

Research Paper

Effect of Schema Therapy on Using Adaptive and Maladaptive Cognitive-Emotion Regulation Strategies in People With HIV



Maryamsadat Mostafa¹, *Mastooreh Sedaghat², Shahrokh Makvand Hosaini³, SeyedAhmad SeyedAlinaghi⁴

1. PhD Student, Department of Psychology, Semnan Branch, Islamic Azad University, Semnan, Iran.
2. Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
3. Department of clinical Psychology, Faculty of Psychology and Education, Semnan University, Semnan, Iran.
4. Iranian Research Center for HIV/AIDS (IRCHA), Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran.



Citation Mostafa MS, Sedaghat M, Makvand Hosaini SH, SeyedAlinaghi SA. [Effect of Schema Therapy on Using Adaptive and Maladaptive Cognitive-Emotion Regulation Strategies in People With HIV (Persian)]. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2024; 32(4):334-349. <https://doi.org/10.32598/JGUMS.32.4.2115.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JGUMS.32.4.2115.1>

Received: 04 Mar 2023

Accepted: 19 Sep 2023

Available Online: 01 Jan 2024

ABSTRACT

Background The human immunodeficiency virus (HIV) infection is important because it can cause stigma and psychological, family, and social problems in affected people.

Objective This study aims to investigate the effect of schema therapy on adaptive and maladaptive strategies of cognitive-emotion regulation in people with HIV.

Methods This is an interventional study with a pretest-posttest design. Thirty people with HIV were selected by a convenience sampling method and randomly divided into two groups of intervention and control. Garnefski et al.'s cognitive-emotion regulation questionnaire - short form (CERQ-SF) was used to collect data. The intervention group received 10 two-hour sessions of group treatment based on Young's schema therapy model. The data analysis was performed in SPSS software, version 26 using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and analysis of covariance (ANCOVA). The significance level was set at 0.05.

Results The results ANCOVA showed that group schema therapy affected the use of adaptive strategies (acceptance, positive refocusing, refocusing on planning, positive reappraisal, and putting into perspective) and maladaptive strategies (self-blame and catastrophizing), ($P < 0.001$). However, it had no significant effect on other-blame ($P = 0.033$) and rumination ($P = 0.102$).

Conclusion Schema therapy can increase the use of adaptive strategies and reduce the use of maladaptive strategies (self-blame and catastrophizing) of cognitive-emotion regulation in people with HIV.

Keywords:

Schema Therapy,
Cognitive-Emotion
Regulation, Human
Immunodeficiency
Virus, HIV

*** Corresponding Author:**

Mastooreh Sedaghat

Address: Department of Psychology, South Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Tel: +98 (912) 2957613

E-Mail: m_sedaghat@azad.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s);
This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>),
which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

Extended Abstract

Introduction

Human immunodeficiency virus (HIV) infection can affect all mental, social, physical, and spiritual aspects of life, and can cause fear among affected people [1]. Therefore, the assessment of psychological, family, and social problems in these people is very important [2]. Recent studies have focused on the role of cognitive skills in people with chronic diseases, including HIV, and believe that weakness in these skills can have devastating effects on treatment, quality of life, mental health, and adaptation to these diseases [3]. In this regard, emotion regulation has been considered important for the treatment of mental pathology and some physical pathology cases [4]. A study showed that people with HIV experience high emotional distress [5].

Schema therapy has a positive effect on cognitive emotion regulation strategies [6-8]. The first goal of this intervention is psychological awareness and conscious control over schemas, while its ultimate goal is to improve schemas and coping styles [7]. The present study aims to examine the effect of schema therapy on the cognitive emotion regulation of people with HIV.

Methods

This is an interventional study with a pretest-posttest design. The study population was all people with HIV referred to the behavioral disorders counseling center of **Imam Khomeini Hospital** in Tehran, Iran in 2019-2020. Of these, 30 patients were selected using a convenience sampling method and randomly divided into two groups of 15: Intervention and control. Before the intervention, the short form Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-SF) was completed by all participants. Then, the intervention group received group schema therapy at ten sessions of 120 minutes (two sessions per week). At the end of the intervention, both groups completed the CERQ-SF again. The CERQ-SF was developed by Garnefski et al. [24] and has 36 items and 9 subscales, including self-blame, other-blame, rumination, catastrophizing, putting into perspective, positive refocusing, positive appraisal, acceptance, and refocusing on planning. The scoring is from 1 (almost never) to 5 (almost always). Each subscale contains 4 items. The score of each subscale ranges from 4 to 20. The higher score shows more frequent use of cognitive emotion regulation strategies. Garnefski et al. [24] reported a Cronbach's alpha ranging from 0.62 to 0.80 for the CERQ-SF [9]. In the current study, it was at a range

of 0.71 to 0.89. The data analysis was performed in SPSS software version 26 using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation) and analysis of covariance (ANCOVA).

Results

Most of participants in both groups were male with diploma. Their age range was 26-50 years. Chi-square test was used to investigate the difference between the groups in terms of gender, education level and age, whose results indicated the homogeneity of the groups (Table 1).

Before analyzing the data by ANCOVA, Shapiro-Wilk test was used to check the normality of the data distribution, whose results showed that it was normal ($P>0.05$). To check the homogeneity of the variances, Levene's test was used whose results showed that the assumption was met ($P>0.05$). The assumption of the homogeneity of the regression slope was also confirmed ($P>0.05$).

Table 2 shows the results of ANCOVA that was used to examine the difference between the two groups. There was a significant difference between the groups in the scores of CERQ-SF components ($P<0.001$), except for the components of other-blame and rumination ($P=0.033$ and $P=0.102$, respectively). Therefore, schema therapy had an effect on adaptive and maladaptive strategies of cognitive-emotional regulation in people with HIV, except for other-blame and rumination strategies.

Conclusion

The purpose of this study was to investigate the effect of schema therapy on adaptive and maladaptive cognitive-emotional regulation strategies in people with HIV. Adaptive emotional regulation strategies make people evaluate the consequences of their illness with a different perspective and have a positive outlook to their illness which causes the patient to experience less discomfort and psychological distress and cope with the disease more easily and try to improve quality of life [10].

Schema therapy can play a substantial role in reducing negative behaviors and increasing positive behaviors by informing the person about positive and negative emotions, resulting in acceptance and expression of them [8].

The results showed that schema therapy improved the cognitive-emotional regulation of these patients. It could increase the use of adaptive strategies (putting into perspective, positive refocusing, positive reappraisal, accep-

Table 1. Frequency distribution of statistical sample individuals based on demographic information and for each group separately

Variables		No. (%)		P*
		Intervention	Control	
Sex	Male	8(53.3)	8(53.3)	1
	Female	7(46.7)	7(46.7)	
Educational level	High school	5(33.3)	4(26.7)	0.71
	Diploma	10(66.7)	11(73.3)	
Age (y)	26-30	0(0)	1(6.7)	0.79
	31-35	4(26.7)	3(20)	
	36-40	3(20)	2(13.3)	
	41-45	7(46.7)	7(46.7)	
	46-50	1(6.7)	2(13.3)	

* Chi-square test

Journal of
Guilan University of Medical Sciences**Table 2.** Results of univariate ANCOVA for the components of cognitive-emotion regulation in the post-test phase

Components	Sum of squares	df	Mean square	F	P	Effect size
Refocusing on planning	63.91	1	63.91	15.94	0.001	0.41
Positive refocusing	108.06	1	108.06	17.78	0.001	0.44
Positive reappraisal	183.61	1	183.61	38.58	0.001	0.630
Putting into perspective	110.31	1	31.110	17.44	0.001	43
Acceptance	111.93	1	111.93	50.49	0.001	0.69
Self-blame	95.220	1	95.220	46.72	0.001	66.0
Other-blame	88.3	1	88.3	5.12	0.033	0.18
Rumination	10.26	1	10.26	90.2	0.102	0.11
Catastrophizing	239.55	1	239.55	88.37	0.001	610

Journal of
Guilan University of Medical Sciences

tance, and refocusing on planning) and reduce the use of maladaptive strategies (self-blame, catastrophizing). In this study, schema therapy did not have a significant effect on the use of other-blame and rumination strategies in people with HIV. These people blame others for contracting HIV and are unable to manage their behavior and feelings which can cause discomfort, stress, hostility, and finally intensify other-blame and rumination [10].

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

Ethical principles were observed by obtaining informed consent from the participants and keeping their information confidential. This study was approved by the Ethics Committee of [Islamic Azad University, Semnan Branch](#) (Code: IR.IAU.SEMNAN.REC.1399.007).

Funding

This research did not receive any funding from any organizations in the public, commercial or non-profit sectors.

Authors' contributions

Study concept and design: Maryam Sadat Mostafa and Mastooreh Sedaghat; Critical revision, study supervision: Maryam Sadat Mostafa, Mastooreh Sedaghat, Seyed Ahmad Seyed Alinaghi; Statistical analysis: Maryam Sadat Mostafa and Seyed Ahmad Seyed Alinaghi; initial draft preparation and acquisition, analysis, or interpretation of data: All authors.

Conflicts of interest

The authors declare that there is no conflict of interest.

Acknowledgements

The authors would like to thank the staff of the Behavioral Disorders Counseling Center of [Imam Khomeini Hospital](#) in Tehran and all the people participated in this study for their cooperation.

This Page Intentionally Left Blank



مقاله پژوهشی

اثربخشی طرح‌واره درمانی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار نظم‌جویی شناختی هیجانی در افراد مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)

مریم‌سادات مصطفی^۱، مستوره صداقت^۲، شاهرخ مکوند حسینی^۳، سید احمد سید علی‌نقی^۴

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

۲. گروه روانشناسی، واحد تهران جنوب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۳. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۴. مرکز تحقیقات ایدز ایران، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.



Citation Mostafa MS, Sedaghat M, Makvand Hosaini SH, SeyedAlinaghi SA. [The Effectiveness of Schema Therapy on Adaptive and Maladaptive Cognitive-Emotional Regulation Strategies Among People Living With HIV (PLWH) (Persian)]. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2024; 32(4):334-349. <https://doi.org/10.32598/JGUMS.32.4.2115.1>

doi <https://doi.org/10.32598/JGUMS.32.4.2115.1>

چکیده

تاریخ دریافت: ۱۳ اسفند ۱۴۰۱

تاریخ پذیرش: ۲۸ شهریور ۱۴۰۲

تاریخ انتشار: ۱۱ دی ۱۴۰۲

زمینه و پرسش: ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) به دلیل معضلات اجتماعی و برجستگی که مبتلایان گرفتار آن می‌شوند، حائز اهمیت است و شیوع انواع مشکلات روانی، خانوادگی و اجتماعی در افراد مبتلا قابل مشاهده می‌باشد.

هدف: پژوهش حاضر به منظور ارتقاء سلامت روان، بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجانی افراد مبتلا به HIV بود.

روش‌ها: این مطالعه پژوهش مداخله‌ای از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل می‌باشد. ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه، آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و همکاران (CERQ-SF) استفاده شد. افراد گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش طرح‌واره درمانی گروهی با مدل طرح‌واره درمانی یانگ قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها، میانگین و انحراف معیار و تحلیل کواریانس با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و سطح معناداری ($P < 0.05$) انجام شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد، طرح‌واره درمانی گروهی بر میزان مؤلفه‌های راهبردهای سازگار (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامهریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه وسیع‌تر) و مؤلفه‌های راهبردهای ناسازگار (سرزنش خود و تلقی فاجعه‌آمیز) تأثیر داشته ($P < 0.001$)، اما بر میزان مؤلفه‌های سرزنش دیگران، $P = 0.033$ و نشخوار فکری، $P = 0.102$ تأثیر نداشته است.

نتیجه‌گیری: طرح‌واره درمانی موجب افزایش به کارگیری راهبردهای سازگار و کاهش راهبردهای ناسازگار شناختی هیجانی (سرزنش خود و تلقی فاجعه‌آمیز) افراد مبتلا به HIV شد.

کلیدواژه‌ها:

طرح‌واره درمانی، تنظیم شناختی هیجانی، ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)

* نویسنده مسئول:

مستوره صداقت

نشانی: تهران، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران جنوب، گروه روانشناسی.

تلفن: ۲۹۵۷۶۱۳ (۹۱۲) ۹۸+

رایانامه: m_sedaghat@azad.ac.ir



Copyright © 2024 The Author(s);

This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (CC-BY-NC: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/legalcode.en>), which permits use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited and is not used for commercial purposes.

مقدمه

در راستای شناسایی و استفاده از راهبردهای درمانی مؤثر در زمینه کمک به کاهش آسیب‌های روانی-اجتماعی در بیماران مبتلا به HIV، به نظر می‌رسد طرح‌واره درمانی می‌تواند یک مداخله اثربخش در این زمینه باشد [۱۰]. عوارض روانی-اجتماعی ناشی از این بیماری فشار روانی بسیاری را بر بیماران تحمیل می‌کند و می‌تواند آن‌ها را در شرایط ناتوان‌کننده و آزاردهنده‌ای قرار دهد که موجب ضعف روانی و کاهش ظرفیت درونی و در نتیجه بروز و تشدید طرح‌واره‌های ناسازگار در ذهن این بیماران شود [۱۱].

هدف اولیه این مدل روان درمانی، ایجاد آگاهی روان‌شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرح‌واره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است [۱۲]. مطالعات گذشته نشان می‌دهد این رویکرد درمانی در بهبود اضطراب، افسردگی، خودکارآمدی، اختلالات شخصیت، کیفیت زندگی، سازگاری با بیماری و سلامت روان در افراد و گروه‌های مختلف اثربخشی معنادار داشته است [۱۳، ۱۴].

از نظر یانگ و همکاران، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شامل باورها و الگوهای ثابتی است که از دوران کودکی و نوجوانی به وجود آمده است و تا بزرگسالی ادامه می‌یابد. این باورها در مقابل تغییر، مقاومت زیادی از خود نشان می‌دهند و فرد از طریق باورهای پیش‌گفت به دنیای اطراف می‌نگرد. این باورهای بنیادین درباره خود، دیگران و محیط به‌طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه به‌خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرد [۱۵]. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تا میزان زیادی ناکارآمد هستند. به عبارتی، الگوهای هیجانی و شناختی هستند که در اوایل زندگی شکل می‌گیرند و در سراسر طول زندگی تکرار می‌شوند [۱۶]. جفری یانگ، ۱۸ طرح‌واره ناسازگار اولیه را بیان می‌کند که عبارت است از: ره‌اشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بد رفتاری، نقص/شرم، محرومیت هیجانی، خویش‌نماداری/خودانضباطی ناکافی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، وابستگی/بی‌کفایتی، شکست، آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری، خویش‌نماد تحول نیافته/گرفتار، اطاعت، ایثارگری، بازدارنده هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، استحقاق/بزرگ‌منشی، پذیرش جویی/جلب توجه، منفی‌گرایی/بدبینی و تنبیه [۱۷].

جفری یانگ و همکاران با یکپارچه‌سازی اصول و مبانی رویکردهای شناختی، رفتاری، گشتالت و دلبستگی، سازنده‌گرایی و روابط شیء، مدل درمانی ارزشمندی ایجاد کردند که طرح‌واره درمانی گفته می‌شود؛ همچنین چهارچوب نظری استفاده‌شده در آن، جهت درمان بیماران مبتلا به اختلالات شخصیت، مسائل شخصیت‌شناختی، اختلالات مزمن و انواع دیگر مشکلات فردی و زوج به کار می‌رود [۱۸]. طرح‌واره درمانی برنامه منسجمی برای ارزیابی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌سازد. ابتدا سنجش و آموزش است که به شناسایی طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای فرد و ریشه‌های تحولی آن‌ها در دوران کودکی می‌پردازد و مدل طرح‌واره‌ها را به فرد آموزش می‌دهد؛ دوم تغییر است که

ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV)^۱ بر تمام جنبه‌های زندگی اعم از روانی، اجتماعی، جسمی و معنوی تأثیر می‌گذارد و موجب ترس از زندگی می‌شود [۱]. ابتلا به این ویروس موجب از دست دادن موقعیت اجتماعی، اقتصادی و اشتغال می‌شود. بنابراین ارزیابی مشکلات روانی، خانوادگی و اجتماعی در این افراد در کنار مسائل درمانی آن‌ها بسیار حائز اهمیت است [۲].

پژوهش‌های اخیر در حیطه روان‌شناسی سلامت به نقش توانمندی شناختی افراد در سازگاری با بیماری‌های مزمن از جمله بیماران مبتلا به نقص ایمنی انسانی (HIV) توجه کردند و معتقدند که ضعف در این توانایی‌ها می‌تواند موجب پیامدهای مخربی در روند درمان، کیفیت زندگی، سلامت روان و سازگاری با این بیماری‌ها شود [۳]. تنظیم هیجان به‌عنوان یک فرایند مهم در پژوهش و درمان آسیب‌شناسی روانی و برخی حالات آسیب‌شناسی جسمانی مورد توجه قرار گرفته است [۴]. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به HIV آشفتگی هیجانی زیادی را تجربه می‌کنند [۵]. تنظیم هیجان^۲ از جمله عوامل روان‌شناختی است که در بیماران مبتلا به HIV می‌تواند به‌عنوان یک عاملی کلیدی در جهت مقابله مؤثر در برابر هیجانات تنش‌زای ناشی از بیماری و پیامدهای آن مطرح باشد [۶].

درواقع تنظیم هیجان به توانایی درک هیجان‌ها، تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها اشاره می‌کند و فرض بر این است که یکی از عوامل اساسی بهزیستی و کنش‌وری موفق بوده و نقش مهمی در سازگاری با وقایع استرس‌زای زندگی ایفا می‌کند [۷]. راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا اطلاق می‌شود. نظم‌دهی هیجان، فرایند درونی و تبدیلی است که فرد از طریق آن هیجان‌های جاری خود را به‌صورت هوشیار یا ناهوشیار مدیریت و مهار می‌کند و به این وسیله حالت یا برانگیختگی خود را نظم می‌دهد [۸]. نظم‌دهی هیجان مسئول نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های فرد است و به فرد در دستیابی به اهدافش یاری می‌کند. راهکارهای شناختی برای تنظیم هیجان در مواجهه با شرایط ناگوار عبارت‌اند از: سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوارگری، تلقی فاجعه‌آمیز، دیدگاه وسیع‌تر، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت، پذیرش شرایط و برنامه‌ریزی کردن [۸]. راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان مانند سرزنش خود، فاجعه‌سازی، سرزنش دیگران و سرکوب فکر تأثیر مخربی بر سلامت روان و کیفیت زندگی دارد و با نابسامانی هیجانی مانند افسردگی، اضطراب، خشم و پر خاشاگری همراه است [۹].

1. Human Immunodeficiency Virus (HIV)
2. Emotion Regulation

جدول ۱. خلاصه ساختار و محتوای جلسات طرح‌واره‌درمانی گروهی براساس الگوی یانگ و همکاران [۱۵]

جلسه	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی کلی، اخذ رضایت آگاهانه، شرح کلی درمان، ایجاد یک رابطه متقابل توأم با امنیت، اهمیت روابط بین‌فردی و اجتماعی و همدمی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی	ارائه دو پرسش‌نامه طرح‌واره و سبک‌های فرزندپروری به مراجع
دوم	آشنایی با مفهوم طرح‌واره، انواع طرح‌واره‌ها و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، آموزش رویکرد طرح‌واره محور بر مبنای ۵ نیاز اساسی: دلبستگی ایمن به دیگران، خودگردانی، هویت و کفایت، آزادی در بیان نیازها و هیجانات سالم و تفریح	ارائه دو پرسش‌نامه سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت به مراجع
سوم	شناسایی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و توضیح در مورد تأثیر آن‌ها بر روی زندگی و شاخص‌های سلامتی، تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه مرتبط با مشکل فعلی	تعیین فهرست جامعی از رفتارهایی که باید تغییر کنند.
چهارم	ارزیابی ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای، ارائه منطق تکنیک‌های شناختی جهت بی‌اعتبارسازی طرح‌واره‌های غالب و تمرین از شواهد تأییدکننده طرح‌واره	تکمیل ثبت روزانه رفتارهای ناکارآمد.
پنجم	اجرای تکنیک‌های شناختی، برقراری گفت‌وگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره به منظور روشن‌شدن خواسته طرح‌واره و آموزش و تدوین ساخت کارت‌های آموزشی	تکمیل فرم ثبت طرح‌واره و ارائه تکلیف و بازخورد
ششم	ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل‌سازترین رفتار	تمرین تکنیک‌ها
هفتم	ارائه منطق تکنیک‌های تجربی، آشناسازی مراجع با ذهنیت کودک تنها، کاوش ریشه‌های تحولی ذهنیت‌ها با به‌کارگیری تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و تقویت مفهوم «بزرگسال سالم»	نوشتن نامه و گفت‌وگوی خیالی با والدین، شناسایی نیازهای هیجانی ارضاء‌نشده
هشتم	آموزش مذاکره بین ذهنیت‌ها و ایجاد فضای توجه مثبت بدون قید و شرط، آموزش آرامش‌آموزی، جرات‌ورزی و کنترل خشم	غلبه بر موانع تغییر رفتار
نهم	پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست‌برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی	تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و انجام الگوی رفتارهای جدید
دهم	دریافت بازخورد از جلسات قبل، آموزش جایگزینی طرح‌واره‌های مثبت، جمع‌بندی مهارت‌ها، تشکر، خلاصه‌ای و ختم جلسات درمانی	تکمیل مجدد پرسش‌نامه‌های پژوهش

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان

خود نشان دادند طرح‌واره درمانی تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دارد [۲۰]. معصومی‌تبار و همکاران در پژوهشی نشان دادند گروه درمانی مبتنی بر طرح‌واره درمانی هیجانی موجب افزایش رضایت زناشویی و تنظیم هیجان و مؤلفه‌های آن در زوجین می‌شود [۲۱]. دیکلرک و همکاران نیز در پژوهشی دریافتند، طرح‌واره درمانی موجب کاهش حالات هیجانی ناسازگار، تقویت حالات عاطفی سالم، افزایش توانایی برای درخواست کمک و کاهش خطر خشونت در مجرمان دارای ناتوانی ذهنی شده است [۱۰]. پژوهش همتی ثابت و همکاران نیز نشان داد رویکرد طرح‌واره درمانی اثربخشی بیشتری نسبت به رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی بر ابعاد مزاج، شخصیت و تنظیم شناختی هیجانی در بیماران مبتلا به HIV داشته است [۲۲].

باتوجه به میزان بالای استرس و هیجانات منفی که عمدتاً افراد دارای HIV تجربه می‌کنند و از آنجایی که وضعیت شناختی و هیجانی می‌تواند نقش مهم و تأثیرگذاری بر روند سازگاری در بیماران مبتلا به HIV داشته باشد؛ پژوهش حاضر با هدف ارتقاء سلامت روان، تأثیر طرح‌واره درمانی بر تنظیم شناختی و هیجانی این افراد را مورد بررسی قرار داد.

از تکنیک‌های شناختی (آزمون واقعیت و باز تعبیر)، تکنیک‌های تجربی (تصویرسازی و گفت‌وگو با والدین)، تکنیک‌های بین فردی (رابطه درمانی برای میسر ساختن باز والدینی حدودمرزدار) و شکستن الگوهای رفتاری (برای تغییر الگوهای رفتاری) استفاده می‌شود [۱۷].

مطالعات انجام‌شده در این زمینه نشان داد طرح‌واره درمانی بر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تأثیر مثبت دارد. فرمانی و همکاران در مطالعه خود نشان دادند، باتوجه به ابعاد روان‌شناختی مرتبط در افراد مبتلا به HIV، کمک به بیماران در جهت بهبود راهبردهای تنظیم هیجان و اصلاح طرح‌واره‌های هیجانی ناکارآمد آن‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار است [۱۱]. شیدایی و همکاران طرح‌واره درمانی را بر کاهش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بیماران HIV با سابقه رفتارهای پرخطر تزریقی و جنسی مؤثر دانستند و نشان دادند طرح‌واره درمانی گروهی موجب کاهش مشکلات درون فردی و بین فردی افراد پیش گفت شده است [۱۸].

سیدعلی نقی و همکاران هم در پژوهش خود دریافتند وجود طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی پایین و رفتارهای خودمراقبتی ضعیف در عدم تنظیم هیجانات بیماران مبتلا به HIV نقش اساسی دارد و میزان گرایش به ادامه درمان را در آن‌ها کاهش می‌دهد [۱۹]. سید آسیابان و همکاران در پژوهش

روش‌ها

فرم کوتاه نسخه فارسی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان دارای اعتبار مطلوبی است. افزون بر این تحلیل مؤلفه‌های اصلی ضمن تبیین ۷۵ درصد واریانس، الگوی ۹ عاملی اصلی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجانی را مورد حمایت قرار داد. همچنین همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها به نسبت بالا بود [۲۵].

روش اجرا

پس از دریافت معرفی‌نامه و دریافت کد اخلاق از دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان و کسب مجوز از مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) تهران، تحقیق انجام شد. ۴۰ نفر به طریق نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. درباره اهداف پژوهش و نیز محرمانه ماندن اطلاعات و مشخصات فردی، به شرکت‌کنندگان توضیحات لازم ارائه شد و اصول رازداری، شئون انسانی و سایر ملاحظات اخلاقی رعایت شد. فرم رضایت‌نامه آگاهانه کتبی آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش تکمیل شد. به دلیل احتمال ریزش نمونه و جلوگیری از عدم اعتبار و تعمیم‌ناپذیری ۴۰ نفر در نظر گرفته شد که در نهایت ۳۰ نفر تا مرحله نهایی پژوهش، همکاری خود را ادامه دادند قبل از شروع مداخله، پیش‌آزمون اجرا شد.

بعد از پاسخ به پرسش‌نامه، این افراد به صورت تصادفی در دو گروه، آزمایش و کنترل قرار گرفتند. سپس افراد گروه آزمایشی به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته تحت آموزش گروهی با مدل طرح‌واره درمانی یانگ قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد. جلسات به شیوه پرسش و پاسخ، بحث گروهی و ارائه تکالیف خانگی در مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری اجرا شد. محتوا و اهداف جلسات برگرفته از دیدگاه طرح‌واره‌درمانی یانگ و همکاران [۱۵] است که در جدول شماره ۱ اشاره شده است. طرح‌واره‌درمانی یانگ و همکاران در پژوهش همتی ثابت و همکاران مورد استفاده قرار گرفته است و نشان‌دهنده روایی و اعتبار مطلوبی می‌باشد [۲۲]. پس از اجرای مداخله، اعضای هر دو گروه مجدداً پرسش‌نامه یادشده را تکمیل کردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی و درصد و میانگین و انحراف معیار) و در بخش آمار استنباطی نیز از تحلیل کواریانس به کمک نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

پیش از تحلیل داده‌ها به روش تحلیل کواریانس، جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو ویلک^۴ استفاده شد. سطح معناداری هر دو گروه بیشتر از ۰/۰۵ بود، در نتیجه داده‌های متغیرها نرمال است. جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها با آزمون لون^۵ نشان داد این آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرها معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی واریانس‌های بین گروهی

پژوهش به صورت مداخله‌ای و از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری کلیه افراد مبتلا به HIV مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال‌های ۱۳۹۸ تا ۱۳۹۹ بود. ۳۰ نفر از این افراد به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند، سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری، آزمایش و کنترل قرار گرفتند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه برآورده شده است و همچنین برای پژوهش‌های مداخله‌ای حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است [۲۳]. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش، تشخیص بیماری ویروس نقص ایمنی انسانی براساس پرونده پزشکی بیمار و پزشک متخصص عفونی، دامنه سنی بین ۲۶ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل سواد سوم راهنمایی برای پاسخ‌گویی به سؤالات و ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها وجود اختلال و ویژگی‌های روان‌پریشی براساس پرونده پزشکی بیمار و داشتن بیش از ۲ بار غیبت در جلسات آموزشی بود. رعایت اصول اخلاقی با کسب رضایت آگاهانه و محرمانه نگه داشتن اطلاعات آزمودنی‌ها انجام شد.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجانی^۳ گارنفسکی و همکاران [۲۴] استفاده شد. این پرسش‌نامه به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخدادهای تهدیدکننده یا استرس‌های زندگی به کار می‌برد، طراحی شد. برخلاف سایر پرسش‌نامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار و اعمال واقعی فرد تمایز قائل نمی‌شود، این پرسش‌نامه افکار فرد را پس از مواجهه با یک تجربه منفی و ناخوشایند ارزیابی می‌کند. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ گویه است که بر روی افراد ۱۲ سال به بالا اجرا می‌شود.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان از ۹ زیرمقیاس متفاوت شامل «سرزنش خود، سرزنش دیگران و نشخوارگری، تلقی فاجعه‌آمیز، دیدگاه وسیع‌تر، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت، پذیرش شرایط و برنامه‌ریزی کردن» است. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) در نظر گرفته شده است. هر زیرمقیاس شامل ۴ گویه است. در هر زیرمقیاس نمرات ۴ عبارت با هم جمع می‌شود. بنابراین کمترین نمره ۴ و بیشترین نمره ۲۰ می‌باشد. هرچه نمره بالاتر باشد به معنای آن است که از آن راهبرد بیشتر استفاده می‌شود. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ به دست آوردند [۲۴]. نسخه فارسی فرم کوتاه پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجانی در ایران توسط حسنی اعتباریابی شد. دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۸ تا ۰/۸۲ نشان داد که ۹ خرده‌مقیاس

4. Shapiro-Wilk
5. Levene's Test

3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire- Short Form (CERQ)

بحث

پژوهش حاضر با هدف تأثیر طرح‌واره درمانی بر راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی‌هیجانی در افراد مبتلا به ویروس نقص ایمنی انسانی (HIV) انجام شد، نتایج نشان داد طرح‌واره درمانی موجب بهبود تنظیم شناختی‌هیجانی در افراد مبتلا به HIV شده است؛ به عبارتی، طرح‌واره درمانی موجب افزایش به‌کارگیری راهبردهای سازگار (پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه وسیع‌تر) و کاهش راهبردهای ناسازگار (سرزنش خود و تلقی فاجعه‌آمیز) در مواجهه با وقایع ناگوار شده است.

می‌توان این یافته را چنین تبیین کرد که در طی طرح‌واره درمانی، جهت ارزیابی ابعاد هیجانی بیماران از جمله تمرکز مجدد، ارزیابی مثبت، دیدگاه وسیع‌تر، پذیرش شرایط و برنامه‌ریزی کردن، توانمندی بیماران مبتلا را در کاربرد مهارت‌های تنظیم شناختی‌هیجانی مثبت افزایش داد تا فرایندهای بازبینی و تعدیل واکنش‌های هیجانی و پاسخ‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و فیزیولوژیک در مقابل شرایط استرس‌زا نیز بهبود یابد. بنابراین می‌توان گفت، راهبردهای سازگانه نظم‌جویی هیجانی، موجب می‌شود افراد با نگاهی متفاوت به ارزیابی پیامدهای بیماری خود بپردازند و با دید خوش‌بینانه‌ای به بیماری خود نگاه کنند. این امر موجب می‌شود بیمار، ناراحتی و تنیدگی روان‌شناختی کمتری را تجربه کند و راحت‌تر با آن رویداد کنار بیاید و برای بهتر شدن اوضاع زندگی خود تلاش کند. در نتیجه این امر اختلال‌های روان‌شناختی مانند غمگینی و ناامیدی کاهش می‌یابد و در پی آن کیفیت زندگی بهتری خواهد داشت [۱۹].

رعایت شده است. آزمون همگنی ضرایب رگرسیون نیز نشان داد، سطح معناداری (F) تمام متغیرها بالاتر از ۰/۰۵ است؛ در نتیجه پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

یافته‌ها

برای بررسی تفاوت گروه‌ها از نظر جنس، سطح تحصیلات و سن از آزمون کای‌اسکوئر استفاده شد. سطح معناداری برای متغیرهای یادشده حاکی از همسانی گروه‌ها بود (جدول شماره ۲). میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی‌هیجانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها در جدول شماره ۳ ارائه شده است. همچنین توزیع نرمال متغیرها با ارزیابی شاخص شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفت که معنادار نبودند و در نتیجه توزیع متغیرها نرمال می‌باشد ($P > 0/05$).

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل را نشان می‌دهد. باتوجه به میزان F و مقدار P بین دو گروه آزمایش و کنترل در نمرات مؤلفه‌های تنظیم شناختی‌هیجانی، تفاوت معناداری وجود داشت ($P < 0/001$) و به‌جز در نمرات مؤلفه‌های سرزنش دیگران و نشخوار فکری تأثیر معنادار نداشته است که به ترتیب ($P = 0/033$) و ($P = 0/102$) می‌باشد. بنابراین طرح‌واره درمانی بر مؤلفه‌های راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی‌هیجان مبتلایان به HIV مؤثر بود، درحالی‌که بر مؤلفه‌های سرزنش دیگران و نشخوار فکری تأثیر معنادار نداشته است.

6. Chi-Square

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و کنترل (n=15)

متغیر	گروه	تعداد (درصد)		کای‌اسکوئر
		آزمایش	کنترل	
جنس	مرد	۸ (۵۳/۳)	۸ (۵۳/۳)	۱
	زن	۷ (۴۶/۷)	۷ (۴۶/۷)	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۵ (۳۳/۳)	۴ (۲۶/۷)	۰/۷۱
	دیپلم	۱۰ (۶۶/۷)	۱۱ (۷۳/۳)	
	۳۰-۲۶	۰ (۰)	۱ (۶/۷)	
	۳۵-۳۱	۴ (۲۶/۷)	۳ (۲۰)	
سن	۴۰-۳۶	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳)	۰/۷۹
	۴۵-۴۱	۷ (۴۶/۷)	۷ (۴۶/۷)	
	۵۰-۴۶	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)	

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	میانگین $\pm$ انحراف معیار		W	سطح معناداری
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون		
تمرکز مجدد برنامه‌ریزی	آزمایش	۸/۰۶ $\pm$ ۲/۵۸	۱۱/۵۳ $\pm$ ۲/۵۰	۰/۹۶	۰/۸۱
	کنترل	۸/۰۱ $\pm$ ۳/۰۹	۸/۶۰ $\pm$ ۱/۶۸	۰/۸۹	۰/۰۷
تمرکز مجدد مثبت	آزمایش	۸/۱۳ $\pm$ ۲/۸۰	۱۲/۳۳ $\pm$ ۲/۸۷	۰/۹۴	۰/۴۳
	کنترل	۸/۶۰ $\pm$ ۲/۹۲	۸/۵۳ $\pm$ ۱/۴۱	۰/۹۰	۰/۱۰
ارزیابی مجدد مثبت	آزمایش	۸/۳۳ $\pm$ ۲/۷۱	۱۲/۳۴ $\pm$ ۲/۸۲	۰/۹۴	۰/۴۱
	کنترل	۸/۲۰ $\pm$ ۳/۰۱	۸/۴۷ $\pm$ ۱/۷۷	۰/۸۸	۰/۰۶
دیدگاه وسیع‌تر	آزمایش	۹/۳۱ $\pm$ ۲/۳۸	۱۳/۶۰ $\pm$ ۳/۰۱	۰/۹۵	۰/۴۷
	کنترل	۹/۰۱ $\pm$ ۲/۶۰	۹/۵۳ $\pm$ ۱/۸۵	۰/۹۷	۰/۸۱
پذیرش	آزمایش	۱۱/۱۲ $\pm$ ۲/۵۰	۱۵/۰۱ $\pm$ ۱/۵۱	۰/۹۵	۰/۴۶
	کنترل	۱۰/۴۰ $\pm$ ۲/۹۰	۱۰/۸۷ $\pm$ ۲/۱۳	۰/۹۶	۰/۷۵
سرزنش دیگران	آزمایش	۱۵/۱۴ $\pm$ ۲/۵۵	۱۵/۰۱ $\pm$ ۲/۴۴	۰/۹۱	۰/۱۰
	کنترل	۱۴/۷۳ $\pm$ ۲/۴۶	۱۵/۳۳ $\pm$ ۱/۸۰	۰/۹۰	۰/۰۹
سرزنش خود	آزمایش	۱۵/۰۶ $\pm$ ۲/۱۸	۸/۸۷ $\pm$ ۲/۵۶	۰/۸۸	۰/۰۶
	کنترل	۱۵/۲۰ $\pm$ ۲/۶۳	۱۴/۵۴ $\pm$ ۱/۶۰	۰/۹۳	۰/۲۶
نشخوار فکری	آزمایش	۱۵/۰۲ $\pm$ ۲/۸۲	۱۴/۰۶ $\pm$ ۲/۸۶	۰/۹۱	۰/۱۲
	کنترل	۱۵/۵۳ $\pm$ ۲/۸۳	۱۵/۲۷ $\pm$ ۱/۸۴	۰/۹۴	۰/۳۴
فاجعه سازی	آزمایش	۱۵/۸۰ $\pm$ ۳/۴۷	۱۰/۲۷ $\pm$ ۲/۵۸	۰/۹۰	۰/۰۹
	کنترل	۱۵/۱۴ $\pm$ ۲/۳۲	۱۵/۹۳ $\pm$ ۲/۸۷	۰/۹۴	۰/۴۱

مجله دانشگاه علوم پزشکی کیران

[۲۰]. طرح‌واره درمانی با تأکید بر تغییر سبک مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل می‌گیرد و با ارائه تکنیک‌های شناختی-رفتاری و با جایگزین کردن الگوهای رفتاری سازگارتر به جای سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و ناکارآمد، فرصتی برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی فراهم می‌کند [۱۰].

افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان از راهبردهای سازگار (برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی مجدد، ارزیابی مثبت و پذیرش) در مواجهه با مشکلات و رویدادهای منفی زندگی کمتر استفاده می‌کنند. تأکید عمده طرح‌واره درمانی در برانگیختگی هیجانی است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی که بخش مهم‌تری از این درمان را دربر می‌گیرد، کمک می‌کند تا فرد نسبت به هیجان‌های خود، آگاهی یابد، آن‌ها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را تنظیم کند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی دوباره هیجانی، یادگیری

همچنین در طول جلسات طرح‌واره درمانی، درمانگر با همکاری بیماران، الگوهای تنظیم شناختی هیجانی منفی مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و تلقی فاجعه‌آمیز را در افراد مبتلا به HIV شناسایی می‌کند و سپس تلاش می‌کند تا آن‌ها را بازسازی، اصلاح و یا تغییر دهد. بدین ترتیب، سرزنش خود و تلقی فاجعه‌آمیز در این بیماران کاهش می‌یابد که این فرایند، حکایت از تأثیر طرح‌واره درمانی بر تنظیم شناختی هیجانی منفی دارد. این یافته با پژوهش‌های (همتی ثابت و همکاران [۲۲] آهووان و همکاران [۲۶] و معصومی تبار و همکاران [۲۱] همسو می‌باشد.

پژوهش‌های زیادی نشان دادند که طرح‌واره درمانی گروهی بر بهبود تنظیم شناختی هیجانی مؤثر است [۲۰-۲۲، ۲۶]. آموزش طرح‌واره درمانی می‌تواند با آگاه کردن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، نقش مهمی در کاهش رفتارهای مخرب و افزایش رفتارهای مطلوب داشته باشد

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی در مرحله پس‌آزمون

متغیرهای وابسته	مجموع مجنورات	df	میانگین مجنورات	F	P	اندازه اثر
تمرکز مجدد برنامهریزی	۶۳/۹۱	۱	۶۳/۹۱	۱۵/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۱
تمرکز مجدد مثبت	۱۰۸/۰۶	۱	۱۰۸/۰۶	۱۷/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴
ارزیابی مجدد مثبت	۱۸۳/۶۱	۱	۱۸۳/۶۱	۳۸/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳
دیدگاه وسیع‌تر	۱۱۰/۳۱	۱	۱۱۰/۳۱	۱۷/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۴۳
پذیرش	۱۱۱/۹۳	۱	۱۱۱/۹۳	۵۰/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹
سرزنش خود	۲۳۰/۹۵	۱	۲۳۰/۹۵	۴۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶
سرزنش دیگران	۳/۸۸	۱	۳/۸۸	۵/۱۲	۰/۰۳۳	۰/۱۸
نشخوار فکری	۱۰/۲۶	۱	۱۰/۲۶	۲/۹۰	۰/۱۰۲	۰/۱۱
فاجعه‌سازی	۲۳۹/۵۵	۱	۲۳۹/۵۵	۳۷/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۱

مجله دانشگاه علوم پزشکی گیلان

طرح‌واره‌های ناکارآمد را تجربه می‌کنند [۱۱]. افرادی که طرح‌واره‌های هیجانی مثبت دارند، یعنی باورهایی زیربنایی سالم‌تری دارند که بر پذیرش و ابراز احساسات، جلب توجه دیگران، ارزش‌های والا و توافق تأکید می‌کنند، به شیوه مؤثری با استرس‌ها و تصورات نادرستی که در برخی جوامع در مورد این افراد وجود دارد، کنار می‌آیند. درمقابل بیمارانی که طرح‌واره‌های منفی در آن‌ها نیرومند است، از نظر راهبردهای تنظیم هیجان درگیر نشخوار فکری می‌شوند که یک فرایند شناختی ناسازگارانه است، موجب تشدید و تداوم خلق منفی می‌شود و فرآیند حل مسئله را مختل می‌سازد [۲۷].

در این پژوهش طرح‌واره درمانی بر مؤلفه‌های سرزنش دیگران ($P < ۰/۰۳۳$) و نشخوار فکری ($P < ۰/۱۰۲$) تأثیر معنادار نداشته است که از این نظر با پژوهش‌های سر رشته دارنپور و نامدارپور، [۲۸] و نیکوگفتار و سنگانی [۲۹] همسو نیست.

سر رشته دارنپور و نامدارپور نشان دادند طرح‌واره درمانی موجب کاهش نشخوارهای فکری ناشی از تعارضات زناشویی در زوجین می‌شود [۲۸]. همچنین در پژوهش نیکوگفتار و سنگانی، طرح‌واره درمانی موجب کاهش نشخوار فکری در زنان مطلقه شد [۲۹]. در تبیین، عدم معناداری مداخله طرح‌واره درمانی در سرزنش دیگران و نشخوار فکری را می‌توان ناشی از ویژگی‌های روانی افراد مبتلا به HIV دانست. برای مثال این افراد دیگران را مقصر در مبتلا شدن به بیماری HIV می‌دانند و در این زمینه دچار آشفتگی هیجانی زیادی می‌شوند. این افراد به احتمال زیاد خود را در شرایط استرس قرار می‌دهند و در محیط‌های استرس‌زا، سخت‌ترین راه حل را برمی‌گزینند. عدم توانایی در مدیریت رفتار و هیجانات منجر به ناکامی می‌شود که این امر

جدید، تنظیم عاطفه بین فردی، زمینه را برای استفاده درست از راهبردهای سازگارانه‌تر و تنظیم هیجانات فراهم سازد [۱۰]. با برگزاری جلسات طرح‌واره درمانی، حالات هیجانی ناسازگار بیماران کاهش و حالات عاطفی سالم افزایش می‌یابد. در نتیجه، افزایش توانایی برای درخواست کمک و کاهش رفتارهای پرخطر را به دنبال دارد و موجب تخلیه هیجانی، رفتارهای خودمراقبتی و تعاملات اجتماعی سازنده‌تری می‌شود [۱۰].

در این درمان، مهارت‌های تنظیم هیجان کمک می‌کند بیماران از رابطه بین افکار، احساسات و رفتارهای خود آگاه شوند و زمینه تغییرات فراهم شود و با شناخت الگوهای زیربنایی هیجانات ناسازگار و چالش با آن‌ها، همچنین تأکید ویژه بر رابطه درمانی، توجه به زمان گذشته و حال، بهره‌گیری از تکنیک‌های تجربی و به‌کارگیری الگوشکنی رفتارهای ناکارآمد موجب کاهش هیجانات منفی بیماران مبتلا به HIV می‌شود [۲۲]. طرد هیجان، اختلال کنترل تکانه و ناتوانی در به‌کارگیری راهبردهای صحیح تنظیم هیجان در هنگام تجربه هیجانات منفی، از مشکلات رایج این افراد در تنظیم هیجان است، اما طرح‌واره درمانی با برقراری ارتباط درمانی و اتخاذ تکنیک‌های مواجهه همدلانه، احساسات منفی را تسکین می‌دهد و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، ابهام عاطفی، آگاهی ضعیف از احساسات و رفتارهای پیشگیرانه ناسازگار را کاهش می‌دهد و موجب تنظیم هیجان می‌شود [۲۶].

افراد مبتلا به ویروس نقص سیستم ایمنی انسان از راهبردهای ناسازگار (سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی) در مواجهه با مشکلات زندگی و رویدادهای منفی استفاده می‌کنند، بنابراین خطر بروز جنبه‌های مختلف آسیب‌شناسی در آن‌ها بیشتر می‌باشد و سطوح بالاتری از

تشکر و قدردانی

از کارکنان محترم مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی (ره) تهران و تمامی افراد مبتلا به HIV که در این پژوهش ما را همراهی کردند، سپاسگزاری می‌شود.

ناراحتی، استرس، خصومت و در نهایت تشدید سرزنش دیگران و نشخوار فکری در پی خواهد داشت [۳۰].

از محدودیت‌های این پژوهش، انتخاب نمونه دردسترس و عدم امکان پیگیری نتایج بود و همچنین، تنها به مبتلایان به HIV مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره بیماری‌های رفتاری بیمارستان امام خمینی تهران اختصاص داشت. بنابراین پیشنهاد می‌شود از شیوه نمونه‌گیری تصادفی و در صورت امکان از پیگیری ۳ تا ۶ ماهه استفاده شود تا ماندگاری تأثیر این یافته‌ها در دراز مدت نیز بررسی شود. همچنین در حجم وسیع‌تر و سایر مراکز مشاوره تکرار شود. در نهایت با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگران جهت بهبود تنظیم شناختی هیجانی در افراد مبتلا به HIV از این روش درمانی جهت ارتقاء سلامت و سازگاری با این بیماری استفاده کنند.

نتیجه‌گیری

در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان داد افراد مبتلا به HIV به میزان بیشتری از راهبردهای منفی تنظیم هیجان استفاده و سطوح بالاتری از طرح‌واره‌های هیجانی ناکارآمد را تجربه می‌کنند. براین اساس، آموزش راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان و اصلاح طرح‌واره‌های ناکارآمد می‌تواند سازگاری آن‌ها با بیماری را تسریع کند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه در کمیته اخلاق پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان با (کد اخلاق -IR.IAU.SEM-1399.007.NAN.REC) تصویب شد.

حامی مالی

این تحقیق هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های عمومی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرد.

مشارکت‌نویسندگان

مفهوم‌سازی و طراحی مطالعه: مریم سادات مصطفی و مستوره صداقت؛ بازبینی نقادانه دست‌نوشته برای محتوای فکری مهم و نظارت بر مطالعه: مریم سادات مصطفی، مستوره صداقت و سید احمد سید علی نقی؛ تحلیل آماری: مریم سادات مصطفی و سید احمد سید علی نقی؛ تهیه پیش‌نویس دست‌نوشته، کسب، تحلیل و تفسیر داده‌ها: همه نویسندگان.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- [1] Mirzaeidoostan Z, Zargar Y, Zandi Payam A. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy on death anxiety and mental health in women with HIV in Abadan City, Iran. (persian)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2019; 25(1):2-13. [DOI:10.32598/ijpcp.25.1.2]
- [2] Skelton W M, Cardaciotto L, O'Hayer V, Goldbacher E. The role of self-compassion and shame in persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*. 2021; 33(6):818-26. [DOI:10.1080/09540121.2020.1769836] [PMID]
- [3] Sahraian K, Peyvastegar M, Khosravi Z, Habibi M. [Comparing cognitive rehabilitation and mixed treatment of cognitive rehabilitation with emotion regulation on quality of life in HIV patients with neuro cognitive disorders . (persian)]. *Health Psychology*. 2019; 8(29):25 -51. [Link]
- [4] Mohammad Khani Sh, Haddadi Koohsar A, Soleimani H, Etemadi A, SeyedAlinaghi S. [Prediction of resilience from cognitive emotion regulation in individuals with HIV infection (persian)]. *Health Psychology*. 2017; 6 (21):104-15. [Link]
- [5] White JR, Chang CC, So-Armah KA, Stewart JC, Gupta SK, Butt AA, et al. Depression and human immunodeficiency virus infection are risk factors for incident heart failure among veterans: Veterans aging cohort study. *Circulation*. 2015; 132(17):1630-8. [DOI:10.1161/CIRCULATIONAHA.114.014443] [PMID]
- [6] Hou R. A sociological study on emotion regulation in people living with HIV/AIDS in China. Berlin: Springer; 2021. [DOI:10.1007/978-981-16-1494-1]
- [7] Duarte A C, Matos A P, Marques C. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Gender's moderating effect. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2015; 165:275-83. [DOI:10.1016/j.sbspro.2014.12.632]
- [8] Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *Journal of Adolescence*. 2009; 32(2):449-54. [DOI:10.1016/j.adolescence.2008.01.003] [PMID]
- [9] Dodd A, Lockwood E, Mansell W, Palmier-Claus J. Emotion regulation strategies in bipolar disorder: A systematic and critical review. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 24:262-84. [DOI:10.1016/j.jad.2018.12.026] [PMID]
- [10] de Klerk A, Keulen-de Vos M, Lobbestael J. The effectiveness of schema therapy in offenders with intellectual disabilities: A case series design. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*. 2022; 47(3):218-26. [DOI:10.3109/13668250.2021.1978956]
- [11] Farmani-Shahreza S, Ghaedniay-jahromi A, Mohammad-Taghi Nasab M, Niknezhad M, Darharaj M, Sadeghi M, et al. [Comparison of cognitive emotion regulation strategies and emotional schemas in people with human immunodeficiency virus and normal people (persian)]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2015; 4(6):39-40. [DOI:10.21859/ijpn-04066]
- [12] Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022; 61(3):579-97. [DOI:10.1111/bjc.12324]
- [13] van Donzel L, Ouwens MA, van Alphen SPJ, Bouwmeester S, Videler AC. The effectiveness of adapted schema therapy for cluster C personality disorders in older adults-integrating positive schemas. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2021; 21:100715. [DOI:10.1016/j.conctc.2021.100715] [PMID]
- [14] Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Fassbinder E, Harper RP, et al. Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2022; 79(4):287-99. [DOI:10.1001/jamapsychiatry.2022.0010] [PMID]
- [15] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2006. [Link]
- [16] Zerehpoush A, Neshatdoust HT, Asgari K, Abedi M, Sadeghi Hosni Amir H. [The effect of schema therapy on chronic depression in students (Persian)]. *Journal Research in Behavioural Sciences*. 2012; 10(4):285-91. [Link]
- [17] Jafari A, Pouyamanesh J, Ghorbanian N, Kabiri M. [The effectiveness of schema therapy on moderating early maladaptive schemas and reducing students anxiety sensitivity (Persian)]. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2013; 6(24):79-91. [Link]
- [18] Sheidaei Shabro A, Kaffie SM, Fallahi M, Tousy H. [Effectiveness of schema therapy in reducing early maladaptive schemas of HIV/ AIDS with history sexual risk behaviors (Persian)]. Paper presented at: The First National Conference of Applied Researches in Educational Sciences and Psychology and Social Harms of Iran. January 2014; Tehran, Iran. [Link]
- [19] SeyedAlinaghi SA, MohsseniPour M, Aghaei E, Zarani F, Fathabadi J, MohammadiFirouzeh M. The relationships between early maladaptive schemas, quality of life and self-care behaviors in a sample of persons living with HIV: The potential mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *The Open Aids Journal*. 2020; 14:100-7. [DOI:10.2174/1874613602014010100]
- [20] Seyedasiaban S, Manshaei GH, Askari P. [Comparison of the effectiveness of schema therapy and mindfulness on cognitive regulation of emotion adaptive strategies in psychoactive drug users (Persian)]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2017; 18(2):1-10. [Link]
- [21] Masoumi Tabar Z, Afsharinia K, Amiri H, Hosseini S. [The effectiveness of emotional schema therapy on emotional regulation problems and marital satisfaction of maladaptive women of the first decade of life (Persian)]. *Journal of Psychological Sciences*. 2020; 19(95):1497-506. [Link]
- [22] Hemmati Sabet V, Hoseini SA, Afsharinia K, Arefi M. [Comparison of the effectiveness of schema therapy and dialectical behavior therapy on temperament and character dimensions and cognitive emotion regulation strategies in patients with HIV. *Iranian Evolutionary and Educational Psychology*. 2021; 33(2):138-47. [DOI:10.52547/ieepj.3.2.138]
- [23] Delavar A. [Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences (Persian)]. Tehran: Rushd Publications; 2020.

- [24] Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(8):1311-27. [\[DOI:10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6\]](#)
- [25] Hassani J. [The psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Persian)]. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2(3):73-84. [\[Link\]](#)
- [26] Ahovan M, Jajarmi M, Bakhshipoor A. Comparing the effectiveness of schema therapy and emotional schema therapy on emotion regulation of individuals with obsessive compulsive symptoms. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2021; 14(4):239-45. [\[DOI:10.30491/IJBS.2020.225387.1238\]](#)
- [27] Mohammad Khani Sh, Soleimani H, SeyedAlinaghi S. [The role of emotional schemas in resilience of people living with HIV (persian)]. *Journal of Knowledge and Health, Shahroud University of Medical Sciences and Health Services*. 2014; 9(3):1-10. [\[Link\]](#)
- [28] Sarrashte Daranpour Z, Namdarpour F. [The effectiveness of schema therapy on rumination of women with marital conflicts in Isfahan (Persian)]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2022; 10(10):231-9. [\[Link\]](#)
- [29] Nikoguftar M, Sangani A. [The effectiveness of schema therapy on rumination, emotional social loneliness and general health of divorced women (Persian)]. *Knowledge and Research in Practical Psychology*. 2019; 21(2):1-12. [\[Link\]](#)
- [30] SeyedAlinaghi SA, Foroughi M. [Psychosocial problems in patients with HIV/AIDS infection (Persian)]. Tehran: Osane; 2011. [\[Link\]](#)

This Page Intentionally Left Blank