

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اضطراب

دکتر مرتضی رهبر طارمسری (MD)^۱ - دکتر پروانه کشاورز (PhD)^۲ - دکتر عباس ابوالقاسمی (PhD)^۳ - ابراهیم رهبر کرباسدهی (MA Stu)^۴ - فاطمه رهبر کرباسدهی (PhD Stu)^۵

*نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

پست الکترونیک: Ebrahim.Rahbar74@gmail.com

تاریخ دریافت مقاله: ۹۶/۰۹/۲۹ تاریخ ارسال جهت اصلاح: ۹۷/۰۳/۱۹ تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۵/۰۱

چکیده

مقدمه: دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اضطراب با عوامل تنش‌زای متعدد جسمی و روانی روبرو هستند که به کاهش کیفیت زندگی آنان می‌انجامد. با توجه به ارتباط سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و تنظیم شناختی هیجان با طرحواره‌های ناسازگار اولیه، یکی از روش‌هایی که می‌تواند به این دانش‌آموزان کمک کند، طرحواره درمانی است.

هدف: تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اضطراب.

مواد و روش‌ها: پژوهش بصورت مداخله‌ای و از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه پژوهش ۲۸ دانش‌آموز مقطع راهنمایی دارای نشانه‌های اضطراب شهرستان رشت در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بودند که بر پایه پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۰) و ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) شناسایی و در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری (۲۰۰۵) و پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان (۲۰۰۱) پیش و پس از درمان استفاده شد. گروه آزمایش در ۱۰ جلسه، مورد درمان گروهی با الگو طرحواره درمانی یا نگ قرار گرفتند.

نتایج: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که درمان گروهی با مدل طرحواره درمانی بر بهبود سیستم‌های بازداری/فعال‌سازی رفتاری و تنظیم‌شناختی هیجان در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اضطراب تأثیر دارد ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: برای رویارویی با نشانه‌های اضطراب دانش‌آموزان و بهبود تنظیم شناختی هیجان می‌توان از طرحواره درمانی استفاده کرد.

کلید واژه‌ها: اضطراب/بازداری/کنترل رسمی اجتماع/هیجان‌ها

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دوره بیست و هفت، شماره ۱۰۸، صفحات: ۶۲-۷۰

مقدمه

نیازمند فرایندهای شناختی هستند (۴). اضطراب افراطی نوجوانان، اثر بارز خود را در قلمرو تحصیلی، ارتباط با همسالان و عملکرد اجتماعی نیز نشان می‌دهد (۵).

یکی از متغیرهای مرتبط با اضطراب، سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری است (۶). Gray (۱۹۸۲) دو سیستم عصب‌شناختی یعنی سیستم بازداری رفتار (Behavioral inhibition system) و سیستم فعال‌سازی رفتار (Behavioral activation system) را مطرح می‌کند که سیستم بازداری رفتاری با حساسیت به نشانه‌های تنبیه، ندادن پاداش و رفتار اجتنابی نشان داده می‌شود و با نظام‌هایی که اضطراب در آنها نقش دارد، همپوشی دارد؛ در حالی که سیستم فعال‌سازی رفتاری به نشانه‌های پاداش، اجتناب از تنبیه و گرایش به رفتار خوشایند و لذت‌بخش حساس است.

اختلال اضطرابی (Anxiety disorders) از شایع‌ترین اختلال‌های روانی در تمام گروه‌های سنی، به ویژه در دوره نوجوانی است و عاملی مهم در بروز برخی مشکلات اجتماعی، فرهنگی و خانوادگی به شمار می‌آید (۱). اختلال اضطرابی، اختلالی است که ویژگی اساسی آن برانگیختگی شدید روانی است و با ویژگی‌های ترس، تردید و نگرانی مفرط نامتناسب با موقعیت خطرآفرین، نشان داده می‌شود. یک چهارم جمعیت جهان دچار حداقل یک اختلال اضطرابی بوده و میزان شیوع آن در کودکان و نوجوانان، ۱۱ درصد گزارش شده است (۲). میزان شیوع این اختلال در ایران نیز ۱۹-۱۴ درصد بوده که میزان آن در دختران ۲ تا ۳ برابر پسران است (۳).

شواهد رفتاری نشان می‌دهند که سطوح بالای اضطراب با کاهش عملکرد در وظایف همراه است، بویژه در وظایفی که

۱. گروه پزشکی قانونی و اخلاق پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۲. گروه ژنتیک، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی گیلان، رشت، ایران

۳. گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

تحصیلی (۱۸) و همچنین کمبود پژوهش در این زمینه، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اضطراب انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش بصورت مداخله‌ای و از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع راهنمایی با نشانه‌های اضطراب شهرستان رشت در سال تحصیلی ۹۶-۱۳۹۵ بود. نمونه پژوهش ۳۰ دانش‌آموز دختر با نشانه‌های اضطراب بود که به صورت در دسترس بر پایه پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۰) و ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) شناسایی و در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۱۵ نفر). ملاک ورود به پژوهش سن ۱۵-۱۳ سال و مقطع تحصیلی (پایه هفتم تا نهم) و ملاک خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه دانش‌آموز از برنامه درمانی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه اضطراب بک (BAI): این پرسشنامه خودگزارشی توسط Beck & Steer (۱۹) ساخته شده که با ۲۱ گویه به طور ویژه شدت نشانه‌های اضطراب بالینی را در نوجوانان و بزرگسالان می‌سنجد. پایایی این پرسشنامه با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ متغیر است. در ایران نیز، کاویانی و موسوی (۲۰) روایی این پرسشنامه را ۰/۷۲ و آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند.

مقیاس فعال‌سازی/بازداری رفتاری (BIS/BAS): فرم کوتاه مقیاس فعال‌سازی/بازداری رفتاری Franken و همکاران (۲۱)، ۲۸ گویه دارد که دو مؤلفه بازداری رفتاری و فعال‌سازی رفتاری را اندازه‌گیری می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در دامنه‌ای از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ گزارش شده و ضریب همبستگی بین فرم کوتاه و بلند مقیاس ۰/۷۶ بدست آمده است (۲۲). در پژوهش پورکرد و ابوالقاسمی (۲۳) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۰ بدست آمد.

مهم‌ترین صفت منعکس‌کننده این دو سیستم به ترتیب اضطراب و تکانشگری (Impulsiveness) است (۷).

بسیاری از کودکان با اختلال‌های اضطرابی، مهارت‌های کمتری در تنظیم هیجان‌ها نشان می‌دهند (۸)، به طوری که این کودکان هیجان را بسیار شدیدتر تجربه کرده، نارساکنش‌وری در تنظیم هیجان نشان داده و دشواری بیشتری برای بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای برای اصلاح خُلق دارند (۹).

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخوان هیجان هستند که به صورت هشیار یا ناهشیار تلاش در تعدیل شدت یا نوع تجربه هیجانی یا خود واقعه دارند (۱۰) و استفاده از راهبردهای ناسازگارانه در تنظیم هیجان سبب بروز برخی آسیب‌های روانی مانند افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و خشونت می‌شود (۱۱).

تاکنون روش‌های متعددی برای درمان اختلال اضطراب به کار برده شده است، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد هر کدام از این روش‌های درمانی تنها تا حدی در درمان این اختلال موثرند (۱۲). در دهه اخیر رویکردی که در زمینه اختلال خلقی و اضطرابی خود را نشان داده، رویکرد طرحواره درمانی (Schema therapy) بوده است. مفهوم کلیدی این رویکرد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه است (۱۳). طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، هیجانی، رفتاری و بین‌فردی، بیماران را در چیرگی بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه این مدل روان‌درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (۱۴).

در پژوهشی رهبر کرباسدهی و همکاران (۱۴) نشان دادند که طرحواره درمانی می‌تواند بر بهبود تنظیم شناختی هیجان و نشانه‌های اضطراب موثر باشد و همچنین نتایج پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد که طرحواره درمانی می‌تواند در کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و تنظیم شناختی هیجان (۱۵ و ۱۶) و بازداری رفتاری (۱۲ و ۱۷) افراد تاثیر داشته باشد.

با توجه به شیوع بالای اختلال اضطرابی و ایجاد آسیب‌های متعددی در حوزه‌های شناختی، اجتماعی، خانوادگی و

ساختن طرحواره‌های روانشناختی، چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار و ویژگی‌های آنها می‌باشد. آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی با ارزیابی و مدل‌سازی رفتاری و با تشویق بیماران به ترک سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار، به تمرین رفتارهای مقابله‌ای موثر می‌پردازد تا بتوان از طریق تصویرسازی ذهنی شرایط دشوار به مقابله با رفتارهای مشکل‌ساز و موانع تغییر رفتار پردازد (۱۳). پس از اجرای پیش‌آزمون در هر دو گروه، گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه، ۲ روز در هفته، هر جلسه ۶۰ دقیقه درمان شدند، اما گروه گواه، درمانی دریافت نکرد و پس‌آزمون هم یک هفته بعد از اتمام درمان برای گروه آزمایش و گواه انجام شد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-P): این پرسشنامه خودگزارشی با ۳۶ گویه که توسط Garnefski و همکاران (۹) برای دامنه سنی بالاتر از ۱۲ سال ساخته و اعتباریابی شده، دو راهبرد سازگارانه (Adaptive) و ناسازگارانه (Maladaptive) را شامل می‌شود. Garnefski و همکاران (۹) ضریب آلفای کرونباخ آن را بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش کرده و در ایران نیز ضریب آلفای کرونباخ آن، ۰/۹۲ و میزان روایی این پرسشنامه در دامنه ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ گزارش شده است (۲۴).

معرفی برنامه مداخله‌ای: طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی بر پایه الگوی Young بر کلیه شرکت‌کنندگان گروه آزمایشی در جلسه‌های درمانی اجرا شد. هدف این تکنیک آشکار

جدول ۱. برنامه طرحواره درمانی گروهی برپایه الگوی یانگ

نشست	شرح جلسه
اول	توضیح مدل طرحواره به زبان ساده و شفاف، چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرحواره ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی و گستره آن، سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار
دوم	آموزش به بیمار درباره طرحواره‌ها، مفهوم‌سازی مشکل بیمار بر پایه رویکرد طرحواره محور و شناسایی حوزه‌های مختل طرحواره مربوط به بیماران، بررسی شواهد آشکار تأیید و طردکننده طرحواره‌ها بر پایه شواهد زندگی گذشته و کنونی بیمار
سوم	آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره
چهارم	آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی دیگر شامل ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیمار و برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط بیمار
پنجم	آموزش تکنیک‌های تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها
ششم	ارائه منطقی استفاده از تکنیک‌های تجربی، تصویرسازی ذهنی، مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره و شناسایی نیازهای هیجانی برآورده نشده و جنگیدن به علیه طرحواره‌ها در تراز عاطفی
هفتم	ایجاد فرصت برای بیمار برای شناسایی احساس نسبت به پدر و مادر و نیازهای برآورده نشده توسط آنها، کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با رخداد آسیب‌زا و فراهم کردن زمینه همیاری برای بیمار
هشتم	پیدا کردن راه‌های جدید برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی، تهیه فهرست فراگیری از رفتارهای مشکل‌ساز و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص کردن آماج‌های درمانی
نهم	تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از راه تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و انجام کارهای مرتبط با الگوهای رفتاری جدید، بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم.
دهم	غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

تعامل با آنها، دانش‌آموزانی که نمره بالاتر از ۱۶ در پرسشنامه اضطراب بک بدست آورده بودند، انتخاب و برپایه ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۱۳) مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و از میان آنها، ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. پیش از شروع درمان از والدین شرکت‌کنندگان

روش اجرا: قبل از اجرای پژوهش، طرح تحقیق در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت و با کد (IRCT20171223037998N1) مورد تأیید قرار گرفت و برای پژوهش نخست با گرفتن معرفی نامه از دانشگاه گیلان و مراجعه به اداره آموزش و پرورش، مجوز اجرای پژوهش از آموزش و پرورش گرفته شد و پس از مراجعه به مدرسه و

انحراف معیار متغیرهای سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و تنظیم شناختی هیجان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است. همچنین توزیع نرمال متغیرها با ارزیابی شاخص شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت که معنی‌دار نبوده و در نتیجه توزیع متغیرها نرمال می‌باشد ($P > 0/05$).

برای اجرای تحلیل کوواریانس یک متغیری ابتدا مفروضه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی مفروضه برابری واریانس گروه‌ها در متغیر وابسته، آزمون لوین بررسی و معلوم شد که مفروضه همگنی واریانس‌ها در سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و تنظیم شناختی هیجان برقرار است ($P > 0/05$).

رضایت‌نامه کتبی دریافت شد و به شرکت‌کنندگان اجازه داده شد تا در هر مرحله از پژوهش که بخواهند از روند اجرای برنامه خارج شوند. یک هفته پس از اجرای پیش‌آزمون، طرحواره درمانی در ۱۰ جلسه یک ساعته برای گروه آزمایش آغاز شد. در جریان درمان ۲ نفر (۱ نفر از گروه آزمایش و ۱ نفر از گروه گواه) از دانش‌آموزان به دلیل مشکلات شخصی از روند اجرای پژوهش خارج شدند و همچنین یک هفته پس از آموزش توسط پژوهشگر، پس‌آزمون از هر دو گروه (گروه آزمایش و گواه) گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر شرکت‌کنندگان در رده سنی ۱۵-۱۳ سال بودند و میانگین معدل آنها در مدرسه ۱۷/۴۸ و ۵۰ درصد (۱۴ نفر) فرزند اول، ۲۵ درصد (۷ نفر) فرزند دوم و ۲۵ درصد (۷ نفر) فرزند سوم خانواده بودند. در (جدول ۲) میانگین و

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	W	سطح معنی‌داری
سیستم فعال‌سازی رفتاری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۵۰	۲/۱۱	۰/۹۴	۰/۳۶
		گواه	۱۵/۹۹	۲/۱۵	۰/۸۹	۰/۲۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۲/۵۵	۲/۶۸	۰/۸۵	۰/۱۳
		گواه	۱۵/۳۲	۲/۷۶	۰/۹۳	۰/۱۸
سیستم بازداری رفتاری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹/۲۲	۳/۰۳	۰/۸۸	۰/۲۸
		گواه	۲۰/۳۴	۲/۹۰	۰/۸۶	۰/۱۲
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۱۸	۳/۸۰	۰/۹۱	۰/۲۲
		گواه	۱۹/۸۹	۳/۱۲	۰/۹۴	۰/۰۶
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۸/۰۳	۲/۲۵	۰/۹۰	۰/۳۳
		گواه	۳۷/۴۱	۲/۶۴	۰/۸۶	۰/۰۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۴۵/۶۳	۳/۰۲	۰/۷۰	۰/۲۲
		گواه	۳۶/۲۵	۲/۲۸	۰/۸۰	۰/۰۷
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	پیش‌آزمون	آزمایش	۴۶/۳۲	۲/۶۸	۰/۹۲	۰/۱۲
		گواه	۴۵/۴۱	۲/۲۸	۰/۸۳	۰/۱۵
	پس‌آزمون	آزمایش	۳۶/۰۸	۲/۱۳	۰/۸۶	۰/۱۰
		گواه	۴۴/۸۷	۲/۷۴	۰/۹۲	۰/۰۹

شاپیرو-ویلک: W

می‌توان نتیجه گرفت که شیب رگرسیون متغیرها در دو گروه برابر است. در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه نشان داده شده است. با توجه به میزان F و سطح معنی‌داری، بین دو گروه

در جدول ۳ نیز نتایج آزمون F برای بررسی مفروضه همگنی شیب رگرسیون متغیرهای مورد بررسی در گروه آزمایش و گواه گزارش شده است و همانطور که مشاهده می‌شود آماره F در هیچ یک از موارد دو گروه، معنی‌دار نیست. بنابراین

برای بررسی این که میانگین کدام یک از گروه‌ها در پس‌آزمون نمرات سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و تنظیم شناختی هیجان پس از تعدیل و کنترل نمره پیش‌آزمون بیشتر است، در جدول ۵ میانگین‌های تصحیح شده نشان داده شده است.

آزمایش و گواه در نمرات سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و تنظیم شناختی هیجان تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < 0/001$). به‌علاوه اندازه اثر (ضریب اتا) در متغیر سیستم فعال‌سازی رفتاری ۰/۹۶، سیستم بازداری رفتاری ۰/۶۸، راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان ۰/۸۱ و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان ۰/۷۶ می‌باشد.

جدول ۳. مفروضه همگنی شیب رگرسیون متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه آزمایش و گواه

مؤلفه	F	سطح معنی‌داری
سیستم فعال‌سازی رفتاری	۴۳۵/۹۱	۰/۱۱
سیستم بازداری رفتاری	۴۲۸/۲۱	۰/۰۹
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۵۴۷/۸۳	۰/۰۷
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۵۸۹/۸۳	۰/۰۶

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	مجموع مجذور	df	میانگین مجذور	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
سیستم فعال‌سازی رفتاری	۱۲۵/۶۶	۱	۱۲۵/۶۶	۱۳/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۹۱
سیستم بازداری رفتاری	۴۵۶/۳۴	۱	۴۵۶/۳۴	۳۷/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۲۲۵/۳۵	۱	۲۲۵/۳۵	۲۸/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	۵۲۸/۲۶	۱	۵۲۸/۲۶	۲۳/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار تصحیح شده متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌ها

متغیرهای وابسته	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	حدود اطمینان ۹۵٪ حد پایین	حد بالا
سیستم فعال‌سازی رفتاری	آزمایش	۱۶/۷۵	۳/۳۷	۱۱/۶۹	۲۲/۶۷
	گواه	۱۷/۱۴	۳/۱۳	۱۳/۲۹	۲۶/۲۸
سیستم بازداری رفتاری	آزمایش	۱۶/۰۱	۲/۸۱	۱۰/۶۸	۲۳/۳۶
	گواه	۱۸/۷۱	۲/۶۱	۱۲/۹۴	۲۸/۷۹
راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	۴۰/۱۶	۲/۰۶	۳۲/۱۰	۴۸/۶۵
	گواه	۳۶/۴۵	۲/۹۱	۲۹/۶۷	۴۲/۶۲
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان	آزمایش	۳۹/۲۶	۲/۸۲	۲۸/۸۶	۴۹/۷۸
	گواه	۴۴/۹۲	۳/۴۸	۳۷/۶۱	۵۲/۱۳

تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اضطراب موثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اضطراب انجام شد. بررسی نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر بهبود سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری

با توجه به جدول ۵، میانگین گروه آزمایش در راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان از میانگین گروه گواه در این متغیر بیشتر است و میانگین گروه آزمایش در سیستم فعال‌سازی رفتاری، سیستم بازداری رفتاری و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان از میانگین گروه گواه کمتر است که با توجه با آزمون F در جدول ۴، معنی‌دار است. بنابراین با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که طرحواره درمانی بر بهبود سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و

دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اضطراب موثر است ($P < 0/001$). نتایج پژوهش‌های De Klerk و همکاران (۱۷) و قادری و همکاران (۱۲) که از اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اضطراب حمایت کرده‌اند، با نتایج این پژوهش همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت سیستم فعال‌سازی رفتاری با زود انگیزگی و سیستم بازداری رفتاری با اضطراب مرتبط می‌باشد. بنابراین افرادی که فعالیت سیستم بازداری رفتاری در آنها بالا است، حساسیت زیادی به محرک‌های تنبیه‌کننده داشته و خیلی سریع‌تر محرک‌های تهدیدکننده را شناخته و پاسخ‌های اجتنابی از خود نشان می‌دهند، که این امر می‌تواند باعث شود افراد حساس به محرک‌های تنبیه‌کننده در موقعیت‌های مختلف خاصیت تهدیدکنندگی بیشتری نسبت به دیگران ادراک کرده و اضطراب حالت بیشتری از خود نشان دهند (۲۵).

پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که فعالیت افراطی سیستم بازداری رفتاری عامل خطر اختلال اضطرابی بوده و افراد دچار اختلال اضطرابی سطوح بالایی از بازداری رفتاری را گزارش می‌کنند (۷، ۲۵ و ۲۶). از آنجا که سیستم‌های مغزی رفتاری از جمله عوامل خلقی به شمار می‌آیند و عوامل خلقی هم در واقع شالوده ذاتی شخصیت را شکل داده و در تعیین واکنش‌های روان‌شناختی افراد نقش زیادی دارند، می‌توان گفت افرادی که به طور ژنتیکی حساسیت بالایی به محرک‌های تنبیه‌کننده داشته و در مقابل، حساسیت اندکی به محرک‌های پاداش‌دهنده نشان می‌دهند، ادراک تهدیدشدگی بیشتری از محرک‌های مختلف دارند و در صورت تشکیل این سازمان ادراکی، از بین بردن با محرک‌های تشویقی به خاطر فعالیت پایین سیستم وابستگی به پاداش در آنها دشوار است. لذا نتیجه چنین چرخه‌ای می‌تواند موجب بروز اضطراب در فرد باشد (۶). طرحواره درمانی با تاکید بر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و آموزش الگوهای رفتاری صحیح موجب می‌شود که دوری‌گزینی افراد از جمع و کناره‌گیری از مردم پیرامون خویش و همچنین داشتن احساس منفی در ارتباط‌های

اجتماعی روزمره کاهش یابد و نیز با درمان طرحواره‌های ناسازگار باعث بهبود سیستم بازداری رفتاری می‌شود (۱۳).

همچنین، نتایج این پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی گروهی می‌تواند بر بهبود تنظیم شناختی هیجان این دانش‌آموزان موثر باشد ($P < 0/001$). نتایج پژوهش‌های Baljé و همکاران (۱۵)، رهبر کرباسدهی و همکاران (۱۴) و قادری و همکاران (۱۶) که از اثربخشی طرحواره درمانی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دختر دارای نشانه‌های اضطراب حمایت کرده است، با نتایج این پژوهش همسو است.

در راستای تبیین اثربخشی این برنامه درمانی بر افزایش استفاده از راهبردهای شناختی سازگارانه تنظیم هیجان می‌توان گفت تنظیم هیجان، عاملی مهم و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کنش‌وری اثربخش است (۱۱). استفاده از راهبردهای سازگارانه برای تنظیم هیجان‌ات در تعدیل استرس ادراکی موثر است. از آنجایی که پژوهش‌ها گویای استفاده گسترده کودکان با اختلال‌های اضطرابی از راهبردهای مقابله‌ای سازش‌نیافته است که خود مانع گسترش خزانه مقابله‌ای کودکان و زمینه بروز مشکلات روان‌شناختی نظیر اضطراب می‌شود (۱۲).

بررسی‌های مختلف نشان داده‌اند، افراد دارای نشانه‌های اضطراب به دلیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان مانند سرزنش خود و نشخوارگری استفاده کرده و این مسئله منجر به اضطراب مضاعف در آنها می‌گردد و در واقع طرحواره درمانی با تنظیم شناختی هیجان‌ات، منجر به کاهش طرحواره‌های ناسازگار شده است (۱۴ و ۱۵).

طرحواره درمانی با تاکید بر تغییر سبک مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین شیوه اثرگذاری آنها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، فرصتی را برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فراهم آورده است (۱۶).

چون تاکید عمده طرحواره درمانی بر برانگیختگی است و استفاده از روش‌های تجربی و هیجانی بخش بزرگ‌تری از این

همچنین اعضای گروه یاد می‌گیرند که به جای کناره‌گیری از برانگیختگی، به ابراز همدلی و برآوردن نیازهای عاطفی خود در گروه بپردازند (۱۶).

از محدودیت‌های این پژوهش، شیوه نمونه‌گیری در دسترس در مرحله اولیه نمونه‌گیری، استفاده از پرسشنامه خودگزارشی و عدم استفاده از پرسشنامه‌های هم‌عرض برای ارزیابی صحت اطلاعات حاصله و عدم امکان پیگیری نتایج، بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از شیوه نمونه‌گیری تصادفی و از پرسشنامه‌های هم‌عرض فرم معلم یا والد جهت اطمینان از صحت اطلاعات استفاده گردد و همچنین در صورت امکان از پیگیری ۳ تا ۶ ماهه استفاده شود تا ماندگاری تأثیر این یافته‌ها در درازمدت نیز بررسی شود. در پایان با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگران برای بهبود سیستم‌های فعال‌سازی/بازداری رفتاری و تنظیم شناختی هیجان در دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اضطراب به تدوین تکنیک‌های طرحواره درمانی برای این افراد در مدرسه بپردازند. نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

درمان را در بر می‌گیرد، بنابراین به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کند تا فرد نسبت به هیجان‌های خود آگاهی یافته، آنها را پذیرفته و بهتر بتواند هیجانات خود را تنظیم کند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی دوباره هیجانی، یادگیری جدید، تنظیم عاطفه بین‌فردی و نیز خود آرامش‌دهی، زمینه را برای استفاده درست از راهبردهای سازگارانه‌تر تنظیم هیجانات فراهم سازد (۱۳).

شواهد متعدد نشان می‌دهد که گرچه طرحواره درمانی در اصل به صورت فردی هماهنگ شده، ولی وجود عوامل گروهی، فعال‌سازی روش‌های طرحواره درمانی را تسهیل کرده و آثار جبرانی مهمی بر طرحواره‌های مرکزی پیش از طرد و بریدگی، گوشه‌گیری اجتماعی، بدگمانی و محرومیت هیجانی دارد (۱۳). در واقع به دلیل ایجاد پیوند و واکنش نزدیک بین اعضای گروه، امکان مواجهه واقعی و مرتبط ساختن تجارب اولیه با فرایندهای طرحواره‌ای اینجاست و اکنون در محیط حمایت‌گرانه نیز افزایش یافته و از بسوی دیگر با افزایش فرصت‌های یادگیری جانشینی، حس خودکارآمدی و خطرپذیری اعضا برای رفتار جدید نیز تقویت می‌شود؛

منابع

1. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence and incidence studies of anxiety disorders: A systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2006; 51(2): 100-113.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th Edition. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013: 189-233.
3. Matin A. Treatment of childhood anxiety disorders. *Exceptional Education* 2010; 93: 24-34. [Text in Persian]
4. Zeighami Mohammadi S, Tajvidi M. Relationship between spiritual well-being with hopelessness and social skills in Beta-thalassemia major adolescents (2010). *Mod Care J* 2011; 8(3): 116-124. [Text in Persian]
5. Spain D, Spain D, Sin J, Sin J, Harwood L, Harwood L, et al. Cognitive behaviour therapy for social anxiety in autism spectrum disorder: A systematic review. *Advances in Autism* 2017; 3(1): 34-46.
6. Kimbrel NA, Mitchell JT, Nelson-Gray RO. An examination of the relationship between behavioral approach system (BAS) sensitivity and social interaction anxiety. *J Anxiety Disord* 2010; 24(3): 372-378.
7. Quilty LC, Oakman JM, Farvolden P. Behavioural inhibition, behavioural activation, and the preference for familiarity. *Pers Individ Dif* 2007; 42(2): 291-303.
8. Cisler JM, Olatunji BO, Feldner MT, Forsyth JP. Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *J Psychopathol Behav Assess* 2010; 32(1): 68-82.
9. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Pers Individ Dif* 2001; 30(8): 1311-1327.
10. Samimi, Z., Hassani, J. The effectiveness of emotional working memory training in cognitive emotion regulation strategies of adolescents with post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology Studies* 2016; 6(23): 113-132. [Text in Persian]
11. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif* 2005; 39(7): 1249-1260.
12. Ghaderi F, Kalantari M, Mehrabi H. Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduce of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies* 2016; 6(24): 1-28. [Text in Persian]

13. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2006.
14. Rahbar Karbasdehi E, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential anxiety in patients with congestive heart failure. *J Contemp Psychother* 2018; 48(4): 233-239.
15. Baljé A, Greeven A, Van Giezen A, Korrelboom K, Arntz A, Spinhoven P. Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016; 17(1): 1-13.
16. Ghaderi F, Kalantari M, Mehrabi H. The effectiveness of group schema therapy on cognitive emotion regulation strategies in students with social anxiety disorder symptoms. *Journal of Behavioral Sciences* 2015; 9(2): 139-146. [Text in Persian]
17. De Klerk N, Abma TA, Bamelis LL, Arntz A. Schema therapy for personality disorders: A qualitative study of patients' and therapists' perspectives. *Behav Cogn Psychother* 2017; 45(1): 31-45.
18. Podell JL, Mychailyszyn M, Edmunds J, Puleo CM, Kendall PC. The coping cat program for anxious youth: The FEAR plan comes to life. *Cogn Behav Pract* 2010; 17(2): 132-141.
19. Beck AT, Steer RA. The beck anxiety inventory manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
20. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the persian version of beck anxiety inventory (BAI). *Tehran Univ Med J* 2008; 66(2): 136-140. [Text in Persian]
21. Franken IH, Muris P, Rassin E. Psychometric properties of the dutch BIS/BAS scales. *J Psychopathol Behav Assess* 2005; 27(1): 25-30.
22. Pardo Y, Aguilar R, Molinuevo B, Torrubia R. Alcohol use as a behavioural sign of disinhibition: Evidence from JA gray's model of personality. *Addict Behav* 2007; 32(10): 2398-2403.
23. Poorkord M, Abolghasemi, A. The relationship between impulsivity and behavioral inhibition and behavioral activation systems with a tendency to substance abuse in adolescents. *Health Psychology* 2014; 2(6): 5-17. [Text in Persian]
24. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology* 2010; 2(3): 73-84. [Text in Persian]
25. Basharpour S, Mozaffari SS. The role of behavioral activation/inhibition systems in prediction of the state/trait anxiety in high school students. *Journal of School Psychology* 2015; 3(4): 22-36. [Text in Persian]
26. Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *J Clin Psychol* 2006; 62(4): 445-458.

The Effectiveness of Group Schema Therapy on Behavioral Activation/ Inhibition Systems and Cognitive Emotion Regulation in Female Students With Anxiety Symptoms

Rahbar Taramsari M (MD)¹- Keshavarz P (PhD)²- Abolghasemi A (PhD)³- *Rahbar Karbasdehi E (MA Stu)³- Rahbar Karbasdehi F (PhD Stu)³

*Corresponding Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.

Email: Ebrahim.Rahbar74@gmail.com

Received: 20/Dec/2017 Revised: 09/Jun/2018 Accepted: 23/Jul/2018

Abstract

Introduction: Students with anxiety symptoms are faced with various physical and psychological stressful factors which leads to decreasing quality of life. Considering the relationship between behavioral activation/ inhibition systems and cognitive emotion regulation with early maladaptive schemas, one of the methods capable of assisting the students with anxiety symptoms is schema therapy.

Objective: To determine the effectiveness of group schema therapy on behavioral activation/ inhibition systems and cognitive emotion regulation in female students with anxiety symptoms.

Materials and Methods: This study is an experimental with pre-test/post-test and a control group. The sample consisted of 28 guidance school students with anxiety symptoms in Rasht city in the school year 2016-2017. Based on the Beck Anxiety Inventory(1990) and the diagnostic and statistical manual of mental disorders(2013) criteria, the study participants were identified and assigned to two experimental and control groups. To collect data, Behavioral Activation/ Inhibition Scale(2005) and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire(2001) were used before and after treatment. 10 sessions of Young schema therapy were implemented for experimental group.

Results: The results of multivariate analysis of covariance showed that group schema therapy improved behavioral activation/ inhibition systems and cognitive emotion regulation in the students with anxiety symptoms ($P<0.001$).

Conclusion: According to the findings of the research, schema therapy can be used to cope with students' anxiety symptoms and improve cognitive emotional regulation.

Conflict of interest: non declared

Key words: Anxiety\ Emotions\ Inhibition\ Social Control, Formal

Journal of Guilan University of Medical Sciences, No: 108, Pages: 62-70

Please cite this article as: Rahbar Taramsari M, Keshavarz P, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi E, Rahbar Karbasdehi F. The Effectiveness of Group Schema Therapy on Behavioral Activation/ Inhibition Systems and Cognitive Emotion Regulation in Female Students With Anxiety Symptoms. J of Guilan University of Med Sci 2019; 27(108):62-70. [Text in Persian]

1. Department of Forensic Medicine, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

2. Department of Genetics, School of Medicine, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.

3. Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.