعی و به تبع آن اجتناب از این موقعیت‌ها، مخصوصاً وقتی که فرد در حال انجام عملکرد است یا در بین افراد ناآشنا حضور دارد، را شامل می‌شود (۱). این اختلال از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی است (۲)، که شیوع سالانه آن تقریباً ۷ درصد و شیوع طول عمر آن ۱۳ درصد است، سن متوسط هنگام شروع اختلال ۱۳ سالگی است و ۷۵ درصد مبتلایان سن شروع ۸ تا ۱۵ سال را دارند (۳). شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است (۴). یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با مسایل و مشکلات بی‌شماری از قبیل؛ ترک تحصیل در سنین پایین، رفتارهای اجتنابی از موقعیت‌های اجتماعی، وجود طرح‌واره‌های انعطاف‌ناپذیر در مورد خود و جهان اطراف، رتبه پایین اجتماعی، رفتارهای سلطه‌پذیرانه، ادراک کم صمیمیت در روابط با همسالان و روابط عاشقانه، کاهش حمایت اجتماعی و سلامت روان و کاهش کیفیت زندگی مواجه هستند (۵ و ۶).

در زمینه سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی مدل‌های نظری اخیر بر اهمیت نحوه برخورد افراد با تجربه‌های اضطراب‌آور تأکید دارند. یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی که در ایجاد اضطراب اجتماعی نقش دارد، حساسیت اضطرابی است (۷). حساسیت اضطرابی یک سازه تفاوت‌های فردی است که در آن

داشته باشد، بهتر می‌تواند از افزایش تجارب اضطرابی خود ممانعت ورزد. پذیرش هیجانی، فرد را قادر می‌سازد تا به واسطه توجه به موقعیت اضطراب‌آور، ادراکی منطقی و واقعی‌تری از سطوح تهدید شخصی به دست آورد (۱۸).

نتایج تحقیق‌های پیشین حاکی از این است که اختلال اضطراب اجتماعی، بدتنظیمی هیجان یا مشکلاتی در معیارهای تنظیم هیجان را به همراه دارد (۲۰ و ۱۹). مشکلات تنظیم هیجانی در اختلال اضطراب اجتماعی هم در سطح درون‌فردی و هم در سطح میان‌فردی گزارش شده است (۱۹). افراد با اضطراب اجتماعی خزانه محدودی از راهبردهای تنظیم هیجان را دارا بوده و نقایصی دارند که با ابعادی از اختلال اضطراب اجتماعی در ارتباط است (۲۱). در یک مطالعه نشان داده شد که درک هیجانی بالا، استفاده مناسب از هیجانات و تجربه هیجانی مثبت، ارتباط منفی معنی‌دار با شدت اضطراب اجتماعی در افراد مضطرب اجتماعی دارند، به طوری که بین سطوح اضطراب اجتماعی و سطوح پردازش هیجانی خودارجاعی رابطه معکوسی وجود داشت (۲۲). نتایج مطالعه‌ای دیگر نشان داد که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه کنترل، از راهبردهای اجتناب و سرکوبی هیجانی، بیشتر استفاده می‌کنند، هم‌چنین خودکارآمدی کمتری در انجام ارزیابی مجدد شناختی و بیان سرکوبی دارند (۲۰).

رایج‌ترین درمان به کار برده شده برای اختلال اضطراب اجتماعی، درمان شناختی- رفتاری می‌باشد

که مؤلفه بدنی یا نگرانی‌های جسمانی حساسیت اضطرابی با اختلال پانیک و نگرانی‌های اجتماعی با ارزیابی منفی دیگران و تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی مرتبط است (۱۳). نتایج یک مطالعه دیگر نیز حاکی از این است که جوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با هم‌تایان عادی خود از برانگیختگی روان‌شناختی و حساسیت اضطرابی بیشتری رنج می‌برند (۱۴).

یکی از عوامل مرتبط با حساسیت اضطرابی که در سبب‌شناسی اختلالات اضطرابی نقش مهمی را ایفا می‌کند، مشکلات در تنظیم هیجان است. از تنظیم هیجان تعریف‌های متعددی شده است، ولی همه آن‌ها تنظیم هیجان را شیوه‌ای که در آن افراد تجربه خود و بیان خود از هیجان را در شرایط پریشانی با به کار گرفتن راهبردهایی مانند پذیرش، سرکوب و ارزیابی مجدد شناختی کنترل می‌کنند، تعریف نموده‌اند (۱۵). پژوهشگران مدعی هستند که در نهایت آنچه که باعث می‌شود حساسیت اضطرابی به سمت آسیب‌شناسی روانی اضطراب سوق پیدا کند، تا حدودی بستگی به این دارد که افراد چگونه نشانه‌های فیزیکی، شناختی و رفتاری اضطراب آنها را نظارت و مدیریت می‌کنند (۱۶). به عبارت دیگر تا زمانی که افراد بتوانند شناخت‌ها و حالت‌های عاطفی منفی را تحمل کنند (بدون نیاز به اجتناب از آن‌ها)، وجود حساسیت اضطرابی بالا به تنهایی نمی‌تواند چندان مشکل‌آفرین باشد (۱۷). هم‌چنین هر چه فرد دارای حساسیت اضطرابی بالا توانایی بیشتری در پذیرش هیجانی حالات و افکار منفی خود

نقش آن‌ها در اختلالات روانی مختلف مانند افسردگی (۲۸)، استرس پس از سانحه (۲۹)، اضطراب فراگیر (۳۰) و اضطراب اجتماعی (۳۱) تأیید شده است. همچنین علی‌رغم نوظهور بودن طرح‌واره درمانی هیجانی (EST)^(۲)، اثربخشی این رویکرد درمانی برای اختلالاتی مانند استرس پس از سانحه، افسردگی و اضطراب فراگیر مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲-۳۴). با این حال هنوز شواهد پژوهشی در زمینه اثربخشی راهبردهای درمانی برآمده از این مدل مفهومی برای اختلال اضطراب اجتماعی در دسترس نیست. این که آیا دستکاری طرح‌واره‌های هیجانی افراد در قالب یک پروتکل درمانی منجر به کاهش نشانه‌های مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی خواهد شد یا نه، به صورت آزمایشی مورد مطالعه قرار نگرفته است، اما انتظار می‌رود که با به کار بردن راهبردهای برآمده از EST که به بیمار در شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، بهنجارسازی تجربه هیجانی، شناسایی باورهای دردسرساز و راهبردهایی که بیمار برای تفسیر، قضاوت، کنترل، و اقدام در مورد هیجان از آن‌ها استفاده می‌کند (۳۵)، بتوان شدت حساسیت اضطرابی فرد مضطرب اجتماعی را کاهش داد و در نهایت با کمک به بیمار برای ایجاد راهبردها و باورهای جدید درباره تجربه هیجانی خود، راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را برای اقدام درباره تجربه هیجانی خود کسب نمایند.

EST نسبت به رویکردهای درمانی موجود برای اختلالات اضطرابی این مزیت را دارد که یک

که از نسل دوم درمان‌های روان‌شناختی است، تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی است که در طی فرایند درمان با تکنیک‌های مختلفی از جمله بازسازی شناختی، در آن‌ها تغییر یا تعدیل ایجاد می‌شود (۲۳). اگر چه درمان شناختی - رفتاری به طور گسترده‌ای برای اختلال اضطراب اجتماعی به کار برده می‌شود، ولی کاربرد این نوع درمان برای بسیاری از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به اندازه کافی اثربخش نبوده است یا اینکه بیماران در مرحله پیگیری، بهبود کمی نشان داده‌اند (۲۴ و ۲۵).

در سال‌های اخیر لیهی بر اساس مفهوم پردازش هیجانی و مدل فراشناختی، مدل طرح‌واره هیجانی (ESM)^(۱) خود را ارائه داده است. این مدل بر این اصل استوار است که اختلال‌های هیجانی ناشی از باورها، تفاسیر و راهبردهای به کار گرفته شده برای مقابله با هیجان‌ها است، که این باورها، تفاسیر و راهبردها در مورد تجربه هیجانی، همان طرح‌واره‌های هیجانی هستند (۲۶). در ESM، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مانند؛ اجتناب تجربی، راهبردهای شناختی بی‌ثمر، حمایت اجتماعی و یا راهبردهای دیگر بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند (۲۷). طبق نظر لیهی (۲۶) طرح‌واره‌های هیجانی یک عامل بسیار قدرتمند در تبیین اختلالات هیجانی هستند، طوری که

مدارس مراجعه گردید و با مسئولین این مدارس در ارتباط با پژوهش حاضر و ویژگی‌های دانش‌آموزان نمونه گفتگو شد. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه، به طور تصادف از هر مدرسه سه کلاس انتخاب شد. در مرحله بعد از دانش‌آموزان هر کلاس انتخابی در تمام مدارس انتخاب شده برای شرکت در یک پژوهش روان‌شناختی دعوت می‌شد و دانش‌آموزان برای شرکت یا عدم شرکت، آزاد گذاشته می‌شدند، سپس تمام افراد هر کلاس از سه مدرسه انتخابی که برای شرکت در پژوهش ابراز تمایل نموده بودند یعنی ۵۱۲ نفر پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (SPIN)^(۱) را تکمیل نمودند، و با توجه به نمره نقطه برش ۲۹ (۳۶)، ۵۹ نفر از افرادی که نمره‌ی بالاتر از این نقطه برش اخذ کردند، غربال شدند و سپس برای افراد انتخاب شده، مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-5 به وسیله محققین اجرا شد، که در نهایت با عنایت به این که طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با توجه به این که حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی حداقل ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل توصیه می‌شود (۳۷)، ۳۲ دانش‌آموز با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی، که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. قابل ذکر است که علاوه بر کسب نمره مورد نظر بر اساس نمره نقطه برش و اخذ تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مصاحبه بالینی، دیگر شرایط ورود آزمودنی‌ها به تحقیق عبارتند از:

1- Social Phobia Inventory (SPIN)

رویکرد یکپارچه‌نگر است و راهبردهای درمان شناختی- رفتاری، فراشناختی و هیجان‌مدار را با هم تلفیق می‌کند (۳۲)، ولی به دلیل این که یک مدل درمانی جدید می‌باشد، هنوز مطالعه‌های کافی به بررسی اثربخشی آن به ویژه برای اختلال اضطراب اجتماعی، نپرداخته‌اند. بنابراین با توجه به کمبود شدید مطالعه در این زمینه، همچنین از آنجایی که حساسیت اضطرابی و راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان از عوامل مهم در حفظ و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی است و این دو عامل به چگونگی ارزیابی و تفسیر افراد از تجربه هیجانی و نوع راهبرد مقابله‌ای آن‌ها با این تجربه بستگی دارد، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی بر حساسیت اضطرابی و راهبردهای تنظیم هیجان در اختلال اضطراب اجتماعی، انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی با طرح شبه-آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۶ - ۱۳۹۵ در مدارس دولتی دوره متوسطه دوم دخترانه شهرستان دلفان بودند. نمونه‌گیری در دو مرحله تصادفی و مبتنی بر هدف انجام شد. به این ترتیب که در ابتدا از بین مدارس دوره متوسطه دوم شهرستان دلفان سه دبیرستان دخترانه به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس به این

را منعکس می‌کند که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه می‌شوند و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارند. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمرات بالاتر مشخص می‌شود. ساختار این پرسشنامه از سه عامل؛ ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از نداشتن کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب به وسیله دیگران (۴ گویه) تشکیل شده است (۳۹). ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در ایران بررسی شده است، به این صورت که پایایی آن به روش بازآزمایی و ضریب تنصیف به ترتیب برابر با ۰/۹۵ و ۰/۹۷ به دست آمده و روایی آن به سه روش روایی هم‌زمان، همبستگی خرده‌مقیاس‌ها با مقیاس کل و با یکدیگر و تحلیل عوامل محاسبه شده است، روایی هم‌زمان از طریق اجرای هم‌زمان با پرسشنامه (SCL90) انجام شد و ضریب همبستگی ۰/۵۶ به دست آمد و ضریب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود (۴۰).

پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ)^(۲)؛ این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی ۱۰ ماده‌ای است که دو مقیاس مربوط به دو ساز و کار متفاوت نظم‌جویی هیجانی شامل ارزیابی مجدد شناختی (۶ ماده) و فرونشانی (۴ ماده) را در بر می‌گیرد مقیاس ارزیابی مجدد شناختی، گرایش‌های فرد را برای تنظیم هیجان با تغییر دادن افکار، و مقیاس فرونشانی، فقدان

داشتن سن حداقل ۱۵ سال، توانایی شرکت در جلسه‌های مداخله گروهی، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان، از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به سؤالات برخوردار باشند و ملاک‌های خروج عبارت بودند از؛ وجود علائم سایکوتیک، وجود افکار و سواسی، داشتن اختلال روان‌شناختی هم‌زمان (به جز افسردگی خفیف) در محور یک، وجود رگه‌هایی از اختلال شخصیت، وجود اختلال نقص توجه و غیبت در بیش از یک جلسه از جلسه‌های آموزشی.

ابزار مورد استفاده در این پژوهش به صورت زیر می‌باشد؛ پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (SPIN)، این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی است که دارای سه خرده مقیاس فرعی، ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده)، ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) می‌باشد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر برای ابدأ تا ۴ برای بی‌نهایت) درجه‌بندی می‌گردد، و دارای یک نمره کل می‌باشد که از جمع سه خرده مقیاس به دست می‌آید (۲۳). پایایی این پرسشنامه در ایران به وسیله زنجانی (۳۸) با استفاده از روش آزمون - بازآزمون برابر با ۰/۸۲ و همچنین همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به دست آمده است.

مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI)^(۱)؛ پرسشنامه حساسیت اضطرابی یک پرسشنامه خودگزارشی است که ۱۶ گویه دارد و براساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (خیلی کم = ۰، خیلی زیاد = ۴) است. هر گویه این عقیده

1- Anxiety Sensitivity Index (ASI)
2- Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

اجرا شد، شرکت نمودند. بعد از اتمام جلسه‌های مداخله‌ای، هر دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. راهنمای طرح‌واره‌درمانی هیجانی برای اختلال اضطراب اجتماعی در مرحله اول با تغییر دادن و هماهنگ نمودن پروتکل اجرایی اختلال اضطراب فراگیر (۳۳) متناسب با مفهوم‌سازی اختلال اضطراب اجتماعی طراحی شد، سپس در مرحله بعد به وسیله دو تن از اساتید متخصص روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت و در مرحله آخر پس از اعمال نظرات متخصصان، راهنمای نهایی درمان تهیه شد. خلاصه محتوای جلسه‌های طرح‌واره درمانی هیجانی برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی به شرح زیر بوده است: جلسه اول؛ برقراری ارتباط، ارزیابی، آموزش مدل طرح‌واره درمانی هیجانی، تبیین اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس الگوی طرح‌واره‌های هیجانی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، توصیف کارکرد هیجان‌ها. تکلیف خانگی: تمایز میان افکار، احساس و رفتار. جلسه دوم؛ مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به بیمار، شناسایی راهبردهای دردمساز بیمار و طرح‌واره‌های هیجانی بیمار. تکلیف خانگی: شناسایی راهبردهای دردمساز. جلسه سوم؛ مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، به کارگیری تکنیک شناسایی برچسب‌زنی هیجان‌ها. تکلیف خانگی: ثبت هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان. جلسه چهارم؛ مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، استفاده از تکنیک عادی‌سازی هیجان، و کاهش استرس. تکلیف

بیان هیجانات منفی و مثبت را می‌سنجد (۴۱). این ماده‌ها در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای، از به شدت موافق تا به شدت مخالف نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی نسخه فارسی پرسشنامه با استفاده از بازآزمون و تحلیل عامل، متوسط به بالا گزارش شده است (بزرگتر از ۰/۶۷) و روایی ملاک به‌دست آمده، استفاده از پرسشنامه را در موقعیت‌های بالینی معتبر و قابل اعتماد می‌داند (۴۲).

شیوه اجرا: بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، برای دانش‌آموزانی که شرایط لازم جهت انجام پژوهش را دارا بودند، جلسه معارفه‌ای برگزار گردید و در طی آن رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسه‌های مداخله به صورت کتبی جلب گردید. هم‌چنین در این جلسه برای شرکت‌کنندگان این موارد تشریح شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند مداخله نداشته باشند، به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و در صورتی که هر شرکت‌کننده دچار بحران یا مشکل شود که به درمان دارویی نیاز داشته باشد، از طرح پژوهش خارج شده، به روان‌پزشک ارجاع داده شود. سپس تمام افراد گروه نمونه (۳۲ نفر) به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) گماشته شدند و پیش‌آزمون بر روی آن‌ها اجرا شد. در مرحله بعد افراد گروه آزمایشی در فرآیند اصلی مداخله که طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به وسیله دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی با راهنمایی یک تن از اساتید روان‌شناسی

تفسیرهای منفی در مورد هیجان، استفاده از تکنیک بالا رفتن از نردبان معانی، تکلیف خانگی: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر. جلسه دهم؛ مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضا سازی برای هیجان، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و آزمون‌های آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش از ۱۵ تا ۱۷ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایشی ۱۶/۲۲ و میانگین سنی گروه کنترل ۱۶/۵۵ سال بود. جدول شماره ۱ شاخص‌های آماری دو گروه را در نمره کلی حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن (مؤلفه بدنی، شناختی و اجتماعی) و در راهبردهای تنظیم هیجان در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که در مرحله پس‌آزمون یکی از اعضای گروه کنترل حضور نداشت و بنابراین حجم گروه کنترل به ۱۵ نفر کاهش یافت.

داده‌های توصیفی به دست آمده در جدول ۱، حاکی از این است که میانگین و انحراف استاندارد گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون یکسان نیست و تفاوت‌هایی با هم دارند. به این صورت که نمره‌های

خانگی: آزمایش رفتاری در مورد اینکه هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند، تمرین کاهش استرس. جلسه پنجم؛ مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با باورهای غلط هیجانی، افزایش قدرت پذیرش احساس‌ها، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان. تکلیف خانگی: مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان‌ها. جلسه ششم؛ مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با بیمار برای رها ساختن راهبردهای دردرساز، شناسایی راهبردهای مفید و معرفی ذهن‌آگاهی به منظور دست کشیدن از نگرانی و نشخوار و راهبردهای رفتاری. تکلیف خانگی: تحمل احساسات آمیخته، ذهن‌آگاهی. جلسه هفتم؛ مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه‌ی چالش با راهبردهای دردرساز، کار بر روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (طرح‌واره‌های هیجانی)، تکلیف خانگی: ذهن‌آگاهی، و متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان (کنترل، پذیرش، توافق، طول مدت). جلسه هشتم؛ مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد، اتخاذ موضع به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تکلیف خانگی: اقدام متضاد. جلسه نهم؛ مرور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و

تنظیم هیجان تأثیر دارد، از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شده که نتایج آن در جدول ۲ آورده شده است. همان طوری که در این جدول مشاهده می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها، بیانگر آن است که بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته یعنی نمره کلی حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن و همچنین مؤلفه‌های تنظیم هیجان تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۳، نشان دهنده آزمون اثرات بین‌گروهی تحلیل کواریانس چندمتغیری به منظور روشن شدن تأثیر طرح‌واره درمانی هیجانی بر مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان است. نتایج این جدول بیانگر این است که بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، عامل بین‌آزمودنی‌های گروه (آموزش طرح‌واره درمانی هیجانی) بر نمره کل حساسیت اضطرابی و همه مؤلفه‌های آن اثر معنی‌داری دارد ($p < 0/001$)، میزان اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۷۱ درصد از تغییرات مربوط به نمره کلی حساسیت اضطرابی، ۳۴ درصد از تغییرات مربوط به مؤلفه بدنی، ۴۳ درصد از تغییرات مربوط به مؤلفه شناختی و ۶۲ درصد از تغییرات مربوط به مؤلفه اجتماعی حساسیت اضطرابی را در مرحله پس‌آزمون تبیین می‌کند. نتایج این جدول برای راهبردهای تنظیم هیجان بیانگر این است که بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، عامل بین‌آزمودنی‌های گروه (آموزش طرح‌واره درمانی هیجانی) بر مؤلفه‌های تنظیم اثر معنی‌داری دارد

گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در نمره کلی حساسیت اضطرابی و مؤلفه‌های آن در جهت حساسیت اضطرابی کمتر، بهبود یافته است. همچنین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل در راهبرد فرونشانی تنظیم هیجان کاهش و در راهبرد ارزیابی مجدد تنظیم هیجان افزایش یافته است. برای مشخص کردن میزان تفاوت واقعی و معنی‌دار از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شده است.

برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس، فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکز مورد آزمون قرار گرفت، که نتایج این آزمون برای هر دو گروه در نمره‌های متغیر وابسته، معنی‌دار نشد. این بدان معنی است که توزیع این گروه‌ها با توزیع نرمال تفاوت معنی‌داری ندارد. برای استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری باید روابط بین متغیرهای وابسته خطی باشد که در این مطالعه این فرض نیز مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. در نهایت مفروضه‌های برابری واریانس با آزمون لون، همگنی ماتریس‌های واریانس بر کواریانس با استفاده از آزمون M باکس مورد آزمون قرار گرفت، که سطح معنی‌داری آماره F بزرگتر از ۰/۰۵ بود، که حاکی از عدم تفاوت معنی‌دار میان واریانس‌های متغیرهای وابسته بود، لذا می‌توان از تحلیل کواریانس استفاده نمود.

برای آزمودن این فرض که مداخله طرح‌واره درمانی هیجانی بر مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی و

($p < 0/001$)، میزان اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۵۶ درصد از تغییرات مربوط به نمره راهبرد فرونشانی و ۴۰ درصد از تغییرات مربوط به

نمره راهبرد ارزیابی مجدد تنظیم هیجان را در مرحله پس آزمون تبیین می‌کند.

جدول ۱: ویژگی‌های توصیفی دو گروه آزمایشی و کنترل در متغیرهای وابسته در پیش آزمون و پس آزمون

گروه	متغیر	تعداد	پیش آزمون میانگین ± انحراف استاندارد	پس آزمون میانگین ± انحراف استاندارد
آزمایشی	حساسیت اضطرابی	61	۶/۹۵ ± ۱۵/۶۲	۶/۳۵ ± ۱۲/۸۱
	مؤلفه بدنی	۱۶	۵/۷۳ ± ۸/۳۷	۵/۵۸ ± ۵/۹۳
	مؤلفه شناختی	۱۶	۴/۹۳ ± ۹/۸۱	۴/۹۲ ± ۶/۸۱
	مؤلفه اجتماعی	۱۶	۵/۶۵ ± ۳۳/۸۱	۴/۸۴ ± ۲۵/۵۶
کنترل	نمره کل حساسیت اضطرابی	۱۶	۶/۰۸ ± ۱۵/۸۷	۵/۳۷ ± ۱۳/۲۵
	راهبرد فرونشانی	۱۶	۷/۵۷ ± ۲۱/۶۲	۶/۲۳ ± ۱۸/۴۳
	راهبرد ارزیابی مجدد	۱۵	۷/۳۰ ± ۱۶/۲۰	۶/۳۰ ± ۱۵/۹۳
	مؤلفه بدنی	۱۵	۵/۸۷ ± ۱۵/۴۰	۵/۹۱ ± ۱۴/۹۱
تنظیم هیجان	مؤلفه شناختی	۱۵	۵/۷۳ ± ۱۰/۰۶	۵/۴۱ ± ۹/۸۶
	مؤلفه اجتماعی	۱۵	۱۰/۸۱ ± ۴۱/۶۶	۱۰/۳۷ ± ۴۰/۷
	نمره کل حساسیت اضطرابی	۱۵	۵/۷۵ ± ۱۵/۹۶	۵/۵۳ ± ۱۵/۱۱
	راهبرد فرونشانی	۱۵	۷/۶۳ ± ۲۱/۱۳	۷/۶۷ ± ۲۰/۸۶
تنظیم هیجان	راهبرد ارزیابی مجدد	۱۵		

جدول ۲: تحلیل کوواریانس چند متغیری حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان در مرحله پس آزمون

متغیر	نام آزمون	ارزش آماری	درجه آزادی خطا	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
حساسیت اضطرابی	آزمون اثر پیلایی	۰/۷۴	۲۴	۲۳/۳۷	۰/۰۰۱	۷۰/۱۲	۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۵	۲۴	۲۳/۳۷	۰/۰۰۱	۷۰/۱۲	۱
	آزمون اثر هتلینگ	۲/۹۲	۲۴	۲۳/۳۷	۰/۰۰۱	۷۰/۱۲	۱
تنظیم هیجان	آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۹۲	۲۴	۲۳/۳۷	۰/۰۰۱	۷۰/۱۲	۱
	آزمون اثر پیلایی	۰/۶۷	۲۶	۲۷/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۲	۲۶	۲۷/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
	آزمون اثر هتلینگ	۲/۰۹	۲۶	۲۷/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱
	آزمون بزرگترین ریشه روی	۲/۰۹	۲۶	۲۷/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون اثرات بین گروهی در متغیرهای وابسته

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
حساسیت	۴۱۲/۶۷	۱	۴۱۲/۶۷	۶۹/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۱
اضطرابی	۳۶/۲۳	۱	۳۶/۲۳	۱۳/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴
	۳۳/۷۹	۱	۳۳/۷۹	۲۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳
	۵۱/۵۷	۱	۵۱/۵۷	۴۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲
تنظیم هیجان	۴۲/۴۲	۱	۴۲/۴۲	۳۴/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	۶۵/۹۲	۱	۶۵/۹۲	۱۸/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۰

بحث

نتایج نشان داد که این نوع درمان منجر به کاهش حساسیت اضطرابی و تمام مؤلفه‌های آن و همچنین کاهش معنی‌دار در استفاده افراد گروه نمونه از راهبرد فرونشانی تنظیم هیجان و افزایش معنی‌دار در استفاده آنان از راهبرد ارزیابی مجدد تنظیم هیجان شده است. اگرچه پژوهش مشابهی که بتوان یافته‌های حاضر را با آن مقایسه نمود، یافت نشد، ولی نتایج پژوهش حاضر به گونه غیرمستقیم با نتایج پژوهش‌هایی که EST را در بهبود علایم روان‌شناختی مبتلایان به اختلالات اضطرابی به کار برده‌اند، از جمله (۴۳ و ۳۴، ۳۳) همخوان می‌باشد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان به علایم مرتبط با حساسیت اضطرابی اشاره نمود، به این صورت که حساسیت اضطرابی باعث می‌شود که افراد نشانه‌های مرتبط با اضطراب را به عنوان نشانه‌ای از آسیب قریب‌الوقوع ارزیابی کنند، بنابراین احساساتی مانند؛ ضربان سریع قلب، گجی و عرق کردن را به عنوان نشانه‌ای از حمله قلبی، بی‌ثباتی

طرح‌واره درمانی هیجانی یک رویکرد یکپارچه‌نگر است که راهبردهای درمان شناختی- رفتاری، فراشناختی و هیجان‌مدار را با هم تلفیق می‌کند (۳۲)، ولی به دلیل این که یک مدل درمانی جدید می‌باشد، هنوز مطالعه‌های کافی به بررسی اثربخشی آن به ویژه برای اختلال اضطراب اجتماعی، نپرداخته‌اند، هم‌چنین از آنجایی که حساسیت اضطرابی و راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان از عوامل مهم در حفظ و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی است و این دو عامل به چگونگی ارزیابی و تفسیر افراد از تجربه هیجانی و نوع راهبرد مقابله‌ای آن‌ها با این تجربه بستگی دارد، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی هیجانی (EST) بر کاهش حساسیت اضطرابی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان (فرونشانی و ارزیابی مجدد) در دانش‌آموزان دارای نشانگان بالینی اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد.

روانی و شرمساری اجتماعی تفسیر می‌کنند (۴۴). به این ترتیب یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به صورت مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش به زنگی نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب نگه می‌دارد (۱۰). پژوهشگران مدعی‌اند که در نهایت آنچه که باعث می‌شود حساسیت اضطرابی به سمت آسیب‌شناسی روانی اضطراب سوق پیدا کند، تا حدودی بستگی به این دارد که افراد چگونه نشانه‌های فیزیکی، شناختی و رفتاری اضطراب آنها را نظارت و مدیریت می‌کنند (۱۶). به عبارت دیگر تا زمانی که افراد بتوانند شناخت‌ها و حالت‌های عاطفی منفی را تحمل کنند (بدون نیاز به اجتناب از آنها)، وجود حساسیت اضطرابی بالا به تنهایی نمی‌تواند چندان مشکل‌آفرین باشد (۱۷). همچنین هر چه فرد دارای حساسیت اضطرابی بالا توانایی بیشتری در پذیرش هیجانی حالات و افکار منفی خود داشته باشند، بهتر می‌تواند از افزایش تجارب اضطرابی خود ممانعت ورزند. پذیرش هیجانی، فرد را قادر می‌سازد تا به واسطه توجه به موقعیت اضطراب آور، ادراکی منطقی و واقعی‌تری از سطوح تهدید شخصی به دست آورند (۱۸). مطابق با مطالب ذکر شده مدل طرح‌واره هیجانی نیز معتقد است هنگامی که یک هیجان برانگیخته و یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده و یا کاهش

می‌یابد. یکی از راهبردهای تنظیم هیجان که افراد مضطرب اجتماعی برای مقابله با تجربه هیجان خود به کار می‌برند، کنترل یا فرونشانی است. کنترل کردن یک راهبرد ناکارآمد تنظیم هیجان است که با هدف کاهش اضطراب به کار می‌ورد در حالی که منجر به افزایش اضطراب می‌گردد، به این صورت که از طرفی فرد احساس نیاز به کنترل افکار و هیجان‌های خود را دارد و از طرفی دیگر متوجه می‌شود که امکان کنترل این افکار و هیجان‌ها برای وی وجود ندارد و در نتیجه، این احساس فقدان کنترل به تجربه اضطراب بیشتر منتهی می‌شود؛ بنابراین در اینجا هم یک راهبرد ناکارآمد یعنی فرونشانی فکر تعیین خواهد نمود که اضطراب تداوم خواهد یافت یا نه.

طرح‌واره درمانی هیجانی با به‌کارگیری رویکرد پذیرش هیجان‌ها و ذهن‌آگاهی و همچنین اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار، حواس جسمی و هیجان‌های اضطرابی می‌شود و با آموزش به بیمار برای اتخاذ موضعی به دور از قضاوت کردن هیجان‌ها و سپس مشاهده آن هیجان‌ها به کاهش علائم و نشانه‌های اضطرابی منجر می‌شود. در EST فنون ذهن‌آگاهی مانند، توجه آگاهی انفصالی و هم‌جوشی زدایی به منظور افزایش توانایی پذیرش بنیادین افراد، به کار می‌رود. به این صورت که اجرای تکنیک‌های ذهن‌آگاهی از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد منجر به تسهیل فرآیند پذیرش

این پژوهش بر روی دانش‌آموزان دختر صورت گرفت، لذا تعمیم نتایج به سایر افراد باید با احتیاط صورت بگیرد، از سویی در این تحقیق به واسطه محدودیت‌های زمانی و مکانی پیگیری نتایج درمان پس از چند ماه صورت نگرفت که در صورت انجام، می‌توانست تداوم احتمالی اثربخشی مداخله را نشان دهد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان مذکور با دوره‌های پیگیری و بر روی سایر مؤلفه‌های مرتبط با اضطراب اجتماعی و همچنین سایر گروه‌های سنی صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر حاکی از اثربخشی EST در بهبود راهبردهای تنظیم هیجان (فرونشانی و ارزیابی مجدد) و کاهش حساسیت اضطرابی در دانش‌آموزان دارای علایم بالینی اضطراب اجتماعی بود. درمان‌گر ابتدا در EST راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند فرونشانی هیجان و حساسیت اضطرابی فرد را در مواجهه با علایم و نشانه‌های اضطرابی شناسایی می‌کند، سپس با استفاده از تکنیک‌هایی مانند؛ اعتباربخشی، بهنجارسازی هیجان‌ها و ابراز آن‌ها، پذیرش هیجان، ذهن‌آگاهی، مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارزش‌های والاتر، تحمل احساس‌های آمیخته، پذیرش احساسات و علایم مرتبط با اضطراب را تسهیل می‌کند. این پذیرش هیجانی، فرد را قادر می‌سازد تا به واسطه

هیجان‌ها و ارتقای موجودیت هشیار آن‌ها شده و به آن‌ها کمک می‌کند تا به جای راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند فرونشانی، به مشاهده‌گری هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها بپردازند (۳۵). هم‌زمان با اجرای این فنون درمانگر با به کارگیری تکنیک‌های القای هیجان و بهنجارسازی، به هیجان‌ها خوش‌آمدگویی می‌کند و از آن‌ها به عنوان عنصری مهم برای ایجاد انگیزه و ابراز هیجانی استفاده می‌نماید. درمان‌گر همچنین به منظور بهبود راهبردهای تنظیم هیجان از جمله راهبرد ارزیابی مجدد این‌گونه عمل می‌کند که در سطح شناختی با توضیح معایب سرکوب یا فرونشانی، مزایا و معایب راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تمایز افکار و هیجان‌ها، واقعیت و شخصیت، فاجعه‌زدایی، وصل طرح‌واره‌های هیجانی به سایر باورهای ناکارآمد از طریق فن پیکان رو به پایین، افراد را به لحاظ شناختی آماده پذیرش هیجان‌ها و افکار آنها می‌کند. درمان‌گر همچنین از طریق روش‌هایی مثل ثبت هیجان، ثبت افکار، فضا سازی هیجانی و سایر فنون، مراجع را با هیجان‌های خویش مواجه کرده و به آگاهی و تقویت پردازش هیجانی می‌رساند (۲۶). بنابراین می‌توان بیان نمود که درمانگران می‌توانند از EST به عنوان یکی از جدیدترین اشکال رفتار درمانی شناختی برای کاهش حساسیت اضطرابی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و حتی درمان بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کنند.

توجه به موقعیت اضطراب‌آور، معایب راهبردهای ناکارآمد مورد استفاده در این موقعیت‌ها، را تشخیص داده و به ارزیابی مجدد امکانات و توانایی‌های شخصی خود برای مواجهه با هیجان‌ها و درکی منطقی و واقعی‌تر از سطوح تهدید شخصی را به دست آورد. در این راستا پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگران در کار بالینی با افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و نیز تدوین برنامه‌های درمانی برای این افراد، رویکرد طرح‌واره درمانی هیجانی را در کنار سایر پروتکل‌های درمانی مورد توجه قرار دهند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر با هزینه شخصی نویسندگان انجام شد. نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم آموزش و پرورش استان لرستان و مدارس سطح شهرستان دلفان و دانش‌آموزان گروه نمونه، به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای این پژوهش، کمال قدردانی و سپاس‌گزاری را داشته باشند.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013; 202-7.
2. Arditte KA, Morabito DM, Shaw AM, Timpano KR. Interpersonal risk for suicide in social anxiety: The roles of shame and depression. *Psychiatry Research* 2016; 239: 139-44.
3. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 2012; 21(3):169-84.
4. Vaananen JM, Frojd S, Ranta K, Marttunen M, Helmine M, Kaltiala-Heino R. Relationship Between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. *J Affect Disor* 2011; 133(1): 97-104.
5. Ahmadi M, Bagheri M. Mediating role of cognitive distortions in the relationship of adolescents' body image with social anxiety. *Journal of Behavioral Sciences* 2014; 7(4): 321-9.
6. Topcuoglu V, Fistkci N, Ekinci O, Gimzal A, Gonenur D, Agouridas B. Assessment of executive functions in social phobia patients using the Wisconsin card sorting test. *Turkish J Psychiatry* 2009; 20: 322-31.
7. Naragon-Gainey K, Rutter LA, Brown TA. The interaction of extraversion and anxiety sensitivity on social anxiety: evidence of specificity relative to depression. *Behavior Therapy* 2014; 45(3): 418-29.
8. Rodriguez BF, Bruce SE, Pagano ME, Spencer MA, Keller MB. Factor structure and stability of the Anxiety Sensitivity Index in a longitudinal study of anxiety disorder patients. *Behaviour Research and Therapy* 2004; 42(1): 79-91.
9. McCabe RE. Implicit and explicit memory for threat words in high- and low-anxiety-sensitive participants. *Cognitive Therapy and Research* 1999; 23(1): 21-38.
10. Wheaton MG, Deacon BJ, McGrath PB, Berman NC, Abramowitz JS. Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety Disorders* 2012; 26(3): 401-8.
11. Capron DW, Norr AM, Allan NP, Schmidt NB. Combined "top-down" and "bottom-up" intervention for anxiety sensitivity: Pilot randomized trial testing the additive effect of interpretation bias modification. *Journal of Psychiatric Research* 2017; 85: 75-82.
12. Naragon-Gainey K. Meta-analysis of the relations of anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin* 2010; 136(1): 128-50.
13. McWilliams LA, Stewart SH, MacPherson PS. Does the social concerns component of the Anxiety Sensitivity Index belong to the domain of anxiety sensitivity or the domain of negative evaluation sensitivity?. *Behaviour Research and Therapy* 2000; 38(10): 985-92.
14. Anderson ER, Hope DA. The relationship among social phobia, objective and perceived physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. *Journal of Anxiety Disorders* 2009; 23(1): 18-26.
15. Gross JJ. *Handbook of emotion regulation*. Wiley: New York: Guilford Press; 2007; 542-59.
16. Brown RA, Lejuez CW, Kahler CW, Strong DR, Zvolensky MJ. Distress tolerance and early smoking lapse. *Clinical Psychology Review* 2005; 25(6): 713-33.
17. Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review* 2014; 34(3): 256-71.
18. Roemer L, Williston SK, Eustis EH, Orsillo SM. Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies for anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports* 2013; 15(11): 410-20.
19. Jazaieri H, Morrison AS, Goldin PR, Gross JJ. The role of emotion and emotion regulation in social anxiety disorder. *Current Psychiatry Reports* 2015; 17(1): 1-9.
20. Werner KH, Goldin PR, Ball TM, Heimberg RG, Gross JJ. Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment* 2011; 33(3): 346-54.
21. Rusch S, Westermann S, Lincoln TM. Specificity of emotion regulation deficits in social anxiety: an internet study. *Psychology and Psychotherapy* 2012; 85: 268-77.
22. Jacobs M, Snow J, Geraci M, Vythilingam M, Blair RJ, Charney DS, et al. Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 2008; 22(8): 1487-95.

23. Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Ho MH, Antony MM. Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Mechanisms of change. *Behaviour Research and Therapy* 2015; 70: 11-22.
24. Hofmann SG, Bögels SM. Recent advances in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2006; 20(1): 3.
25. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D. Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 2012; 26(5): 583-9.
26. Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract* 2002; 9(3): 177-90.
27. Leahy RL. Emotional schema therapy. New York: Guilford; 2015; 97-134.
28. Dashtban-jami S, Bayazi MH, Zaeimi H, Hojjat SK. The assessment of relation between emotional schemas and meta-cognitive beliefs and depression. *J North Khorasan Univ Med Sci* 2014; 6(2): 297-305.
29. Mazloom M, Yaghubi H, Mohammadkhani S. Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation. *J Individ Differ* 2016; 88: 94-8.
30. Boogar IR, Farahnaz K, Tarbaran F. Investigating the relationships of emotional schema, cognitive-behavioral avoidance and cognitive-affective system with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Pejouhandeh* 2013; 18(5): 267-76.
31. Tashkeh M, Bazani M. Prediction of social anxiety by cognitive emotional regulation and emotional schema in female and male students. *Zanko J Med Sci* 2015; 16(50): 72-83.
32. Rezaee M, Ghazanfari F, Rezaee F. Effectiveness of emotional schema therapy on severity of depression and rumination in people with major depressive disorder. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci* 2016; 24(1): 41-54.
33. Khaleghi M, Mohammadkhani S, Hasani J. Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety's signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: single-subject design. *Journal of Clinical Psychological* 2016; 8(2): 43-55.
34. Naderi Y, Moradi AR, Hasani J, Noohi S. Effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of combat-related post traumatic stress disorder veterans. *Iran J War Public Health* 2015; 7(3): 147-55.
35. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2011; 3-10.
36. Dogaher ER. Psychometric properties of farsi version of the social phobia inventory (SPIN). *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 2013; 84: 763-8.
37. Delavar A. Statistical methods in psychology and educative Sciences. Tehran: Payam Noor University; 2007; 35-7.
38. Zanjani Z. Comparison of body image among Three groups showing social phobia shyness and normal individuals. *J Psychol* 2010; 13(4): 391-406.
39. Zinbarg RE, Barlow DH, Brown TA. Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implications. *Psychological Assessment* 1997; 9(3): 277-84.
40. Moradi manesh F, Mir Jafari S, Goodarzi MA, Mohammadi N. Evaluate of the psychometric properties of Revised Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Psychology* 2008; 4(11): 426-46.
41. 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.
42. Beirami M, Ebrahim IA, Ghasempour A, Azimi Z. Examination sensitivity of anxiety, worry and emotional regulation component in students with social anxiety clinical syndrome and normal. *Journal of Research in Clinical Psychology* 2012; 2(8): 43-70.
43. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *SSU Journals* 2014; 22(5): 1481-94.
44. Cox BJ, Enns MW, Freeman P, Walker JR. Anxiety sensitivity and major depression: Examination of affective state dependence. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39(11): 1349-56.

Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation Strategies in Socially Anxious Students

Ghadampour E, Hosseini Ramaghani NA, Moradiani Gizeh Rod SKh*

Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran

Received: 15 Des 2016 Accepted: 13 Nov 2018

Abstract

Background & aim: The emotional schema model emphasizes on evaluation and interpretation of anxiety symptoms and emotion regulation strategies. The present study aimed to determine the effectiveness of Emotional Schema Therapy (EST) on anxiety sensitivity and emotion regulation strategies.

Methods: The present research was a semi-experimental study with a pretest-posttest control group. The statistical population of the present study was adolescent girls with social anxiety disorder who were studying in the high schools of Delfan, Iran, during the academic year 2016-2017. For this purpose, 32 students with clinical symptoms of social anxiety were selected with screening method and were randomly assigned to experimental and control groups. The Social Phobia Inventory (SPIN) with clinical interviews were used for screening, the Anxiety Sensitivity Index (ASI) and Emotion Regulation Questionnaire (ERQ) were used to collect data in two conditions (pretest and posttest). then, the experimental group participated in the main intervention process of emotional schema therapy, which was directed by a PhD student of psychology in 10 sessions of 90 minutes, while the control group received no treatment intervention. Data were analyzed using SPSS software (ver 23) and multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

Results: The results showed that in the experimental group in the post-test phase compared with the control group, the mean scores of anxiety and emotional regulation suppression were significantly decreased ($P < 0.001$) however, the mean scores of the emotion regulation Was significantly increased ($P < 0.001$). (Use numbers and figures in the findings).

Conclusion: The study findings proposed that emotional schema therapy can be used as an effective intervention in order to reduce symptoms of social anxiety and improved emotion regulation strategies in the people with clinical symptoms of social anxiety.

Keywords: Emotional Schema Therapy, Anxiety Sensitivity, Emotion Regulation Strategies, Social Anxiety

Corresponding author: Moradiani Gizeh Rod SKh, Department of Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran
Email: laylabahari@ymail.com

Please cite this article as follows:

Ghadampour E, Hosseini Ramaghani NA, Moradiani Gizeh Rod SKh. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Anxiety Sensitivity and Emotion Regulation Strategies in Socially Anxious Students. *Armaghane-danesh* 2018; 23(5): 591-607