Journal of Health and Care

Vol. 25, No. 2, Summer 2023, Pages 158-167

The Effectiveness of Schema Therapy on Early Maladaptive Schemas and Illness Perception in People with Generalized Anxiety Disorder

Ghaseminejad N*, Tabatabaei SM

Department of Clinical Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran
Corresponding author. Tel: +989037538457, E-mail: nasringasemi804@gmail.com

Received: Jan 24, 2023 Accepted: Dec 26, 2023

ABSTRACT

Background & aim: Schema therapy is one of the third wave therapies widely used to treat anxiety disorders. The present study was conducted to determine the effectiveness of schema therapy on early maladaptive schemas and disease perception in people with generalized anxiety disorder in Tabriz city during 2022.

Methods: The current research was a semi-experimental study conducted using a pretest-posttest design with a control group. The study population included all patients with generalized anxiety disorder diagnosis who visited the psychiatric clinics in Tabriz during 2022. Thirty of them were selected through purposeful sampling and divided into two experimental and control groups (15 people for each group). Patients with generalized anxiety disorder completed the questionnaires of early maladaptive schemas and illness perception as pre-test. Then the treatment based on schema therapy was performed for the experimental group participants during a period of 12 sessions (one session per week). The post-test was completed in a two-week period after the intervention was performed. The collected data were analyzed using descriptive statistics including mean and standard deviation and inferential statistics including multivariate covariance analysis by SPSS-23 software.

Results: Results indicated that mean scores of research variables were 43.14 and 36.40 in disconnection and rejection, 35.01 and 31.01 in impaired autonomy and performance, 39.32 and 32.12 in impaired limits, 37.53 and 29.73 in other-directedness, 47.93 and 39.86 in over-vigilance and inhibition dimensions and 54/93 and 47.86 for illness perception accordingly in the pre-test and post-test. Based on the results, schema therapy has been effective in reducing early maladaptive schemas and disease perception in patients with generalized anxiety disorder ($p<0.01$).

Conclusion: The findings indicated that schema therapy reduces the early maladaptive schemas and illness perception in patients with generalized anxiety disorder. Therefore, it is suggested to use this treatment method for patients with generalized anxiety disorder in psychiatry and psychology centers.

Keywords: Schema Therapy, Maladaptive Schemas, Illness Perception, Generalized Anxiety

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.61186/jhc.25.2.158]

اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ادراک بیماری در بیماران با اختلال اضطراب فراگیر

نسرین قاسمی نژاد*، سید محمود طباطبایی

گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۰۳۷۵۳۸۴۵۷ ایمیل: nasringasemi804@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: طرحواره درمانی یکی از درمان های موج سوم است که کاربرد گسترده ای در درمان اختلالات اضطرابی دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره های ناسازگار اولیه و ادراک بیماری در بیماران با اختلال اضطراب فراگیر شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی بود که با استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و با گروه کنترل انجام گرفت. جامعه آماری شامل کلیه بیمارانی بود که در سال ۱۴۰۱ با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر به کلینیک های روان پزشکی شهر تبریز مراجعه کرده بودند. از بین آنها تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (۱۵ نفر برای هر گروه) جایگزین شدند. بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، پرسشنامه های طرحواره های ناسازگار اولیه و ادراک بیماری را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند و درمان مبتنی بر طرحواره درمانی طی یک دوره ۱۲ جلسه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) روی گروه آزمایش اجرا شد. همچنین پس آزمون، دو هفته بعد از اتمام مداخله اعمال شد. داده‌های گردآوری شده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیری) در نرم‌افزارSPSS-23 مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در حوزه های بریدگی و طرد به ترتیب در پیش آزمون و پس آزمون، ۴۳/۱۴ و ۳۶/۴۰، خودگردانی ۳۵/۰۱ و ۳۱/۰۱، محدودیت ۳۹/۳۲ و ۳۲/۱۲، دیگرجهت مندی ۳۷/۵۳ و ۲۹/۷۳، گوش بزنگی ۴۷/۹۳ و ۳۹/۸۶ و در ادراک بیماری ۵۴/۹۳ و ۴۷/۸۶ بود. براساس یافته ها، طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، مؤثر بوده است ($p<۰/۰۱$).

نتیجه گیری: نتایج نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش طرحواره های ناسازگار اولیه و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر می شود. لذا، پیشنهاد می شود در مراکز روانپزشکی و روانشناسی از این روش برای درمان بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر استفاده شود.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی، طرحواره های ناسازگار، ادراک بیماری، اضطراب فراگیر

دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۴ **پذیرش:** ۱۴۰۲/۱۰/۰۵

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر، شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی است که در کار و حوزه‌های اجتماعی اختلال اساسی ایجاد کرده و عامل خطرآفرینی برای به‌وجودآمدن افسردگی است (۲،۱). اختلال اضطراب فراگیر باعث بروز مشکلات طولانی مدت در حوزه‌های مختلف عملکردی می‌شود (۳). بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر، توجه خود را بر فعالیت‌های نامربوط به

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.61186/jhc.25.2.158]

زندگی، اشتغال ذهنی به مرگ و نگرانی‌های جسمانی معطوف ساخته و توجه و تمرکز کمتری به زندگی شخصی و لذت‌بردن دارند (٤). بنابراین افکار نامربوط و خودارزیابی‌های منفی به عنوان بازدارنده هستند (۵). تحقیقات نشان داده است، در صورتی که عوامل استرس‌زای محیطی برای مدتی طولانی باقی بمانند، منجر به بروز مشکلات جسمی و روانی، همچون اضطراب، افسردگی، ترس، علائم قلبی- عروقی، مشکلات گوارشی، مشکلات خواب، سردرد، و تعریق بیش از حد می‌شوند (۶). از طرف دیگر، زیان بخش‌ترین اثر استرس طولانی مدت، ایجاد اختلال در عملکرد موثر و قدرت تفکر و یادگیری، گزارش شده است (۸،۷).

شناخت بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر از بیماری نیز تحت عنوان ادراک بیماری[1] یا بازنمائی شناختی بیماری توسط بیمار و مبتنی بر جذب اطلاعات از منابع مختلف و باورهای بیمار شکل می گیرد. این عامل می تواند سلامت روانی و توانایی فرد در تطابق با بیماری را تحت تأثیر قرار دهد (۹). ادراک بیماری متغیری است که بر پایه تنظیم نوع رفتار بیمار استوار بوده و باعث می‌شود افراد هنگام مواجهه با یک بیماری یا یک عامل تهدیدکننده حیات، یک باور خاص از بیماری و درمان آن در ذهن خود ایجاد کنند (۱۰). این مساله در نحوه رفتار فرد، تطابق وی با بیماری، اداره بیماری توسط خود بیمار و در کل نتیجه بیماری تاثیرگذار می‌باشد (۱۱). بیماران با شرایط و شدت علایم یکسان، ادراک متفاوتی از بیماری خود دارند که بر رفتار و شدت علایم بیمار و پیامدهای آن موثر است (۱۲). بخشی از این تاثیرات، طبق نظر یانگ حاصل طرحواره‌هایی هستند که فرد به طور ناخودآگاه همراه با خود وارد زندگی کرده و این طرحواره‌ها خواه ناخواه بر آن تاثیر می‌گذارند (۱۳). ساختار شناختی افراد در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب بیماری نقش دارد که به صورت ناخواسته در بروز این اختلال موثر است و طرحواره‌های ناسازگار، کمتر مورد توجه قرار گرفته اند (١٤). طرحواره‌های ناسازگار، الگوی هیجانی و شناختی خودآسیب رسانی هست که در آغاز رشد و تحول در ذهن فرد شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شود و افراد را در برابر انواع اختلالات روانی و اضطراب آسیب پذیر می‌کند (۱۵). بنابراین طرحواره‌ها ضمن تسهیل کارکرد شناختی می‌توانند موجب تداوم اضطراب فراگیر شوند (۱۶). یانگ و همکاران معتقدند برخی از طرحواره‌ها به خصوص طرحواره‌هایی که در نتیجه تجارب بد کودکی ایجاد شده‌اند، ممکن است هسته اصلی اختلالات رفتاری مزمن و دیگر مشکلات بین فردی باشد (١٤). برای بررسی این ایده، یانگ مجموعه‌ای از طرحواره‌ها، که آنها را طرحواره‌های ناکارآمد اولیه[2] می‌نامند، مشخص نمود و طرحواره درمانی[3] را برای تغییر آنها پیشنهاد کرد (۱۵).

طرحواره درمانی، یک درمان ترکیبی است که براساس مفاهیم شناختی- رفتاری رشد یافته است. این رویکرد بر کشف ریشه‌های تحولی[4]، مشکلات روان شناختی[5] و کشف طرحواره‌های ناکارآمد اولیه تاکید می‌کند (۱۶). معمولا ماهیت ناکارآمد این طرحواره‌ها زمانی ظاهر می‌شود که مراجعان در روند زندگی روزمره خود و در تعاملاتشان با همسر، دوستان و در محل کار به گونه‌ای عمل می‌کنند که طرحواره‌هایشان تایید شود (۱۷). طرحواره‌ها دو عملکرد اصلی دارند که عبارتست از تداوم طرحواره[6] و بهبود طرحواره[7]. تداوم طرحواره، به هر چیزی اشاره دارد که فرد انجام می‌دهد تا وضعیت فعلی طرحواره را حفظ کند. این مکانیسم‌ها شامل تحریف‌های شناختی[8]، الگوهای

[1] Illness Perception

[2] Early Maladaptive Schemas
[3] Schema Therapy
[4] Origins
[5] Psychological Problems
[6] Schema Perpetuation
[7] Schema Healing
[8] Cognitive Distortions

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-10]
[DOI: 10.61186/jhc.25.2.158]

خودآسیب‌رسان[1] و سبک‌های مقابله‌ای[2] هستند که در نهایت باعث تقویت طرحواره می‌شوند (۱۸). از آنجایی که طرحواره، مجموعه‌ای از خاطرات، هیجانات، احساسات بدنی و شاخت‌ها هستند، بهبود طرحواره به بهبود اثرات مخرب تمامی‌این موارد بستگی دارد (۱۹).

پژوهشگران بر این عقیده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه همچون یک صافی برای اثبات یا تأیید تجارب کودکی عمل می‌کنند و به نشانه‌های بالینی نظیر اضطراب، افسردگی و اختلالات شخصیت، تنهایی به‌دلیل روابط بین فردی مخرب و سوءمصرف الکل و مواد مخدر، پراشتهایی یا زخم‌معده منجر می‌شوند (۲۰). نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که طرحواره درمانی تاثیر معناداری بر مشکلات روانشناختی دارد (۲۵-۲۱).

با توجه به اینکه براساس مطالعات، اغلب بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر که با رویکرد شناختی یا رفتاری درمان می‌شوند در بهترین حالت در دوره‌های پیگیری، کمتر از ۵۰ درصد بهبودی کامل نشان داده‌اند در سال‌های اخیر توجه روزافزونی نسبت به نقش طرحواره‌ها در اختلال اضطراب فراگیر معطوف گردیده است. همچنین، روانشناسان دریافته‌اند که برخی بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر به دلیل مستاصل‌شدن از هیجان‌های خود و بی اطلاعی از چگونگی نظم‌جویی در آنها به شیوه‌های ناسازگارانه متوسل می‌شوند. به همین دلیل امروزه توجه زیادی به رویکرد طرحواره درمانی برای این بیماران شده است که این رویکرد اقتباس شده از نظریه شناختی و طرحواره درمانی یانگ و الگوی فراشناختی برای این بیماران می‌باشد. لذا، این پژوهش با هدف تعیین تاثیر طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر انجام شد.

[1] Self- defeating Patterns
[2] Coping Styles

روش کار

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه‌تجربی با پیش-آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های روان پزشکی شهر تبریز در سال ۱۴۰۱ بودند که با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر تحت درمان متخصص روان قرار داشتند. از بین آنها تعداد ۳۰ نفر بر اساس جدول گرجسی و مورگان[3] به روش هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داده شدند. ملاک‌های ورود نمونه‌ها به مطالعه شامل نداشتن اختلالات نورولوژیکی و سایر اختلالات روان پزشکی و معیارهای خروج نیز عدم تمایل آزمودنی برای شرکت در پژوهش یا غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات طرحواره درمانی بود. ابتدا از همه آزمودنی‌ها رضایت نامه اخلاقی کسب گردید و به آنها اطمینان داده شد که نتایج، محرمانه خواهد بود و نتایج فقط به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. مداخله مبتنی بر طرحواره درمانی برای بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر طبق پروتکل یانگ (۱٤) به مدت ۱۲ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه توسط دکترای تخصصی روانشناسی بالینی انجام شد. همچنین برای افراد گروه کنترل بعد از اتمام دوره آزمایش، فرایند مداخله صورت گرفت.

جهت جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ادراک بیماری استفاده شد. پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه، یک پرسشنامه ۷۵ آیتمی است که شامل ۵ حوزه بریدگی و طرد[٤]، خودگردانی و عملکرد مختل[٥]، محدودیت‌های مختل[٦]، دیگرجهت مندی[٧] و گوش بزنگی[٨] بوده و با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای کاملاً غلط

[3] Krejci & Morgan
[4] Disconnection & Rejection
[5] Impaired Autonomy & Performance
[6] Impaired Limits
[7] Other-Directedness
[8] Overvigilance

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-10]
[DOI: 10.61186/jhc.25.2.158]

(نمره ۱)، تقریباً غلط (نمره ۲)، بیشتر درست است تا غلط (نمره ۳)، اندکی درست (نمره ٤)، تقریباً درست (نمره ۵) و کاملاً درست (نمره ۶) سنجیده می‌شود (١٤). این پرسشنامه، یکی از مطرح ترین پرسش نامه‌های مرتبط با سلامت روان است که توسط یانگ، روانشناس نامدار تدوین شده و در ایران نیز هنجاریابی شده است (٢٥،٢٤). در مطالعه میرباقری و همکاران، روایی ۰/۸۷ و پایایی ۰/۸۳ گزارش گردیده است (۲۳). میزان پایایی پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از روش همسانی درونی، ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه ادراک بیماری دارای ۹ سوال است که توسط بارد و همکاران و بر اساس فرم تجدیدنظر شده ساخته شده است (۹). نمره گذاری براساس طیف لیکرت از صفر تا ده می‌باشد. به نحوی که حداقل نمره، ۹ و حداکثر نمره، ۹۰ می‌باشد. در مطالعه سلیمانی و همکاران، روایی ابزار، ۰/۸۹ و پایایی آن، ۰/۸۳ درصد گزارش گردیده است (۱۱). میزان پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از روش همسانی درونی، ۰/۸۹ محاسبه شد.

داده‌های بدست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیره) در نرم افزار SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱. محتوای جلسات مداخله

جلسه	محتوا
اول	معارفه و آشنایی اعضا با طرحواره درمانی، انجام پیش آزمون و معرفی مقدماتی طرحواره درمانی
دوم	توضیح مدل طرحواره درمانی و انواع آن
سوم	بکارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرحواره در افراد با توجه به خطاهای شناختی
چهارم	آموزش اصول یادگیری استدلال طرحواره‌ها و زیر سوال بردن منطقی اعتبار طرحواره با بکارگیری فنون شناختی
پنجم	معرفی و آموزش تکنیک‌های هیجانی (تجربی) به منظور دستیابی آزمودنی‌ها به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی
ششم	استفاده از فنون تجربی مثل تصویرسازی ذهنی و برقراری گفتگو، به منظور ابراز خشم و ناراحتی نسبت به حوادث دوران کودکی
هفتم	آموزش و اجرای تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله ای کارآمد
هشتم	تمرین تکنیک‌های مزایا و معایب برای بررسی رفتارهای آسیب زا
نهم	نامه نوشتن به والدین و ابراز هیجانات و تخلیه هیجانی
دهم	اجرای تکنیک پیکان رو به پایین به منظور پی بردن به بینش نسبت به افکار اغراق آمیز
یازدهم	بررسی مفروضه‌های افراد در مقابل چالش‌های موجود در روابط بین فردی
دوازدهم	آموزش تکنیک‌های ریلکسیشن و خودگویی‌های مثبت، جمع بندی و اجرای پس آزمون

یافته‌ها

میانگین سنی افراد گروه آزمایش ۲/۵٤±۲۹/۵۳ و گروه کنترل ۳/۲۱±۲۸/۷۶ سال بود. در گروه آزمایش، ۵۶ درصد و در گروه کنترل ۶۱ درصد، متاهل بودند. ۷۱ درصد از شرکت کنندگان گروه آزمایش و ٦٤ درصد از افراد گروه کنترل، تحصیلات بین دیپلم تا کارشناسی داشتند.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.61186/jhc.25.2.158]

جدول ۱. میانگین نمرات متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از آزمون

		پیش آزمون		پس آزمون	
متغیر	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بریدگی و طرد	آزمایش	٤٣/١٤	٤/٦٨	٣٦/٤٠	٣/٣٥
	کنترل	٤٣/٧٤	٤/٨٨	٤٣/٩٣	٣/٩٦
خودگردانی و عملکرد مختل	آزمایش	٣٥/٠١	٣/٨٤	٣١/٠١	٣/٣٥
	کنترل	٣٤/٢٤	٣/٤٦	٣٤/٢٣	٤/٩٦
محدودیت‌های مختل	آزمایش	٣٩/٣٢	٣/٤٥	٣٢/١٢	٢/١٩
	کنترل	٣٩/٧٥	٣/١٣	٣٨/٣٤	٣/٧٤
دیگرجهت‌مندی	آزمایش	٣٧/٥٣	٣/٦٣	٢٩/٧٣	٣/٥٩
	کنترل	٣٧/٠٨	٣/٨٦	٣٧/٣٣	٣/٦١
گوش بزنگی	آزمایش	٤٧/٩٣	٤/٧٢	٣٩/٨٦	٤/٩٢
	کنترل	٤٦/٦٦	٤/٤٦	٤٦/٢٠	٥/٠٨
ادراک بیماری	آزمایش	٥٤/٩٣	٥/٧٢	٤٧/٨٦	٦/٩٢
	کنترل	٥٣/٦٦	٦/٤٦	٥٤/٢٠	٤/٠٨

همانگونه که مندرجات جدول ۱ نشان می دهد، میانگین و انحراف معیار متغیرهای بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش بزنگی و ادراک بیماری ملاحظه می‌گردد.

به‌منظور کنترل اثر پیش آزمون از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. برای این منظور ابتدا، پیش فرض‌های همگنی ماتریس کوواریانس، همگنی واریانس خطا و همبستگی متعارف یا کرویت بارتلت بررسی شدند. از آزمون ام. باکس برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس استفاده شد؛ با توجه به اینکه مقدار F مشاهده شده از نظر آماری معنادار نبود، بنابراین پیش‌فرض همگنی ماتریس کوواریانس محقق شده است (جدول ۲).

جدول ۲. آزمون ام. باکس برای پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس در متغیرهای وابسته

متغیر	ام. باکس	درجه آزادی دوم	F	P
متغیرهای وابسته	١٢/٦٨	٥٨٢٣/٣٢	١/٣٧	٠/٤٦

از آزمون لوین جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس خطا استفاده شد؛ جدول ۳ نشان می‌دهد در تمامی متغیرهای مورد مطالعه، میزان F مشاهده‌شده در سطح $p<٠/٠٥$ از نظر آماری معنادار نیست؛ بنابراین پیش‌فرض همگنی واریانس خطا نیز محقق شده است.

جدول ۳. آزمون لوین برای همگنی واریانس خطا در متغیرهای وابسته

متغیر	ضریب F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	P
بریدگی و طرد	١/٨٤	١	٢٨	٠/٦٢
خودگردانی و عملکرد مختل	٣/٣٤	١	٢٨	٠/٣٧
محدودیت‌های مختل	١/٩٢	١	٢٨	٠/١٢
دیگرجهت مندی	٢/٢٢	١	٢٨	٠/٤٥
گوش بزنگی	١/٧٤	١	٢٨	٠/٧٢
ادراک بیماری	١/٠١	١	٢٨	٠/١٩

برای بررسی پیش فرض همبستگی متعارف بین متغیرهای وابسته از آزمون کرویت بارتلت استفاده شد. نتایج نشان داد بین این متغیرها همبستگی متعارف وجود داشت چرا که شاخص بارتلت (χ=٢١/٦٥)

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-10]
[DOI: 10.61186/jhc.25.2.158]

محاسبه شده در سطح $p<۰/۰۵$ از نظر آماری معنادار بود.

جدول ٤. آزمون کرویت بارتلت برای همبستگی متعارف در متغیرهای وابسته

متغیر	کای دو	P
متغیرهای وابسته	۲۱/۶۵	۰/۰۰۱

همان طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانوا) را مجاز دانستند. این نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل از نظر یکی از مولفه‌ها تفاوت معنی دار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$).

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

نام آزمون	ارزش	F	P
اثر پیلایی	۰/۹۲	۶۸/۲۳	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۷	۶۸/۲۳	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۱۰/۵۷	۶۸/۲۳	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۰/۵۷	۶۸/۲۳	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگرجهت‌مندی، گوش بزنگی و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر شده است ($p<۰/۰۰۱$) (جدول ۶).

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر
گروه	بریدگی و طرد	۸۷/۵۷	۱	۸۷/۵۷	۳۲/۲٤	۰/۰۰۱	۰/۲۸
	خودگردانی و عملکرد مختل	۵۲/۶۱	۱	۵۲/۶۱	۳۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	محدودیت‌های مختل	۶٤/۳۳	۱	۶٤/۳۳	٤۵/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	دیگرجهت مندی	۶۹/۹۳	۱	۶۹/۹۳	۲٤/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	گوش بزنگی	۷۳/۲۷	۱	۷۳/۲۷	۳۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۹
	ادراک بیماری	۵۹/۲۷	۱	۵۹/۲۷	۲۵/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۲۱

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی باعث کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ادراک بیماری در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر می‌شود. در مطالعات انجام شده روی اختلالات مختلف شخصیتی و روانی، تاثیر مثبت طرحواره درمانی تائید شده است. برای نمونه در مطالعات سمپرتگیو[1] و همکاران، و خاشو[2] و همکاران، تاثیر طرحواره درمانی در کاهش اختلال شخصیت مرزی شناسایی شد (۲۲،۲۱). نتایج مطالعات میرباقری و همکاران، و قوتی و همکاران نیز حاکی از اثرات طرحواره درمانی در کاهش اضطراب و اختلالات هیجانی بود (۲۳،۲٤). قدم‌پور و همکاران نیز نشان دادند که طرحواره درمانی باعث افزایش اعتماد به نفس و انعطاف پذیری شناختی می‌شود (۲۵). در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر به دلیل وجود باورهای نادرست خود درباره کنترل و نظم دهی هیجانات مبنی بر اینکه توانایی پایین کنترل افکار در آنها صرفاً از بیماری ناشی می‌شود، نمی‌توانند کنترلی بر هیجانات خود داشته باشند (۲۶). از این رو، شناسایی باورهای میانی در طرحواره درمانی به آنها کمک می کند تا دریابند این باورها از کجا سرچشمه گرفته و مشکلاتشان چگونه ایجاد شده‌اند. در نهایت از طریق بازبینی عملکرد و شناسایی باورهای بنیادی، این افراد می‌توانند درباره این موضوع که روابط ناکارآمد بین فردی و افکار منفی چگونه باورهای بنیادی آنها را تقویت کرده، آگاه شوند و با استفاده از طرحواره درمانی، باورهای بنیادی خود را تعدیل و اصلاح

[1] Sempertegui
[2] Khasho

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-10]
[DOI: 10.61186/jhc.25.2.158]

نمـــایند (۲۷). ایـن افـراد در یـک چرخـه معیـوب و تقویـت‌کننـده کنتـرل عواطـف بـه صـورت ناکارآمـد گرفتار می‌شوند. اما طرحواره درمانی سعی در، درهم شکستن این چرخـه معیـوب بـا اسـتفاده از روش‌هـای مختلف دارد (۲۸). به طوری که شناخت‌های نادرسـت بیماران را به چالش می‌کشد تا بیماران در یـک چرخـه کارآمد قرار گیرند. به این ترتیب، بـالا رفـتن توانـایی بازنگری مجدد، تعدیل شدت و جهت یک عاطفه مثبت در خود و دیگران، شناخت‌های نادرست بیماران مبـتلا به اضطراب فراگیـر را تحـت تـاثیر قـرار مـی‌دهـد و تعدیل شناخت‌های نادرست نیز به نوبه خود، منجر به کاهش افکار منفی و شـناخت‌هـای معیـوب مـی‌گـردد (۲۹). این یافته با در نظر گرفتن نقش عوامل شـناختی (افکار خودآیند، باورهای میـانی و باورهـای بنیـادی و فرایندهای پرداش مختل شده) قابل تبیـن اسـت. بـه طوری که در طرحواره درمانی، سعی بر آن است کـه افکار خودآیند ناکارآمد شناسایی شود و فـرد نسـبت به نقش این افکار آگـاه شـده و افکـار کارآمـدتری را جایگزین آنها نماید که میزان طرحواره‌هـای ناسـازگار اولیه، کاهش پیـدا کنـد (۳۱،۳۰). همچنـین، طرحـواره درمانی با استفاده از تکنیک‌های رفتاری نظیر آموزش بازبینی فعالیـت و سـاختار بخشـیدن بـه فعالیـت‌هـای روزانه بیماران به کاهش اضطراب آنها کمک می‌کند و با تشویق آنهـا بـه انجـام فعالیـت‌هـای لـذت‌بخـش و برنامه‌ریزی فعالیت، منجر بـه افـزایش موفقیـت‌هـای روزمره می‌گردد (۳۲). علاوه بر ایـن، بهـره‌گیـری از سایر تکنیک‌هـای رفتـاری نظیـر تمرینـات آرام‌سـازی روانی منجر به تنش‌زدایی بیماران مبـتلا بـه اضـطراب فراگیر می‌گـردد. آزمـایش‌هـای رفتـاری نیـز اغلـب پاسخ‌های رفتاری نسبت به اضطراب و رفتارهـایی کـه برای اجتناب از نشخوار انجام می‌شوند را هـدف قـرار می‌دهند کـه در نهایـت منجـر بـه کـاهش اضـطراب مـی‌گـردد (۳۳). چنانکـه، علائـم و عـوارض اضـطراب، اثرات متفاوتی بر کیفیت زندگی بر جای مـی‌گـذارد و شدت یافتن این علائم، ناتوانی‌های متعددی برای آنهـا به همـراه دارد. از ایـن رو، طرحـواره درمـانی کمـک می‌کند تا با توجه به اینکه پاسخ‌های رفتاری بیماران به نشانه‌های بیماری، نتیجه باورهای ناکارآمد یا نادرست آنان درباره بیماری و درمان آن است، این باورهـا بـا آموزش شناسایی و ارزیابی افکار خودآینـد، شناسـایی خطاهای شناختی رایج نسـبت بـه بیمـاری و آمـوزش پاسـخ‌دهی بـه افکـار خودآینـد و تعـدیل آنهـا تغییـر می‌کند (۳٤).

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هـایی بـود؛ از جملـه اینکه در انتخاب نمونه‌ها از روش غیرتصادفی اسـتفاده شده و همچنین تعداد سـوالات مربـوط بـه ابزارهـای پـژوهش زیـاد بـود کـه مـی‌توانسـت بـا خسـتگی آزمودنی‌ها همراه باشـد. لـذا، پیشـنهاد مـی‌شـود در مطالعات آینده از روش نمونه گیری تصادفی استفاده شود و از روش‌های دیگر نظیـر مصـاحبه بـرای جمـع آوری داده‌ها استفاده گردد.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد کـه طرحـواره درمـانی باعـث کـاهش طرحـواره‌هـای ناسـازگار اولیـه و ادراک بیمـاری در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر می‌شود. با توجـه بـه اینکـه اخـتلالات اضـطرابی در گـذر زمـان شـروع بـه شکل‌گیری می‌کنند روش طرحواره درمانی به صورت اساسی روی باورهای بنیادین تمرکز داشـته و بارهـای شکل گرفتـه در گـذر زمـان را تغییـر مـی‌دهـد. لـذا، پیشنهاد می‌شود در مراکز روانپزشکی و روانشناسی از ایـن روش بـرای درمـان بیمـاران مبـتلا بـه اضـطراب فراگیر استفاده شود.

تشکر و قدردانی

ایـن پـژوهش مصـوب دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد علـــوم‌پزشـــکی تبریـــز بـــا کـــد اخـــلاق IR.IAU.Tabriz.REC.1401.247 مـــی‌باشـــد. نویسندگان بـر خـود لازم مـی‌داننـد از کلیـه بیمـاران شـرکت‌کننـده در مطالعـه، مـدیریت کلینیـک مثبـت

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.61186/jhc.25.2.158]

زندگی و جناب آقای دکتر قوامی که همکاری لازم را داشتند، صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

1- Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Comparing the effects of integrated cognitive-behavioral therapy and transdiagnostic treatment on symptoms of patients with generalized anxiety disorder comorbid with depression. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2022;27(4):440-57 [Persian].
2- Hofmann SG, Hay AC. Rethinking avoidance: toward a balanced approach to avoidance in treating anxiety disorders. Journal of Anxiety Disorders. 2018;55(3):14-21.
3- Mohammadi MR, Pourdehghan P, Mostafavi SA, Hooshyari Z, Ahmadi N, Khaleghi A. Generalized anxiety disorder: prevalence, predictors, and comorbidity in children and adolescents. Journal Anxiety Disorder. 2020;73(2):102-13.
4- Saha S, Lim CCW, Cannon DL, Burton L, Bremner M, Cosgrove P, et al. Co-morbidity between mood and anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Depression and Anxiety. 2021;38(3):286-306.
5- Schaeuffele C, Schulz A, Knaevelsrud C, Renneberg B, Boettcher J. CBT at the crossroads: the rise of transdiagnostic treatments. International Journal of Cognitive Therapy. 2021;14(1):86-113.
6- Leichsenring F, Steinert C. Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. Journal of Affective Disorders. 2018;232(34):400-16.
7- Hirsch CR, Beale S, Grey N, Liness S. Approaching cognitive behavior therapy for generalized anxiety disorder from a cognitive process perspective. Frontiers in Psychiatry. 2019;10(2):76-79.
8- Ghaderi F, Akrami N, Namdari K, Abedi A. Developing an integrated psychotherapy model of generalized anxiety disorder comorbid with emotional disorders: a qualitative approach. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2020;6(4):70-82 [Persian].
9- Leventhal H, Meyer D, Nerenz DR. The common-sense representation of illness danger. In: Rachman S, Ed, Contributions to Medical Psychology. New York: Pergamon Press; 1980.
10- Bardbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The brief illness perception questionnaire. Journal of Psychosomatic Research. 2006:60(6):631-37.
11- Pouresmaeel Niyazi M, Farshbaf Manisefat F, Khademi A, Meshgi S. The mediating role of coping strategies in relationship between illness perception and perceived social support with treatment adherence in cardiovascular patients. Iranian Journal of Psychiatric. 2022;9(6):98-108
12- Soleimani M, Azeemian S, Younesi J. Relation between disease perception and the coping methods in confrontation with the stress of being mother of a type1 diabetic. Iranian Journal of Diabetes and Metabolism. 2015;14(3):209-16.
13- Ashkesh E, Hobbi M, Mashayekh M, Ahadi H. The effectiveness of metacognitive therapy on disease perception and self-care behaviors of patients with irritable bowel syndrome. Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing. 2022;8(3):75-85 [Persian].
14- Oguz G, Celikbas Z, Batmaz S, Cagli S, Sungur M Z. Comparison between obsessive compulsive disorder and panic disorder on metacognitive beliefs, emotional schemas, and cognitive flexibility. International Journal of Cognitive Therapy. 2019;12(3):157-78.
15- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2006.
16- Cox SK, Root JR. Modified schema-based instruction to develop flexible mathematics problem solving strategies for students with an autism spectrum disorder. Remedial and Special Education. 2020;41(3):139-51.
17- Lathren C, Bluth K, Park J. Adolescent self-compassion moderates the relationship between perceived stress and internalizing symptoms. Personality and Individual Differences. 2019;143(17):36-41.

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.61186/jhc.25.2.158]

18- Qian Y, Chen F, Yuan C. The effect of co-parenting on children's emotion regulation under fathers' perception: a moderated mediation model of family functioning and marital satisfaction. Children and Youth Services Review. 2020;119(32):105-11.
19- Bach B, Farrell JM. Schemas and modes in borderline personality disorder: the mistrustful, shameful, angry, impulsive, and unhappy child. Psychiatry Research. 2018;1(2):323-29.
20- Knapík P, Slancová K. Core beliefs– schemas and coping styles in addictions. Cognitive Remediation Journal. 2020;9(3):9-19.
21- Renner F, DeRubeis R, Arntz A, Peeters F, Lobbestael J, Huibers MJ. Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2018;58(7):97-105.
22- Sempertegui GA, Karreman A, Arntz A, Marrie HJ, Bekker E. Schema therapy for borderline personality disorder: a comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. Clinical Psychology Review. 2017;33(3):426-47.
23- Khasho DA, Van Alphen SPG, Heijnen-Kohl SMJ, Arntz A, Videler AC. The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: protocol of a multiple-baseline study. Contemporary Clinical Trials Communications. 2019;14(3):321-30.
24- Mirbagheri SR, Khosravi S, Akrami M. Evaluation of the effectiveness of group schema therapy on death anxiety and emotional disturbance in patients with breast cancer in Shiraz. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022;9(5):16-28.
25- Ghovati A, Ahovan M, Bolghan Abadi M. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive behavioral therapy on resilience, cognitive regulation of emotion and drug craving in substance abusers. Research on Addiction. 2022;15(62):113-40.
26- 25 Ghadampour E, Bagherim N, Tanha Z. Comparison of the efficacy of positive psychotherapy and schema therapy on cognitive flexibility and physical self-esteem in women seeking cosmetic surgery. Journal of Psychological Science. 2022;21(115):1443-62 [Persian].
27- Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Douglas K, Frampton CM, Joyce PR. Patient predictors of response to cognitive behavior therapy and schema therapy for depression. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2018;52(9):887-97.
28- Erfan A, Noorbala AA, Karbasi Amel S, Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of emotional schema therapy on the emotional schemas and emotional regulation in irritable bowel syndrome: single subject design. Advance Biomed Research. 2018;7(1):64-72.
29- Kopf-Beck J, Zimmermann P, Egli S, Rein M, Kappelmann N, Fietz J, et al. Schema therapy versus cognitive behavioral therapy versus individual supportive therapy for depression in an inpatient and day clinic setting: study protocol of the OPTIMA-RCT. Psychiatry. 2020;20(506):13-24.
30- Mohammadi F, Taleb N, Rezaei Shojaei S, Emami Roudi T. The effectiveness of schema therapy on cognitive flexibility and resiliency in patients with generalized anxiety. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 2019;62(2):34-42 [Persian].
31- Mokhtarinejad O, Mirzaian B, Hassanzadeh R. Effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy in components of cognitive emotion regulation among patients with anxiety disorder. Avicenna Journal Neuro Psycho Physiology. 2020;7(4):225-30.
32- Nikpour F, Khalatbari J, Rezaei O, Jomehri F. Comparison of the effectiveness of schema therapy approach and acceptance and commitment based psychological therapy well-being of divorced women. Journal of Psychological Science. 2021;20(101):741-51.
33- Yu UJ, Jung J. Effects of self-discrepancy and self-schema on young women's body image and self-esteem after media image exposure. Family and Consumer Sciences Research Journal. 2018;47(2):142-60.
34- Mahmoudpour A, Darba M, Kamandloo Z, Madani Y. The relationship between early maladaptive schemas with marital satisfaction and psychological distress in infertile women in Tehran. Journal of Psychological Science. 2021;19(94):1231-41 [Persian].
35-Ghassempour H, Darzi Azadboni M, Mirzaian B, Sangani A, Shakerian S. Modeling of early maladaptive schemas on adherence to treatment with the mediating role of cognitive emotion regulation and resilience in coronary heart patients. Journal of Nursing Education. 2022;11(4):13-24 [Persian].

[Downloaded from hcjournal.arums.ac.ir on 2025-11-10]

[DOI: 10.61186/jhc.25.2.158]