

Effectiveness of contextual schema therapy for emotion regulation and painful physical symptoms in individuals with social anxiety disorder: Single subject study

Zahra Emamzamani¹, Isaac Rahimian Boogar², Ali Mashhadi³

1-PhD Student, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Semnan University, Semnan, Iran (Corresponding Author). E-mail: I_rahimian@semnan.ac.ir

3- Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran.

Received: 23/01/2023

Accepted: 11/06/2023

Abstract

Introduction: Social anxiety disorder is characterized by intense anxiety in social situations where the person is likely to be evaluated by others.

Aim: The present study aimed to investigate the effectiveness of contextual schema therapy on emotion regulation and painful physical symptoms in individuals with social anxiety disorder.

Method: This study employed an A-B single-subject design. The statistical population included all the people with social anxiety disorder in Mashhad city, in 2021, and 12 people were selected by convenience sampling method. Then, the contextual schema therapy was conducted during 16 sessions of 1 hour once a week for 12 subjects. The Emotion Regulation Questionnaire (2003) and the Visual Analog Scale (1921) were used in this study. The Subjects answered the questionnaires in the baseline phase, at sessions 4, 8, 12 and 16, and at 3-month follow-up. The data were analyzed using visual analysis, improvement percentage, reliable change index, and non-overlapping effect size.

Results: The improvement percentage (25%<), the reliable change index (1.96<) and the non-overlapping data (75%<) indicated the significant effect of the treatment in increasing the reappraisal subscale of all subjects (except subject 12), reducing the expressive suppression subscale of all subjects and reducing painful physical symptoms of all subjects (except subject 7). The improvement percentage at the follow-up showed that the intervention was effective in increasing the reappraisal, reducing expressive suppression and painful physical symptoms.

Conclusion: Based on the findings, contextual schema therapy was effective in improving emotion regulation and reducing painful physical symptoms by modifying the modes and the third wave methods. Therefore, contextual schema therapy can be suggested as a suitable intervention for social anxiety disorder.

Keywords: Schema therapy, Emotion regulation, Somatic symptoms, Pain, Social anxiety disorder

How to cite this article: Emamzamani Z, Rahimian Boogar I, Mashhadi A. Effectiveness of contextual schema therapy for emotion regulation and painful physical symptoms in individuals with social anxiety disorder: Single subject study. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 10(3): 1-16. URL: <https://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1772-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه تک آزمودنی

زهرا امام زمانی^۱، اسحق رحیمیان بوگر^۲، علی مشهدی^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: I_rahimian@semnan.ac.ir

۳. استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۲/۰۳/۲۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱۱/۰۳

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب اجتماعی با اضطراب شدید از موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود که احتمال دارد فرد مورد ارزیابی دیگران قرار گیرد.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود.

روش: طرح پژوهش حاضر مطالعه تک‌آزمودنی A-B بود. جامعه آماری شامل همه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهر مشهد در سال ۱۴۰۰ بود، که ۱۲ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس طرحواره درمانی بافتاری طی ۱۶ جلسه ۱ ساعته و به صورت هفته‌ای یک‌بار برای ۱۲ آزمودنی اجرا شد. در این پژوهش از پرسشنامه تنظیم هیجان (۲۰۰۳) و مقیاس آنالوگ بصری (۱۹۲۱) استفاده شد. آزمودنی‌ها در مرحله خط پایه، جلسات ۴، ۸، ۱۲ و ۱۶ و پیگیری ۳ ماهه به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری، درصد بهبود، شاخص تغییر پایا و اندازه اثر ناهمپوش استفاده شد.

یافته‌ها: درصد بهبود ($<25\%$)، شاخص تغییر پایا ($<1/96$) و درصد داده‌های غیرهمپوش (<75) نشان‌دهنده تأثیر معنادار درمان در افزایش ارزیابی مجدد همه آزمودنی‌ها (به‌جز آزمودنی ۱۲)، کاهش فرونشانی ابراز همه آزمودنی‌ها و کاهش نشانه‌های جسمانی دردناک همه آزمودنی‌ها (به‌جز آزمودنی ۷) بود. درصد بهبود پیگیری نشان داد مداخله در افزایش ارزیابی مجدد و کاهش فرونشانی ابراز و نشانه‌های جسمانی دردناک مؤثر بوده است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها طرحواره درمانی بافتاری با اصلاح ذهنیت‌ها و روش‌های موج سوم، در بهبود تنظیم هیجان و کاهش نشانه‌های جسمانی دردناک مؤثر بود؛ لذا می‌توان طرحواره درمانی بافتاری را به عنوان مداخله‌ای مناسب برای اختلال اضطراب اجتماعی پیشنهاد نمود.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، تنظیم هیجان، نشانه‌های بدنی، درد، اختلال اضطراب اجتماعی

مقدمه

آن دارد (وودگیت، تنت، بریج و لگراس^{۱۲}، ۲۰۲۰). طبق شواهد اختلالات اضطرابی و اختلال اضطراب اجتماعی با درد ارتباط دارند (راگرز، بخشائی، دیتره، مانینگ، مایورگا و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۹؛ باشی، کرونگه، بایه و لورنز^{۱۴}، ۲۰۲۱؛ کارلتون، عفیفی، تیلو، ترنر، ال گابالای و همکاران^{۱۵}، ۲۰۱۸).

طرحواره درمانی بافتاری^{۱۶} که تعدیلی از طرحواره درمانی یانگ^{۱۷} است، توسط رودیگر، استیونز و بروکمن^{۱۸} در سال ۲۰۱۸ تدوین شده است. طرحواره درمانی بافتاری، طرحواره درمانی را با مفاهیم رویکردهای موج سوم مانند ذهن آگاهی، پذیرش و همجوشی زدایی ادغام کرده و بین تمرکز بر تغییر محتوای طرحواره و تغییر نحوه ارتباط فرد با طرحواره و ذهنیت، تعادل برقرار می کند (رودیگر، استیونز و بروکمن، ۲۰۱۸). از میان پژوهش های انجام شده با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی می توان به نتیجه مطالعه ای اشاره کرد که نشان داد طرحواره درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی و مشکلات هیجانی دانش آموزان مانند پرخاشگری مؤثر است (همتی ثابت، روحانی شهرستانی، همتی ثابت و احمدپناه، ۱۳۹۵). پژوهش های دیگر نیز حاکی از تأثیر طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان افراد مبتلا به خوردن هیجانی و بیماران مبتلا به سرطان سینه بوده اند (نچار کاخکی، کلهرنیا گل کار، نژادمحمد نامقی، محمدی شیرمحله و ولی زاده، ۱۴۰۲؛ میرباقری، خسروی و اکرمی، ۱۴۰۱).

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ عبارت است از ترس یا اضطراب شدید در مورد یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن ها فرد با احتمال ارزیابی دقیق افراد دیگر مواجه می شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). مدل های معاصر اختلال اضطراب اجتماعی ماهیت چندبعدی این اختلال را نشان داده اند که علاوه بر ابعاد شناختی و رفتاری شامل ابعاد هیجانی و فیزیولوژیکی نیز می شود (ریچن برگر و بلچرت^۳، ۲۰۱۸). در رابطه با جنبه های هیجانی اختلال اضطراب اجتماعی می توان به تنظیم هیجان^۴ اشاره کرد. طبق شواهد، اختلال اضطراب اجتماعی با مشکلاتی در تنظیم هیجان همراه است (ارس، لیم، لانهام، جیلارد و بیتس^۵، ۲۰۲۱). تنظیم هیجان به تعریف گراس فرایندی است که بر هیجان های فرد، زمان، نحوه ی تجربه و ابراز هیجان تأثیر می گذارد (گراس^۶، ۲۰۱۴). طبق مدل پردازشی تنظیم هیجان^۷ گراس دو راهبرد تنظیم هیجان به نام ارزیابی مجدد شناختی^۸ و فرونشانی ابراز^۹ وجود دارد. براساس شواهد افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی دارای فرونشانی ابراز بیشتر و ارزیابی مجدد نا مؤثرتر هستند (ادی، موریسون، گلدین، گراس و همبرگ^{۱۰}، ۲۰۱۹). به لحاظ جنبه های فیزیولوژیکی اختلال اضطراب اجتماعی می توان به نشانه های جسمانی دردناک^{۱۱} پرداخت. درد تجربه ی حسی و هیجانی ناخوشایندی است که فرد مبتلا درک مستقیمی از

1- Social Anxiety Disorder (SAD)

2- American Psychiatric Association (APA)

3- Reichenberger & Blechert

4- Emotion regulation

5- Eres, Lim, Lanham, Jillard & Bates

6- Gross

7- The process model of emotion regulation

8- Cognitive reappraisal

9- Expressive suppression

10- O'Day, Morrison, Goldin, Gross & Heimberg

11- Painful physical symptoms

12- Woodgate, Tennent, Barriage & Legras

13- Rogers, Bakhshaie, Ditre, Manning, Mayorga & et al

14- Bushey, Kroenke, Baye & Lourens

15- Carleton, Afifi, Taillieu, Turner, El-Gabalawy & et al

16- Contextual schema therapy

17- Young

18- Roediger, Stevens & Brockman

هرمش، گیلبا اسکچمن و همکاران^۵، ۲۰۱۲). همچنین این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است که در صورت عدم درمان مزمن می‌شود (حدادی، طالع‌پسند و رحیمیان بوگر، ۲۰۱۸)؛ بنابراین با توجه به اهمیت اختلال اضطراب اجتماعی و پیامدهای آن، تدوین و انجام پژوهش برای بررسی تأثیر مداخلات درمانی از اهمیت برخوردار است. در نتیجه براساس نیاز حوزه اضطراب اجتماعی به پژوهش و فقدان شواهد پژوهشی درباره تأثیر طرحواره درمانی بافتاری، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی بافتاری بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش حاضر تک‌آزمودنی از نوع A-B بود. جامعه آماری شامل تمام افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود که در فاصله زمانی مهر الی آذر ماه سال ۱۴۰۰ به مراکز روانشناختی شهر مشهد مراجعه کرده بودند. از میان مراجعه‌کنندگان ۱۳ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، ۱ نفر بعد از جلسه مصاحبه اولیه انصراف و ۱۲ نفر وارد مطالعه شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۶، دامنه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال و سطح تحصیلات حداقل دیپلم بود. معیارهای خروج نیز شامل: ابتلا به اختلالات روانپزشکی دیگر نظیر اختلالات سایکوتیک، شخصیت، اضطرابی، خلقی، بدشکلی بدن و مصرف مواد که از طریق مصاحبه

پژوهشی دیگر نیز نشان داد طرحواره درمانی از طریق تکنیک‌هایی مانند بازسازی تصویرسازی ذهنی، بدتنظیمی هیجان را حذف می‌کند (دادومو، پانزری، کاپونسلو، کارملیتا و گریکوچی^۱، ۲۰۱۸). نتایج یک پژوهش نیز حاکی از تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش درد و بهبود تنظیم هیجان بیماران تحت جراحی ستون فقرات بود (فرخی، انصاری شهیدی، رضایی جمالویی، ابراهیمی و عرب‌خردمند، ۱۳۹۹). پژوهشی مروری نیز نشان داد، تکنیک بازسازی تصویرسازی ذهنی با کاهش در نشانه‌های جسمانی اختلال اضطراب اجتماعی مرتبط است (استراچان، هیت و مک‌ایووی^۲، ۲۰۲۰). تاکنون پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری نپرداخته؛ اما پژوهشگران در چارچوب پروتکل‌هایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را با طرحواره درمانی ادغام کرده‌اند. لیو و مک‌کی^۳ در کتاب خود با ادغام طرحواره با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طراحی پروتکلی پرداخته‌اند و به نتایج مطالعه کنترل شده تصادفی لیو اشاره می‌کنند که حاکی از اثربخشی این پروتکل مرکب بر مشکلات زوجین بوده است (لیو و مک‌کی، ۲۰۱۷). نتایج پژوهشی دیگر نیز با هدف بررسی تأثیر پروتکل مرکب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد/ طرحواره برای افسردگی، حاکی از تأثیر مثبت این پروتکل بود (گرینبرگ^۴، ۲۰۱۷).

اختلال اضطراب اجتماعی با کیفیت زندگی کمتر و تخریب عملکرد مرتبط است و هزینه‌های فردی و اجتماعی به بار می‌آورد (دهدشتی لسانی، مکوندی، نادری و حافظی، ۲۰۱۹؛ آدرکا، هافمن، نیکرسون،

⁵- Aderka, Hofmann, Nickerson, Hermesh, Gilboa-Schechtman & et al

⁶- Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5)

¹- Dadomo, Panzeri, Caponcello, Carmelita & Grecucci

²- Strachan, Hyett & Mcevoy

³- Lev & McKay

⁴- Greenberg

بالینی ساختاریافته ارزیابی شدند، رفتارهای اعتیادی نظیر اعتیاد به اینترنت که ممکن بود فرایند درمان و انجام تکلیف‌ها را مختل کنند و طی مصاحبه اولیه مورد سنجش قرار گرفتند، اختلالات طبی که از طریق سابقه پزشکی بررسی شدند و دریافت مداخلات روانشناختی همزمان بود.

تشخیص گذاری اختلال اضطراب اجتماعی براساس اجرای مصاحبه بالینی ساختاریافته نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی و پرسشنامه هراس اجتماعی توسط پژوهشگر (دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی) انجام شد. سپس در مرحله خط پایه (یک هفته پیش از شروع جلسات درمان) و در کلینیک سروش شهر مشهد، متغیرهای تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک ۱۲ آزمودنی با استفاده از پرسشنامه تنظیم هیجان و مقیاس آنالوگ بصری توسط پژوهشگر مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از آن طرحواره درمانی بافتاری براساس پروتکل درمانی رودیگر و همکاران (۲۰۱۸)، طی ۱۶

جلسه انفرادی ۱ ساعته و به صورت هفته‌ای یک‌بار توسط پژوهشگر در کلینیک سروش شهر مشهد برای آزمودنی‌ها انجام شد. در ادامه آزمودنی‌ها پرسشنامه تنظیم هیجان و مقیاس آنالوگ بصری را در جلسه ۴، ۸، ۱۲ و ۱۶ مداخله و برای پیگیری ۳ ماهه تکمیل نمودند. جهت رعایت موازین اخلاقی، پیش از اجرای پژوهش آزمودنی‌ها از هدف پژوهش آگاه شدند، از آنان رضایت کتبی اخذ و همه مراحل تحت نظارت استاد راهنما برگزار شد. داده‌ها بدون ثبت اطلاعات شخصی هویتی جمع‌آوری و قواعد محرمانگی و دادن اختیار انصراف از ادامه جلسات به آزمودنی‌ها رعایت شد. جهت تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی، تحلیل دیداری تغییر در سطح و ثبات، شاخص تغییر پایا برای معناداری آماری، روش غیرهمپوش برای اندازه اثر و درصد بهبود برای معناداری بالینی استفاده شد. در جدول ۱ خلاصه جلسات طرحواره درمانی بافتاری ارائه شده است.

جدول ۱ خلاصه جلسات طرحواره درمانی بافتاری (رودیگر و همکاران، ۲۰۱۸)

جلسه	محتوای جلسه
اول الی سوم	ارزیابی، تهیه لیست مشکلات، مفهوم‌پردازی، آموزش روانی در مورد مدل طرحواره درمانی بافتاری، توضیح در مورد نمودار توصیفی ذهنیت‌های مراجع و نقشه‌ی ابعدی ذهنیت‌ها جهت درک مراجع از تعامل میان آن‌ها و داشتن رویکرد ابعدی به ذهنیت‌ها نه مقوله‌ای.
چهارم الی ششم	شناسایی ذهنیت مقابله‌ای و بررسی مزایا و معایب آن در گذشته و حال، تکنیک صندلی برای برچسب زدن به ذهنیت‌ها و کنار زدن آن‌ها برای دسترسی به ذهنیت کودک و منتقد، شناسایی و رفع نیاز ذهنیت کودک، شناسایی باورهای ذهنیت منتقد و همجوشی‌زدایی از طریق رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد، تقویت ذهنیت بزرگسال سالم با تکنیک‌های رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی (تنفس ذهن آگاهانه، تمرین ۳-۴-۵، توپ نورانی، خود شفقتی و تولد هشتماد سالگی)، آموزش تکمیل برگه نظارت بر ذهنیت‌ها برای تمرین منزل.
هفتم الی دهم	ارائه منطق فنون تجربی، تصویرسازی رویدادهای مهم، باز والدینی و چارچوب دهی مجدد به رویدادها، تکنیک صندلی برای کنار زدن ذهنیت مقابله‌ای، شناسایی و رفع نیاز ذهنیت کودک، تدوین راه‌حل رفتاری برای فاصله بین جلسات، تهیه فایل صوتی تمرین‌های تصویرسازی ذهنی برای اینکه آزمودنی‌ها در فاصله جلسات ۱-۲ بار به آن‌ها گوش دهند.
یازدهم الی سیزدهم	تقویت ذهنیت بزرگسال سالم از طریق تکنیک دو صندلی و گفتگو بین ذهنیت بزرگسال سالم و منتقد درونی، آموزش استفاده از فلش کارت طرحواره، ذهنیت و دفترچه گفتگو جهت یادداشت باورهای منفی منتقد درونی و پاسخگویی

بزرگسال سالم به آن‌ها.

تهیه فهرست مشکلات رفتاری، تدوین آزمایش رفتاری و تمرین در جلسه به صورت تصویرسازی ذهنی معطوف به آینده و ایفای نقش، جمع‌بندی نکات، تثبیت آموخته‌ها از طریق گفتگو در مورد موانع و پسرقت‌ها، صحبت درباره خاتمه درمان و ابراز احساس در مورد آن.

چهاردهم الی شانزدهم

ابزار

مصاحبه بالینی ساختاریافته^۱: مصاحبه‌ای نیمه ساختاریافته است که توسط فیرست، ویلیامز، کرگ و اسپیتزر^۲ در سال ۲۰۱۶ تدوین و برای تشخیص اختلال‌ها براساس نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی بکار می‌رود (فیرست، ویلیامز، کرگ و اسپیتزر، ۲۰۱۶). در پژوهشی نتایج حاکی از پایایی عالی، اختصاصی بودن و روایی بالینی بالای این مصاحبه بود (اوسریو، لورپرو، هالاک، ماکادودسوزا، اوشیروهیرا و همکاران^۳، ۲۰۱۹). نتایج پژوهشی دیگر نشان داد همسانی درونی همه تشخیص‌ها در سطح عالی بود (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ تا ۰/۹۹) و از نظر روایی سازه نیز این مصاحبه می‌توانست جمعیت بالینی را از غیر بالینی با دقت متمایز سازد (محمدخانی، فروزان، هوشیاری و عباسی، ۲۰۲۰).

پرسشنامه تنظیم هیجان^۴: این پرسشنامه را که گراس و جان (۲۰۰۳) برای ارزیابی تنظیم هیجان تدوین کردند، دارای ۱۰ گویه است و از دو خرده مقیاس ارزیابی مجدد شناختی (۶ گویه) و فرونشانی ابراز (۴ گویه) تشکیل می‌شود. پاسخ‌ها براساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای و از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) درجه‌بندی می‌شوند. دامنه نمرات خرده مقیاس ارزیابی مجدد ۶ تا ۳۰ و فرونشانی از ۴ تا ۲۰ است. در پژوهشی همسانی درونی ارزیابی مجدد (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ تا ۰/۹۰) و

فرونشانی ابراز (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ تا ۰/۸۰) قابل قبول تا عالی بود. همچنین نمرات ارزیابی مجدد و فرونشانی ابراز با پریشانی روانی و آلکسی تایمیا به ترتیب همبستگی منفی و همبستگی مثبت نشان دادند (پریس، بکرا، راینسون^۵ و گراس، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش حسنی نیز نشان داد همسانی درونی این پرسشنامه (آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۱ تا ۰/۹۱) رضایت‌بخش بوده و از نظر روایی معیار نیز خرده مقیاس‌های این پرسشنامه با پیامدهای عاطفی ارتباط داشتند (حسنی، ۲۰۱۶).

مقیاس آنالوگ بصری^۶: هیز و پترسون^۷ (۱۹۲۱) برای اولین بار این مقیاس را که برای درجه‌بندی شدت درد استفاده می‌شود، بکار بردند (دلگادو، لامبرت، بوتریس، مک کالوک، رایبیز و همکاران^۸، ۲۰۱۸). این مقیاس شامل یک خط ۱۰ سانتی‌متری مندرج است که ۱۰ برای شدیدترین درد و صفر برای بدون درد بوده و میزان درد توسط بیمار تعیین می‌شود. نمره ۳-۱ نشان دهنده درد خفیف، ۷-۴ درد متوسط و ۱۰-۸ درد شدید است (بیک-مرادی، ظفری، عشوندی، مزده و روشنایی، ۱۳۹۳). نتایج پژوهشی نشان داد پایایی این ابزار عالی (ضریب همبستگی درون طبقه‌ای ۰/۹۷) بود (الغدیر، انور، اقبال^۹ و اقبال، ۲۰۱۸). همچنین همبستگی این مقیاس با پرسشنامه کوتاه درد مک گیل ۰/۸۶ بدست آمد که حاکی از اعتبار

^۵ - Preece, Becerra & Robinson

^۶ - Visual Analogue Scale (VAS)

^۷ - Hayes & Patterson

^۸ - Delgado, Lambert, Boutris, McCulloch, Robbins & et al

^۹ - Alghadir, Anwer & Iqbal

^۱ - Structured Clinical Interview

^۲ - First, Williams, Karg & Spitzer

^۳ - Osório, Loureiro, Hallak, Machado-de-Sousa, Ushirohira & et al

^۴ - Emotion Regulation Questionnaire (ERQ)

بالای آن بود (رضوانی‌امین، سیرتی‌نیر، عبادی و مرادیان، ۱۳۹۱).

یافته‌ها

نمونه نهایی پژوهش حاضر شامل ۱۲ نفر بود که دامنه سنی آنان در بازه ۲۰-۳۰ سال قرار داشت (میانگین ۲۳/۹۲ و انحراف معیار ۳/۶۸). نمونه شامل ۱۱ نفر دختر (۹۱/۶۷٪) و ۱ نفر پسر (۸/۳۳٪) بود که به لحاظ وضعیت تأهل ۴ نفر متأهل (۳۳/۳۳٪) و ۸ نفر مجرد (۶۶/۶۷٪)

بودند. از نظر سطح تحصیلات نیز ۱ نفر دیپلم (۸/۳۳٪)، ۱۰ نفر کارشناسی (۸۳/۳۳٪) و ۱ نفر کارشناسی ارشد (۸/۳۳٪) و از نظر وضعیت شغلی ۶ نفر فاقد شغل (۵۰٪) و ۶ نفر شاغل (۵۰٪) بودند. در جدول ۲ مؤلفه‌های توصیفی خرده مقیاس‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی ابراز پرسشنامه تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی‌ها طی مراحل خط پایه، جلسه ۴، ۸، ۱۲ و ۱۶ مداخله و پیگیری ۳ ماهه ارائه شده است.

جدول ۲ مؤلفه‌های توصیفی متغیرهای ارزیابی مجدد، فرونشانی ابراز و نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی‌ها

متغیر	شاخص	خط پایه	جلسه ۴	جلسه ۸	جلسه ۱۲	جلسه ۱۶	پیگیری
ارزیابی مجدد	میانگین	۱۸/۷۵	۲۴/۱۷	۲۸	۳۰/۹۲	۳۳/۴۲	۳۳/۵۸
	انحراف معیار	۲/۶	۴/۶۱	۴/۴۵	۳/۷۳	۴/۸۳	۴/۶
فرونشانی ابراز	میانگین	۲۲/۳۳	۱۶/۰۸	۱۳/۱۷	۱۰/۳۳	۸/۴۲	۷/۹۲
	انحراف معیار	۲/۳۹	۲/۵۴	۳/۱	۳/۱۴	۲/۸۱	۲/۷۴
نشانه‌های جسمانی دردناک	میانگین	۵/۴۶	۳/۸۳	۲/۶۷	۲/۳۹	۱/۷۹	۲
	انحراف معیار	۲/۱۸	۱/۵۸	۱/۳	۱/۰۹	۰/۹۴	۱/۲۶

در جدول ۳، نمره خط پایه، نمره نهایی و میانگین مداخله، پیگیری، درصد بهبود، شاخص تغییر پایا، درصد داده غیرهمپوش و کاهش خطرپذیری آزمودنی‌ها در خرده

مقیاس‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی ابراز پرسشنامه تنظیم هیجان ارائه شده است.

جدول ۳ درصد بهبود، شاخص تغییر پایا، درصد داده‌ی غیرهمپوش و کاهش خطرپذیری

خرده مقیاس ارزیابی مجدد و فرونشانی ابراز

متغیر	شاخص	آزمودنی												
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	
ارزیابی مجدد شناختی	خط پایه	۲۰	۱۸	۲۱	۱۸	۲۲	۱۸	۲۱	۱۸	۲۲	۱۸	۲۱	۱۸	۲۱
	میانگین مداخله	۳۱/۲۵	۲۸/۵	۳۴	۲۶/۵	۳۳/۲۵	۲۶/۵	۲۹/۵	۳۱/۷۵	۲۶/۵	۲۲/۲۵	۲۷/۷۵	۳۱/۲۵	۲۷
	نمره نهایی مداخله	۳۵	۳۴	۳۵	۳۰	۴۰	۳۴	۴۰	۳۴	۴۰	۲۳	۳۰	۳۴	۳۷
	پیگیری	۳۵	۳۰	۳۹	۳۱	۳۷	۳۴	۴۰	۳۱	۳۷	۲۳	۳۲	۳۶	۳۵
	درصد بهبود (برحسب میانگین)	۵۶/۲۵	۵۸/۳۳	۶۱/۹	۴۷/۲۲	۵۱/۱۴	۶۳/۸۹	۵۱/۱۹	۶۳/۸۹	۵۱/۱۹	۶۵/۶۲	۶۳/۲۳	۵۶/۲۵	۲۸/۵۷
	درصد بهبود (برحسب نمره نهایی)	۷۵	۸۸/۸۹	۶۶/۶۷	۶۶/۶۷	۸۱/۸۲	۸۸/۸۹	۹۰/۴۸	۸۸/۸۹	۹۰/۴۸	۸۱/۲۵	۷۶/۹۲	۷۶/۴۷	۷۶/۱۹
ارزیابی مجدد شناختی	درصد بهبود پیگیری	۷۵	۶۶/۶۷	۸۵/۷۱	۷۲/۲۲	۶۸/۱۸	۸۸/۸۹	۹۰/۴۸	۸۸/۸۹	۹۳/۷۵	۷۶/۹۲	۸۸/۲۳	۸۰	۶۶/۶۷
	بهبود کلی (میانگین مداخله و پیگیری)	۶۵/۶۲	۶۲/۵	۷۳/۸	۵۹/۷۲	۵۹/۶۶	۷۶/۳۹	۷۰/۸۳	۷۹/۶۸	۷۴/۰۳	۷۵/۷۳	۶۸/۱۲	۶۸/۶۲	۴۷/۶۲

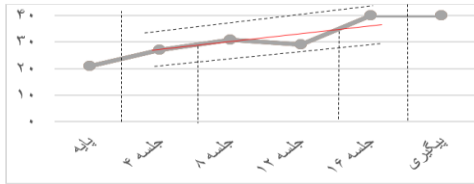
۱/۹۱	۳/۵۸	۳/۴۲	۲/۹۴	۳/۳۴	۳/۴۲	۳/۶۶	۳/۵۸	۲/۷۱	۴/۱۴	۳/۳۴	۳/۵۸	شاخص تغییر پایا
۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های غیر همپوش
۵۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	درصد داده‌های همپوش
۵۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کاهش خطرپذیری
۱۹	۲۵	۲۴	۱۸	۲۳	۲۲	۲۳	۲۵	۲۴	۱۹	۲۳	۲۳	خط پایه
۱۳	۱۲	۱۱/۵	۸/۷۵	۱۲/۷۵	۱۱	۱۲/۷۵	۱۴/۷۵	۱۳/۵	۹/۵	۱۱/۵	۱۳	میانگین مداخله
۷	۱۳	۸	۶	۱۱	۴	۶	۱۳	۱۰	۷	۸	۸	نمره نهایی مداخله
۷	۹	۷	۶	۱۳	۵	۴	۱۱	۱۰	۵	۸	۱۰	پیگیری
۳۱/۵۸	۵۲	۵۲/۰۸	۵۱/۳۹	۴۴/۵۶	۵۰	۴۴/۵۶	۴۱	۴۳/۷۵	۵۰	۵۰	۴۳/۴۸	درصد بهبود (میانگین مداخله)
۶۳/۱۶	۴۸	۶۶/۶۷	۶۶/۶۷	۵۲/۱۷	۸۱/۸۲	۷۳/۹۱	۴۸	۵۸/۳۳	۶۳/۱۶	۶۵/۲۲	۶۵/۲۲	درصد بهبود (نمره نهایی مداخله)
۶۳/۱۶	۶۴	۷۰/۸۳	۶۶/۶۷	۴۳/۴۸	۷۷/۲۷	۸۲/۶۱	۵۶	۵۸/۳۳	۷۳/۶۸	۶۵/۲۲	۵۶/۵۲	درصد بهبود پیگیری
۴۷/۳۷	۵۸	۶۱/۴۵	۵۹/۰۳	۴۴/۰۲	۶۳/۶۳	۶۳/۵۸	۴۸/۵	۵۱/۰۴	۶۱/۸۴	۵۷/۶۱	۵۰	بهبود کلی (میانگین مداخله و پیگیری)
۲/۰۵	۴/۴۵	۴/۲۸	۳/۱۷	۳/۵۱	۳/۷۷	۳/۵۱	۳/۵۱	۳/۵۹	۳/۲۵	۳/۹۴	۳/۴۲	شاخص تغییر پایا
۷۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	درصد داده‌های غیر همپوش
۲۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	درصد داده‌های همپوش
۷۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	کاهش خطرپذیری

فرونشانی
ابراز

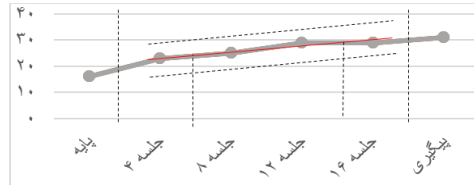
درصد داده‌های غیر همپوش و کاهش خطرپذیری نیز نشان داد برای آزمودنی‌های ۱ تا ۱۱ تمام داده‌های مرحله مداخله از محدوده خط پایه خارج بودند که بیانگر اثربخشی بالا و برای آزمودنی ۱۲ نیز ۷۵ درصد داده‌های مرحله مداخله از محدوده خط پایه خارج بودند که حاکی از اثربخشی متوسط مداخله بر کاهش فرونشانی ابراز بود. در نمودار ۱، نمودار سیر نمرات، خط روند (خط قرمز) و محفظه ثبات خرده مقیاس ارزیابی مجدد و در نمودار ۲، نمودار سیر نمرات، خط روند (خط قرمز) و محفظه ثبات خرده مقیاس فرونشانی ابراز آزمودنی‌ها ترسیم شده است.

مطابق بخش اول جدول ۳ برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد، درصد بهبود همه آزمودنی‌ها نشان‌دهنده تأثیرگذاری مداخله بر ارزیابی مجدد بود. شاخص تغییر پایای همه آزمودنی‌ها به جز آزمودنی شماره ۱۲، بیشتر از ۱/۹۶ بدست آمد که نشان داد تغییر در ارزیابی مجدد از نظر آماری معنادار بود. همچنین درصد داده‌های غیر همپوش و کاهش خطرپذیری نشان داد برای آزمودنی‌های ۱ تا ۱۱، تمام داده‌های مرحله مداخله از محدوده خط پایه خارج بودند که بیانگر اثربخشی بالا و برای آزمودنی ۱۲، ۵۰ درصد داده‌های مرحله مداخله از محدوده خط پایه خارج بودند که نشان‌دهنده اثربخشی غیرقابل اعتماد مداخله برای ارزیابی مجدد بود.

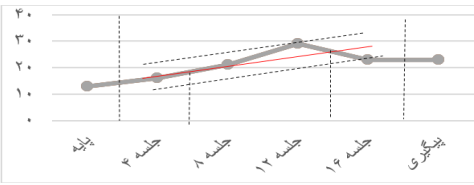
مطابق بخش دوم جدول ۳ برای خرده مقیاس فرونشانی ابراز، درصد بهبود همه آزمودنی‌ها نشان‌دهنده تأثیرگذاری مداخله بر فرونشانی ابراز بود. شاخص تغییر پایای همه آزمودنی‌ها بیشتر از ۱/۹۶ بدست آمد که نشان داد تغییر در فرونشانی ابراز از نظر آماری معنادار بود.



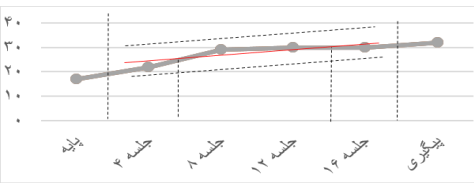
ج. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۷



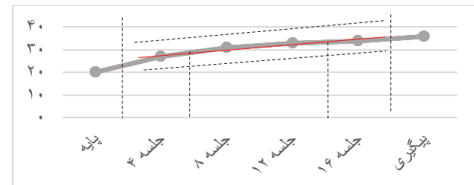
ح. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۸



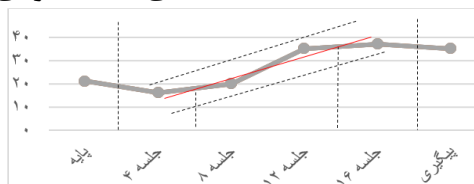
خ. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۹



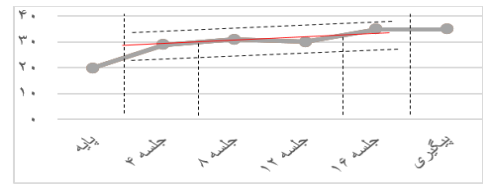
د. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۱۰



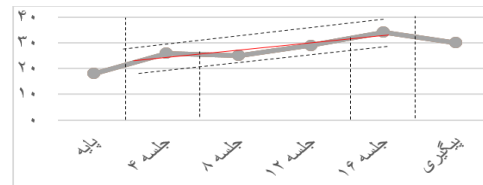
ذ. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۱۱



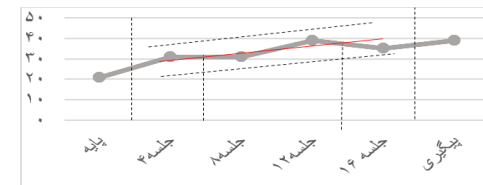
ر. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۱۲



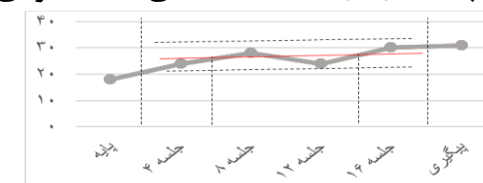
الف. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۱



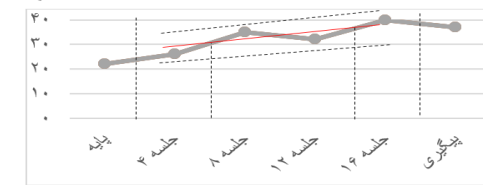
ب. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۲



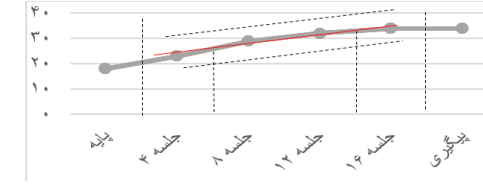
پ. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۳



ت. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۴

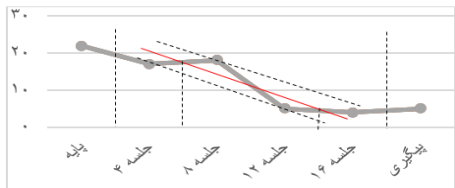


ث. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۵

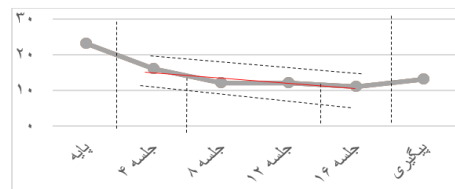


ج. خط روند و محفظه ثبات ارزیابی مجدد آزمودنی ۶

نمودار ۱ خط روند و محفظه‌های ثبات ارزیابی مجدد شناختی آزمودنی‌ها



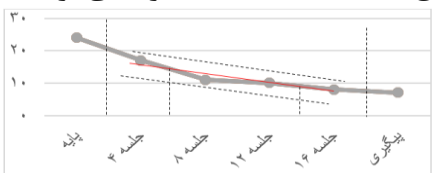
ج. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۷



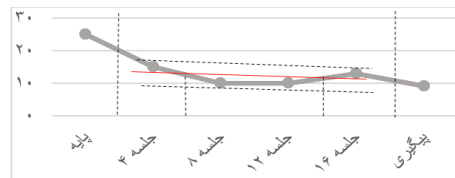
ح. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۸



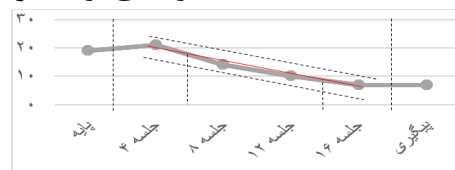
خ. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۹



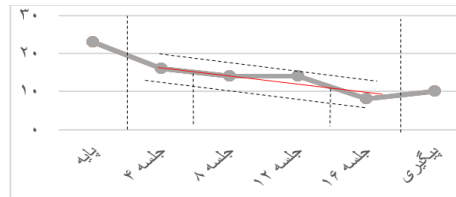
د. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۱۰



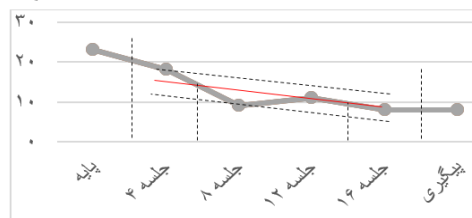
ذ. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۱۱



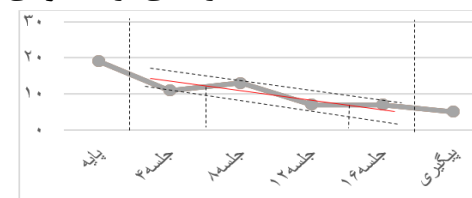
ر. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۱۲



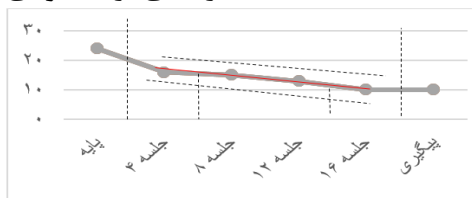
الف. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۱



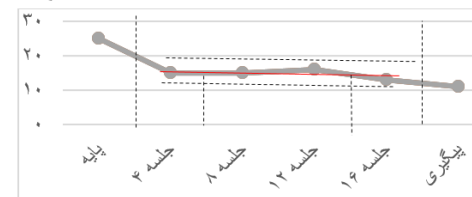
ب. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۲



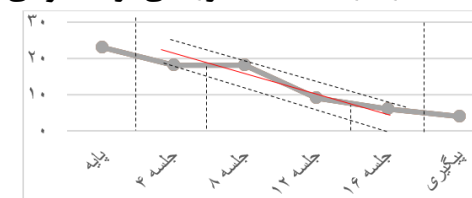
پ. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۳



ت. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۴



ث. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۵



ج. خط روند و محفظه ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی ۶

نمودار ۲ خط روند و محفظه‌های ثبات فرونشانی ابراز آزمودنی‌ها

همچنین تغییر نمرات ۹ نفر از آزمودنی‌ها در دوره پیگیری نیز ادامه یا افزایش یافته بود. خط روند و محفظه

براساس نمودار ۱، نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس ارزیابی مجدد نسبت به خط پایه سیر صعودی داشت.

ثبات براساس قانون ۸۰-۲۰ درصدی، حاکی از ثبات روند تغییر (افزایش) نمره همه آزمودنی‌ها به جز آزمودنی ۹ در مرحله مداخله بود. براساس نمودار ۲، نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس فرونشانی ابراز نسبت به خط پایه سیر نزولی داشت. تغییر نمرات ۹ نفر از آزمودنی‌ها در دوره پیگیری نیز ادامه یا کاهش یافته بود. خط روند و همچنین محفظه ثبات

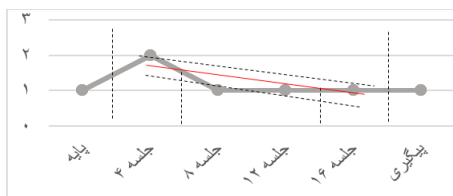
براساس قانون ۸۰-۲۰ درصدی بیانگر ثبات روند تغییر (کاهش) نمره همه آزمودنی‌ها به جز آزمودنی‌های ۲، ۳، ۶ و ۷ در مرحله مداخله بود. در جدول ۴ نمره خط پایه، نمره نهایی و میانگین مداخله، پیگیری، درصد بهبود، شاخص تغییر پایا، درصد داده‌های غیر همپوش و کاهش خطرپذیری نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی‌ها ارائه شده است.

جدول ۴ درصد بهبود، شاخص تغییر پایا و درصد داده‌های غیر همپوش و کاهش خطرپذیری نشانه‌های جسمانی دردناک

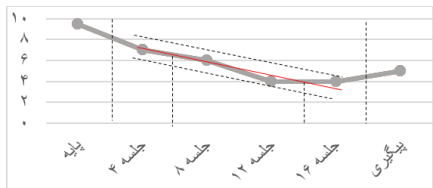
متغیر	شاخص	آزمودنی											
		۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
نشانه‌های جسمانی دردناک	خط پایه	۵	۶	۵	۴	۵	۷	۱	۹/۵	۳	۶	۷/۵	۶
	میانگین مداخله	۲/۳۷	۲/۲۵	۲/۱۹	۲/۵	۲/۲۵	۳/۲۵	۱/۲۵	۵/۲۵	۱/۷۵	۲/۷۵	۳	۳/۲۵
	نمره نهایی مداخله	۱/۵	۲	۱	۱	۲	۲	۱	۴	۲	۱	۳	۳
	پیگیری	۱/۵	۳/۵	۲	۱	۱	۲	۱	۵	۲	۱	۳	۱
	درصد بهبود (برحسب میانگین)	۵۲/۶	۶۲/۵	۵۶/۲	۳۷/۵	۵۳/۵۷	-۲۵	۴۴/۷۴	۴۱/۶۷	۵۴/۱۷	۶۰	۴۵/۸۳	
	درصد بهبود (برحسب نمره نهایی)	۷۰	۶۶/۶۷	۸۰	۷۵	۶۰	۷۱/۴۳	۰	۵۷/۸۹	۳۳/۳۳	۸۳/۳۳	۸۶/۶۷	۵۰
	درصد بهبود پیگیری	۷۰	۴۱/۶۷	۶۰	۷۵	۸۰	۷۱/۴۳	۰	۴۷/۳۷	۳۳/۳۳	۸۳/۳۳	۶۰	۸۳/۳۳
	بهبود کلی (میانگین مداخله و پیگیری)	۶۱/۳	۵۲/۰۸	۵۸/۱	۵۶/۲۵	۶۷/۵	۶۲/۵	-۱۲/۵	۴۶/۰۵	۳۷/۵	۶۸/۷۵	۶۰	۶۴/۵۸
	شاخص تغییر پایا	۴/۸۸	۶/۹۶	۵/۲۱	۲/۷۸	۵/۱	۶/۹۶	۰/۴۶	۷/۸۹	۲/۳۲	۶/۰۳	۸/۳۵	۵/۱
	درصد داده‌های غیر همپوش	۷۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۷۵	۱۰۰	۱۰۰
درصد داده‌های همپوش	۲۵	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۰	۲۵	۰	۰	
کاهش خطرپذیری	۷۵	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۲۵	۱۰۰	۱۰۰	۷۵	۱۰۰	۱۰۰	

مطابق جدول ۴، درصد بهبود همه آزمودنی‌ها به جز آزمودنی ۷ نشان‌دهنده تأثیر مداخله بر نشانه‌های جسمانی دردناک بود. شاخص تغییر پایا نیز در مورد همه آزمودنی‌ها به جز آزمودنی ۷، بیشتر از ۱/۹۶ بدست آمد که نشان داد تغییر نشانه‌های جسمانی دردناک از نظر آماری معنادار بود. درصد داده‌های غیر همپوش و کاهش خطرپذیری آزمودنی‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۸، ۹، ۱۱ و ۱۲ نشان داد همه داده‌های مرحله مداخله از محدوده خط پایه خارج بودند، که بیانگر تأثیر زیاد مداخله؛ برای آزمودنی‌های ۱ و ۱۰، ۷۵ درصد داده‌های مرحله مداخله از

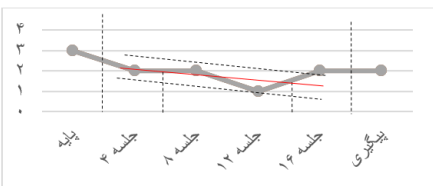
موقعیت خط پایه خارج بودند، که نشان‌دهنده تأثیر متوسط؛ و برای آزمودنی ۷ هیچکدام از داده‌های مرحله مداخله از محدوده خط پایه خارج نبودند، که بیانگر عدم تأثیر مداخله بر نشانه‌های جسمانی دردناک بود. در نمودار ۳ سیر نمرات، خط روند و محفظه ثبات نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی‌ها ترسیم شده است.



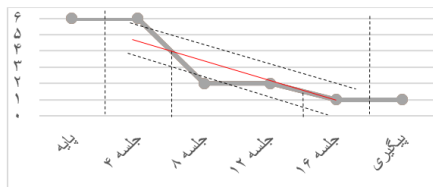
ج. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۷



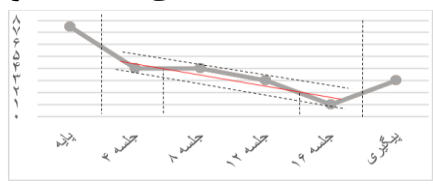
ح. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۸



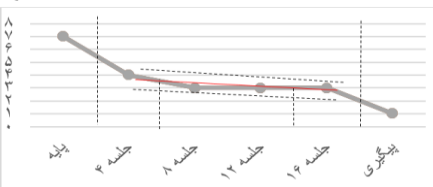
خ. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۹



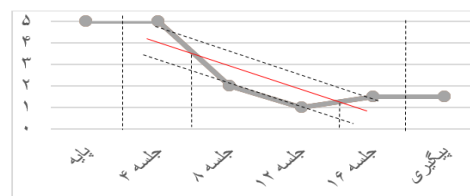
د. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۱۰



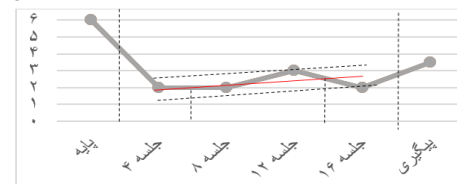
ذ. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۱۱



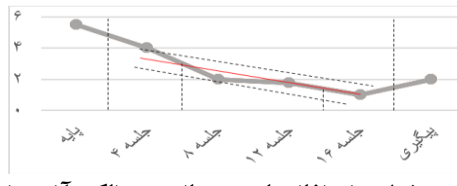
ر. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۱۲



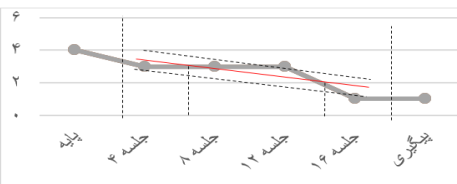
الف. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۱



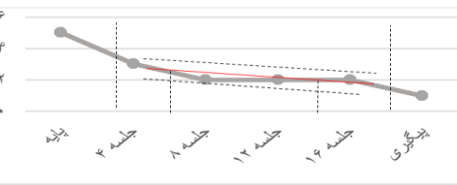
ب. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۲



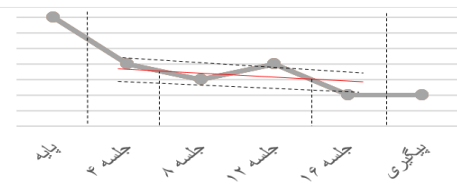
پ. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۳



ت. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۴



ث. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۵



ج. خط روند نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی ۶

نمودار ۳ خط روند و محفظه‌های ثابت نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی‌ها

کاهش یافته بود. خط روند و محفظه ثابت نیز براساس قانون ۸۰-۲۰ درصدی، بیانگر ثابت روند کاهش نمرات آزمودنی‌های ۵، ۸، ۱۱ و ۱۲ در مرحله مداخله بود.

براساس نمودار ۳، نمرات نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی‌ها نسبت به خط پایه سیر نزولی داشت. همچنین تغییر نمره ۸ نفر از آزمودنی‌ها در دوره پیگیری ادامه یا

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. بخش اول یافته‌های این پژوهش نشان داد طرحواره درمانی بافتاری، مؤلفه اول تنظیم هیجان شامل ارزیابی مجدد شناختی را به صورت معناداری افزایش (به جز آزمودنی ۱۲) و مؤلفه دوم آن شامل فرونشانی ابراز را به صورت معناداری کاهش داده است. این یافته با پژوهش‌های همتی ثابت و همکاران (۱۳۹۵)؛ نجار کاخکی و همکاران (۱۴۰۱)؛ میرباقری و همکاران (۱۴۰۱)؛ فرخی و همکاران (۱۳۹۹) و دادومو و همکاران (۲۰۱۸) همسو بود، که نشان داد طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان تأثیر دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره درمانی بافتاری با تمرکز بر ذهنیت‌ها از طریق تکنیک‌های شناختی و تجربی و تکنیک‌های موج سوم در بهبود تنظیم هیجان مؤثر بود. آزمودنی‌ها با کنار گذاشتن ذهنیت‌های مقابله‌ای توانستند راهبردهای سالم تنظیم هیجان را جایگزین اجتناب و فرونشانی کنند. همچنین ذهنیت منتقد نیز متوقف شد و در نتیجه تأثیر آن در افزایش شدت هیجان‌های منفی و بدتنظیمی هیجان کاهش یافت. شناسایی نیازهای هیجانی ذهنیت کودک و نقش ذهنیت بزرگسال سالم در برآورده‌سازی این نیازها نیز به تنظیم هیجان کمک کرد. بعلاوه تکنیک بازسازی تصویرسازی ذهنی در چارچوب‌دهی مجدد به رویدادهای ناخوشایند قبلی، تجربه کردن هیجان‌های فرونشانی شده و یادگیری روش صحیح تجربه و ابراز هیجان مؤثر بود. همچنین تکنیک‌های موج سوم مانند ذهن آگاهی به افزایش آگاهی

هیجانی، پذیرش هیجان‌ها به عنوان تجارب عادی و اتخاذ موضع مشاهده‌گر به هیجان کمک کردند. بخش دوم یافته‌های این پژوهش نشان داد طرحواره درمانی بافتاری متغیر نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی‌ها (به جز آزمودنی ۷) را به طور معناداری کاهش داده است. این یافته با پژوهش استراچان و همکاران (۲۰۲۰) و فرخی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود، که نشان دادند طرحواره درمانی می‌تواند نشانه‌های جسمانی را کاهش دهد. براساس مدل ذهنیت، ذهنیت‌های کودک با نشانه‌های جسمی ارتباط دارند و در صورت فعال شدن این ذهنیت‌ها، نشانه‌های بدنی فعال می‌شوند (رودیگر و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین در تبیین یافته دوم پژوهش حاضر می‌توان گفت طرحواره درمانی بافتاری با شناسایی و رفع نیازهای هیجانی ذهنیت کودک بر کاهش نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی‌ها تأثیر داشت. وقتی هیجان‌ها و نشانه‌های جسمی مرتبط با ذهنیت کودک مورد اعتباربخشی و همدلی قرار گرفتند و با افکار ذهنیت منتقد درونی همجوشی زدایی شد، آزمودنی‌ها گزارش کردند که از لحاظ جسمی احساس بهتری دارند و تجربه‌های ناخوشایند جسمانی آنان مانند درد کاهش یافته بود. همچنین طرد و انزوای اجتماعی دارای تأثیرات جسمی می‌باشند و نواحی مغزی فعال در تجربه درد جسمی را تحریک می‌کنند (رودیگر و همکاران، ۲۰۱۸)؛ بنابراین به دلیل ارتباط میان طردشدگی و نشانه‌های جسمانی دردناک، می‌توان به تأثیر تکنیک تصویرسازی نیز اشاره کرد. آزمودنی‌های این پژوهش تجاربی با محتوای طردشدگی داشتند که هنگام مواجهه با موقعیت اجتماعی جدید، خاطرات آن رویدادها احساس‌های جسمی ناخوشایندی را در آنان برمی‌انگیخت. در نتیجه‌ی این

کارآزمایی بالینی ایران به شماره IRCT20211006052690N1 ثبت شده است. بدینوسیله از شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. نویسندگان اعلام می‌کنند که تضاد منافی در پژوهش حاضر وجود ندارد.

References

- Aderka IM, Hofmann SG, Nickerson A, Hermesh H, Gilboa-Schechtman E, Marom S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 26(3), 393-400.
- Alghadir AH, Anwer S, Iqbal A, Iqbal ZA. (2018). Test-retest reliability, validity, and minimum detectable change of visual analog, numerical rating, and verbal rating scales for measurement of osteoarthritic knee pain. *Journal of pain research*, 11, 851-856.
- American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. American Psychiatric Publishing text revision.
- Bikmoradi A, Zafari A, Oshvandi Kh, Mazdeh M, Roshanaei Gh. (2014). Effect of progressive muscle relaxation on severity of pain in patients with multiple sclerosis: A randomized controlled trial. *Journal of Hayat*, 20(1), 26-37. (In Persian)
- Bushey MA, Kroenke K, Baye F, Lourens S. (2021). Composite measures of pain, anxiety, and depressive (PAD) symptoms: Construct and predictive validity. *General Hospital Psychiatry*, 72, 1-6.
- Carleton RN, Afifi TO, Taillieu T, Tumer S, El-Gabalawy R, Sareen J, Asmundson GJG. (2018). Anxiety-related psychopathology and chronic pain comorbidity among public safety personnel. *Journal of anxiety disorders*, 55, 48-55.
- Dadomo H, Panzeri M, Caponcello D, Carmelita A, Grecucci A. (2018). Schema therapy for emotional dysregulation in personality

تکنیک، آزمودنی‌ها توانستند این خاطرات را به عنوان بخشی از زندگی بپذیرند و به موقعیت‌های بعدی تعمیم ندهند. همچنین به گزارش آزمودنی‌ها تکنیک‌های ذهن-آگاهی مانند تنفس دیافراگمی و اسکن بدن و فنون خودشفقتی مانند خودمراقبتی جسمی هنگام درد، کاهش خود انتقادگری و گفتگوی همدلانه با ذهنیت کودک آسیب‌دیده نیز به کاهش درد کمک کرد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری در شناسایی هیجان‌ها مخصوصاً اضطراب اجتماعی، کاهش اجتناب تجربی و اصلاح شیوه تنظیم هیجان مؤثر بود. همچنین متعاقب این درمان نشانه‌های جسمانی دردناک آزمودنی‌ها نیز به طور معناداری کاهش یافتند؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت طرحواره درمانی بافتاری می‌تواند درمان سودمندی برای اختلال اضطراب اجتماعی باشد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود بودن مراجعه حضوری افراد به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره به دلیل شیوع بیماری کووید-۱۹ و استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی (ممکن است افراد در پاسخ به سؤالات دارای سوگیری باشند) اشاره کرد. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر اختلالات دیگر، در سایر شکل‌ها مانند گروه درمانی و بر روی هر دو جنسیت مطالعه شود.

سپاسگزاری

این پژوهش بخشی از رساله دکترای روانشناسی دانشگاه سمنان با کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1400.128 و بدون دریافت هیچ‌گونه کمک مالی از سازمان یا نهادی صورت گرفته است. همچنین این پژوهش در مرکز ثبت

- disorders: A review. *Current opinion in psychiatry*, 31(1), 43-49.
- Dehdashti Lesani M, Makvandi B, Naderi F, Hafezi F. (2019). The Relationships of Alexithymia and Social Intelligence with Quality of Life According to the Moderating Role of Social Anxiety in Women-Headed Household. *Women's Health Bulletin*, 6(4), 27-35.
- Delgado DA, Lambert BS, Boutris N, McCulloch PC, Robbins AB, Moreno MR, Harris JD. (2018). Validation of digital visual analog scale pain scoring with a traditional paper-based visual analog scale in adults. *Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, Global research & reviews*, 2(3), e088.
- Eres R, Lim MH, Lanham S, Jillard C, Bates G. (2021). Loneliness and emotion regulation: Implications of having social anxiety disorder. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 46-56.
- Farokhi H, Ansari Shahidi M, Rezaei Jamalloi H, Ebrahimi A, Arabkhradmand J. (2021). The Effect of Schema Therapy on Pain Acceptance, Pain Self-Efficacy, Pain Intensity, Emotion Regulation in Spinal Column Surgery Patients. *Journal of Anesthesiology and Pain*, 11(4), 19-29. (In Persian)
- First MB, Williams JBW, Karg RS, Spitzer RL. (2016). *SCID-5-CV: Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders: Clinician Version*. American Psychiatric Association Publications.
- Greenberg MJ. (2017). A hybrid ACT and schema therapy protocol for the treatment of depression, Thesis for doctoral degree (Psy.D), Wright Institute, Berkeley, California.
- Gross JJ, John OP. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Gross JJ. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. IN: Gross JJ, Editor. *Handbook of emotion regulation*. 2nd Ed. New York: The Guilford Press, 3-20.
- Haddadi S, Talepasand S, Rahimian Boogar I. (2018). Attention Bias Modification for Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Science*, 12(4), e10298.
- Hasani J. (2016). Persian version of the emotion regulation questionnaire: Factor structure, reliability and validity. *International Journal of Behavioral Sciences*, 10(3), 108-113.
- Hayes MHS, Patterson DG. (1921). Experimental development of the graphic rating method. *Psychological Bulletin*, 18, 98-99.
- Hemmati Sabet V, Rohani Shahrestani N, Hemmati Sabet A, Ahmadpanah M. (2016). The Effectiveness of Schema Therapy in Reducing Aggression and Social Anxiety in adolescents of Hamedan city aged 17 to 18 years. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 3(2), 82-93. (In Persian)
- Lev A, McKay M. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for couples: A clinician's guide to using mindfulness, values, and schema awareness to rebuild relationships*. New Harbinger Publications.
- Mirbagheri SR, Khosravi S, Akrami M. (2022). 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*, 9(5), 16-28. (In Persian)
- Mohammadkhani P, Forouzan AS, Hooshyari Z, Abasi I. (2020). Psychometric properties of Persian version of structured clinical interview for DSM-5-Research Version (SCID-5-RV): A diagnostic accuracy study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 14(2), e100930.
- Najjar Kakhki I, Kalhomia Golkar M, Nezhadmohamad Nameghi A, Mohammadi Shirmahaleh F, Valizadeh M. (2023). Comparison of effectiveness of acceptance and commitment-based group therapy and group schema therapy on emotion regulation difficulty and body mass index in obese people with emotional eating. *Shenakht Journal of*

- Psychology and Psychiatry, 10(1), 75-89. (In Persian)
- O'Day EB, Morrison AS, Goldin PR, Gross JJ, Heimberg RG. (2019). Social anxiety, loneliness, and the moderating role of emotion regulation. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 38(9), 751-773.
- Osório FL, Loureiro SR, Hallak JEC, Machado-de-Sousa JP, Ushirohira JM, Baes CV, ... & Fracon VS. (2019). Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(12), 754-760.
- Preece DA, Becerra R, Robinson K, Gross JJ. (2020). The Emotion regulation questionnaire: psychometric properties in general community samples. *Journal of Personality Assessment*, 102(3), 348-356.
- Reichenberger J, Blechert J. (2018). Malaise with praise: A narrative review of 10 years of research on the concept of Fear of Positive Evaluation in social anxiety. *Depression and anxiety*, 35(12), 1228-1238.
- Rezvani Amin M, Siratinayer M, Abadi A, Moradyan T. (2012). Correlation between visual analogue scale and short form of McGill questionnaire in patients with chronic low back pain. *Qom University of Medical Sciences Journal*, 6(1), 31-34. (In Persian)
- Roediger E, Stevens BA, Brockman R. (2018). Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning. New Harbinger Publications.
- Rogers AH, Bakhshaie J, Ditre JW, Manning K, Mayorga NA, Viana AG, Zvolensky MJ. (2019). Worry and rumination: explanatory roles in the relation between pain and anxiety and depressive symptoms among college students with pain. *Journal of American College Health*, 67(3), 275-282.
- Strachan LP, Hyett MP, McEvoy PM. (2020). Imagery rescripting for anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder: Recent advances and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 22, 1-8.
- Woodgate RL, Tennent P, Barriage S, Legras N. (2020). The lived experience of anxiety and the many facets of pain: A qualitative, arts-based approach. *Canadian Journal of Pain*, 4(3), 6-18.