رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۹، شماره پیاپی ۷۸، آذر ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(9), 2022

اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و تعدیل طرحواره های ناسازگاراولیه در دانش آموزان دوره متوسطه

The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on modulating primary maladaptive schemas and anxiety in high school students

ساره قهرمانی
دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
مرجان حسین زاده تقوایی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان-شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.
غلامرضا ذاکری پور
استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

چکیده
هدف پژوهش تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر تعدیل طرحواره های ناسازگاراولیه و اضطراب دانش آموزان دوره متوسطه بود. این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه در شهرستان نظر آباد در سال تحصیلی ۱۴۰۰- ۱۳۹۹ بود که از بین آنها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. این تعداد در بین گروه درمانی شناختی رفتاری و گروه گواه به‌طور تصادفی جایگزین شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه جفری یانگ (YSQ-SF) (۱۹۹۸) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI-II) (۱۹۸۸) جمع‌آوری شد. مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته و هفته‌ای یک‌بار برگزار شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد اثر اصلی مداخله برای بریدگی و طرد (η^2 =/۷۴۱)، خودگردانی و عملکرد مختل (η^2 =/۴۱۵)، محدودیت‌های مختل (η^2 =/۷۷۱)، دیگر جهت‌مندی (η^2 =/۳۱۵)، گوش به زنگی بیش‌ازحد (η^2 =/۱۸۵) و برای اضطراب (η^2 =/۸۲۲) معنادار هستند (p<۰/۰۵) یعنی بین دو گروه از نظر میانگین مولفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۵). نتیجه‌گیری می‌شود با استفاده از گروه درمانی شناختی رفتاری می‌توان به تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش اضطراب دانش آموزان دوره متوسطه کمک کند.

واژه‌های کلیدی: *اضطراب، گروه درمانی شناختی رفتاری، طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه*

Sareh Ghahremani
PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad university, Karaj, Iran.
Marjan Hossienzadeh Taghvai*
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.
Marjantaghvai@yahoo.com
Gholamreza Zakeripoor
Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Abstract
The aim of the research was to determine the effectiveness of cognitive behavioral therapy groups on the adjustment of primary maladaptive schemas and anxiety of secondary school students. This research was a semi-experimental type of research with a pre-test, post-test, and control group design with a one-month follow-up period. The statistical population of the research was all secondary school female students in Nazar Abad city in the academic year 2019-2020, from which 30 people were selected using the available sampling method. These numbers were randomly replaced between the cognitive behavioral therapy group and the control group. Data were collected using Jeffrey Young's early maladaptive schema questionnaires (YSQ-SF) (1998) and Beck's Anxiety Inventory (BAI-II) (1988). Cognitive behavioral therapy group intervention was held in 12 sessions of 1.5 hours and once a week. Data were analyzed using analysis of variance with repeated measurements. The results showed that the main effect of the intervention was cut-off and rejection (0.741), impaired self-management and performance (.415), impaired limitations (.771), other orientation (0.315), and excessive ringing. (0.185) and anxiety (0.822) are significant (p<0.05), that is, there is a significant difference between the two groups in terms of the average components of primary maladaptive schemas and anxiety (<0.05). p). It is concluded that using a cognitive behavioral therapy group, can help to adjust the initial maladaptive schemas and reduce the anxiety of secondary school students.

Keywords: *Anxiety, cognitive behavioral group therapy, primary maladaptive schemas.*

نوع مقاله : پژوهشی	دریافت : مرداد ۱۴۰۱	پذیرش: آبان ۱۴۰۱	ویرایش نهایی: آذر ۱۴۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

مقدمه

واژه اضطراب در روان‌شناسی بالینی مقام خاصی دارد و مکرر مورد استفاده قرار می‌گیرد؛ زیرا بدون تردید در اغلب ناهنجاری‌های روانی اضطراب نقش مهمی ایفا می‌کند (لوی[1]و همکاران، ۲۰۲۱). اضطراب، یک احساس رنج آور است؛ با موقعیتی ضربه‌آمیز کنونی یا انتظار خبری که به شیئی نا معین وابسته است (کلارک و کیروپولوس[2]، ۲۰۲۱). اختلالات اضطرابی[3]معمول‌ترین طبقه از اختلالات روانی‌اند؛ به‌طوری که در یک سال مشخص ۱۱/۶ درصد از افراد را به یکی از انواع خود مبتلا می‌کنند (باندلو [4]و همکاران، ۲۰۲۲). این اختلالات در کودکان و نوجوانان دارای شیوع طول عمری ۴/۷ تا ۹/۱ درصدی هستند (لنزها و وتهرل[5]، ۲۰۲۲). افراد دارای این اختلالات مستعد ترس و یا پاسخ‌های اضطرابی افراطی به تهدیدهای ادراک‌شده هستند؛ به‌گونه‌ای که به آشفتگی معنادار و آسیب در عملکرد آنها می‌انجامد (باارتمنز [6]و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال اضطراب فراگیر[7]و اختلال اضطراب اجتماعی[8]از مهم‌ترین این اختلالات هستند. اختلال اضطراب فراگیر که شیوع دوازده‌ماههٔ آن در نوجوانان ۰/۹ درصد است، شامل اضطراب و نگرانی مفرط یا انتظار دلواپسانه دربارهٔ برخی از رویدادها یا فعالیت‌هاست. اختلال اضطراب اجتماعی[9]نیز که شیوع دوازده‌ماه/ آن در کودکان و نوجوانان حدود ۷درصد است (فونزو و اتکین[10]، ۲۰۲۲). شامل ترس شدید و پایدار از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی (کرمرس و رولوفس[11]، ۲۰۱۶) و اجتناب[12] زیاد از این موقعیت‌هاست (اتوله و همکاران[13]، ۲۰۱۷). معمولاً تشخیص طول‌عمری مربوط به اختلالات اضطرابی، به جز اختلال اضطراب اجتماعی، در میان زنان میزان بیشتری را نشان می‌دهند (روزن [14]و همکاران، ۲۰۲۲). اضطراب یکی از مؤلفه‌های ساختار شخصیت را تشکیل می‌دهد و از این زاویه است که پاره‌ای از اضطراب‌های دوران کودکی، نوجوانی و جوانی را می‌توان بهنجار دانست و تأثیر مثبت آنها را بر فرآیند تحول، پذیرفت؛ چرا که این فرصت را برای افراد فراهم می‌آورد تا مکانیزم‌های سازشی خود را برای مواجهه با منابع تنیدگی‌زا و اضطراب‌انگیز گسترش دهند (لی[15]و همکاران، ۲۰۲۰). اما ازآنجایی که اضطراب یکی از شایع ترین اختلالات روانی درنوجوانان است که با پیامدهای بلند مدت همراه است (کورنین[16]، ۲۰۲۰). نظریات شناختی اضطراب معتقدند طرحواره های ناسازگار اولیه نقش تعیین کننده‌ای در این اختلال دارند (فاوستینو[17] و همکاران، ۲۰۲۲).

نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه براین باور است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب رسان در فرد هستند که درابتدای رشد و تحول به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی، در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (لوئیس[18] و همکاران، ۲۰۲۱). طرحواره، بازنمایی انتزاعی خصوصیات متمایز کننده‌ی یک واقعه است. به عبارت دیگر، طرحی کلی از عناصر برجسته‌ی یک واقعه را طرحواره می‌گویند. در روانشناسی، احتمالاً این واژه بیشتر با کارهای پیاژه تداعی می‌شود، چرا که او در مراحل مختلف رشد شناختی به تفصیل در خصوص طرح واره‌ها بحث کرده است. در حوزه‌ی رشد شناختی، طرح واره به عنوان «نقشه انتزاعی شناختی» در نظر گرفته می‌شود که راهنمای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است. بنابراین ما به یک طرحواره‌ی زبانی برای فهم یک جمله و به یک طرحواره فرهنگی برای تفسیر یک افسانه نیاز داریم (بچرخ و ارنتز[19]، ۲۰۲۱). آن دسته از طرحواره‌هایی که به رشد و شکل‌گیری مشکلات

1 Levy
2 Clarke & Kiropoulos
3 anxiety disorders
4 Bandelow
5 Lenze & Wetherell
6 Baartmans
7 generalized anxiety disorder (GAD)
8 social anxiety disorder
9 social anxiety disorder
10 Fonzo & Etkin
11 Cremers, & Roelofs
12 avoidance
13 O'Toole
14 Rozen
15 Lee
16 - Cornine
17 Faustino
18 Louis
19 Bachrach, & Arntz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

روان‌شناختی می‌انجامد طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌نامند؛ این طرحواره‌ها الگوهای شناختی و هیجانی خود آسیب رسانی هستند که از جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم می‌یابند (پیلکینگتون [1] و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج تحقیقات مختلفی نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه گوناگون آسیب‌پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی‌های روان‌شناختی ایجاد می‌کنند (کوپپر [2] و همکاران، ۲۰۲۱). یانگ بر این باور است که طرحواره‌های ناسازگار در افراد به تجربه‌های رویدادهای منفی در زندگی منجر می‌شود و حضور چنین رویدادهایی در زندگی شخصی باعث احساس فشار روانی بیش از حد می‌شود. در بافتار روانشناسی و روان درمانی، طرح واره به عنوان هر اصل سازمان بخش کلی در نظر گرفته می‌شود که برای درک تجارب زندگی فرد ضروری است. یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه‌ی روان درمانی، این است که بسیاری از طرحواره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند، حتی اگر هیچ گونه کاربرد دیگری نداشته باشند. این مسئله، همان چیزی است که گاهی اوقات به عنوان نیاز به «هماهنگی شناختی» از آن یاد می‌شود، یعنی «حفظ دیدگاهی با ثبات درباره ی خود یا دیگران»؛ حتی اگر این دیدگاه نادرست یا تحریف شده باشد. با این تعریف کلی، طرح واره می‌تواند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشد و همچنین می‌تواند در اوایل زندگی یا در سیر بعدی زندگی شکل بگیرد (ارنتز [3] و همکاران، ۲۰۲۱). کراگ [4] و همکاران (۲۰۱۹) عنوان می‌کنند که فرد در گروه با آگاهی یافتن از اینکه او تنها کسی نیست که دچار مشکلاتی است، عزت نفس پیدا می‌کند و از طریق تشخیص توانایی‌هایشان مبنی براینکه به حال دیگران سودمند است، احساس توانمندی می‌کنند. در این میان گروه درمانی شناختی رفتاری، نوعی روان درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، نایل گردند (زلالی [5] و همکاران، ۲۰۲۱). ماهیت رویکرد شناختی رفتاری این است، که محصولات شناختی آن میان موقعیت‌ها و پاسخ‌های عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی واسطه می‌شوند و به این ترتیب این رویکرد، یک بسط مهم از الگوی محرک و پاسخ رفتار انسان است (بانتس [6] و همکاران، ۲۰۲۱). گروه درمانی شناختی رفتاری به عنوان یک درمان خط اول موثر برای طیف گسترده‌ای از اختلالات و از جمله اختلالات روانی ، شناخته شده است (کائو [7] و همکاران، ۲۰۲۱). در این نوع درمان، تشخیص، ارزیابی، کنترل و تغییر افکار منفی وابسته به رفتارهای فردی، به‌منظور بازسازی شناختی، به افراد آموزش داده می‌شود (گیلبرت [8] و همکاران، ۲۰۲۱). ویژگی‌های درمان شناختی-رفتاری نظیر گروهی بودن، فعال بودن، هدف‌دار بودن (برنان [9] و همکاران، ۲۰۲۱؛ دولاس [10] و همکاران، ۲۰۲۲)، متمرکز بودن بر مشکل (متزگر [11] و همکاران، ۲۰۲۱)، آموزش مهارت‌های مقابله و تأکید بر بازخورد، برای افزایش خودشناسی انسجامی مراجعه کنندگان بسیار مناسب است (فلینتج [12]، ۲۰۲۰). پژوهشگرانی چون هوین [13] و همکاران (۲۰۲۲)، برزا [14] (۲۰۲۲)، سیلورمن [15] و همکاران (۲۰۲۲)، کریر [16] و همکاران (۲۰۲۲)، ولگنسینگر [17] (۲۰۲۲)، لوی [18] و همکاران (۲۰۲۲)، کاکزکرکین [19] و فوا (۲۰۲۲) دریافتند که گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب موثر است.

مشاوره شناختی رفتاری بر کاهش اثر باورها یا بازخوردهای ناسازگار یا ناکارآمد تأکید دارد. در این روش به فرد کمک می شود که بیاموزد که تفکرها و تصورهای خود در مورد رخدادهای ناخوشایند را به‌طور عینی ارزیابی کند و به آزمون بگذارد (دو [20] و همکاران،

1 Pilkington
2 Koppers
3 Arntz
4 Craig
5 Zali
6 Bantjes
7 Cao
8 Gilbert
9 Brennan
10 Dullas
11 Metzger
12 Flentje
13 Huynh
14 Borza
15 Borza
16 Silverman
17 Carrier
18 Wolgensinger
19 Kaczkurkin
20 Do

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

۲۰۲۱). به سخنی دیگر، آنها را با شواهد عینی محک بزند، تحریف‌های شناختی خود را تصحیح نماید و شناخت جدید و سازگارانه‌تری درباره خود، جهان و آینده به دست آورد و طرح واره‌های ناکارآمد را کاهش دهد (رک [1]و همکاران، ۲۰۲۲). همچنین نیست و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره ناسازگارانه اولیه موثر است. این درمان عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. اگرچه تاکنون پژوهشگران بسیاری هر کدام از این متغیرها را به‌طور جداگانه مورد پژوهش قرار داده‌اند، پژوهشی که به بررسی تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر تعدیل اضطراب و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان بپردازد؛ یافت نشد؛ با توجه به این خلاء پژوهشی و همچنین از آنجا که توجه به اضطراب و طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آموزشی که به طور اثر بخش بتواند این دو متغیر را به خصوص در قشر نوجوان کنترل کند و در کاهش آسیب‌های ناشی از این دو متغیر تأثیر مفیدی بگذارد، لازم است به‌طور علمی مورد پژوهش قرار گیرد. در نهایت هدف پژوهش تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و تعدیل طرحواره‌های ناسازگاراولیه دانش آموزان دوره متوسطه موثر است.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان نظر آباد در سال ۱۴۰۰- ۱۳۹۹ بود که ۳۰۰ نفر برآورد شد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانش آموزان دختر که به‌صورت در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دانش‌آموزان با اضطراب بالا (نقطه برش برای افراد دارای مشکل اضطراب نمره ۲۶ بود (امیدی حسین آبادی و عباسی اسفجیر، ۱۳۹۴))، تمایل به شرکت در پژوهش و عدم شرکت همزمان در برنامه‌های درمانی دیگر در طول انجام پژوهش و ملاک‌های خروج عبارت بودند از غیبت بیش از دو جلسه، عدم همکاری در طول جلسات درمانی، شروع به مصرف داروهای روانگردان، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی روان‌شناختی و دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی بود. لازم به ذکر است که قبل از انجام پیش‌آزمون هدف مطالعه، اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات، پرهیز از هرگونه آسیب به شرکت‌کنندگان و داشتن اختیار برای خروج از مطالعه در هر زمان به اطلاع آنان رسید. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی‌ها و قبل از اجرای جلسات درمان شرکت کنندگان هر دو گروه از طریق پرسشنامه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۲۰۰۵) و اضطراب بک (۱۹۸۸) مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی گروه درمانی شناختی رفتاری را تحت مداخله ۱۲ جلسه‌ای و بر اساس جلسات ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار قرار گرفتند. گروه گواه نیز مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله شرکت کنندگان هر دو گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین بعد از یک ماه از گذشت مداخله نیز مجددا هر دو گروه با ابزار پژوهش مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS ویراست ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه طرحواره های ناسازگار اولیه (YSQ-SF): برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه از پرسشنامه ۷۵ سوالی یانگ (۲۰۰۵) با مقیاس پاسخگویی ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملا نادرست= ۱ تا کاملا درست= ۶) و ۱۵ خرده مقیاس شامل محرومیت هیجانی، طرد/ رهر شدگی، بی اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/ شرمف شکست، وابستگی/ بی کفایتی، آسیب پذیری به ضرر، گرفتاری/ در دام افتادی، اطلاعات، از خودگذشتگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویشتن داری و خود انضباط ناکافی استفاده شد. بر اساس آلفای کرونباخ کل برای آزمون حاضر در پژوهش بچ[2]و همکاران (۲۰۱۸) ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس‌ها بالاتر از ۰/۸۰ گزارش شد. در مطالعه ولبرن و همکاران (۲۰۰۹)، نتایج تحلیل عاملی از ساختار درونی پرسشنامه قویاً حمایت می‌کند. پرسشنامه طرحواره یانگ با پرسشنامه پریشانی روانشناختی کسلر و همکاران پرسشنامه همبستگی بالایی دارد که نتایج آن به ترتیب (r=۰/۴۵) و (r=۰/۵۶) است (پیلکینگتون[3] و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش غیاثی (۱۳۸۸) روایی همزمان پرسشنامه با مقیاس نگرش های ناکارآمد ۰/۶۵ گزارش شد.

1 Rek
2 - Bach
3 - Pilkington

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

در پژوهش غیاثی (۱۳۸۸)، آلفای کرونباخ آن در خرده مقیاس ها بین۰/۶۰ تا ۰/۹۰ و آلفای کل آن ۰/۹۴ گزارش شد (به نقل از سیفی‌زاده آرانی و همکاران، ۱۳۹۸). همچنین آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر در کل پرسشنامه ۰/۹۲ و در خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۸ تا ۰/۷۹ گزارش شد.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI-II): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۱ آیتمی است که توسط بک[1] و همکاران در سال ۱۹۸۸ برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان در هر دو موقعیت پژوهشی و بالینی طراحی شد. در این ابزار، آزمودنی در هر آیتم، یکی از چهار گزینه که نشان دهنده شدت اضطراب است را انتخاب می‌کند. نمره گذاری پرسشنامه اضطراب بک بر مبنای طیف لیکرت ۴ درجه ای است. آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش بک و همکاران (۱۹۸۸) ۰/۹۰ بود. همچنین روایی پرسشنامه اضطراب بک از طریق محاسبه همبستگی میان طبقه‌ای بین دو متغیر نمرات حاصل از پرسشنامه اضطراب و ارزیابی متخصص بالینی پیرامون میزان اضطراب افراد در جمعیت مضطرب r=۰/۷۲ بدست آمده است. در پژوهش بک و همکاران (۱۹۸۸) روایی پرسشنامه اضطراب بک از طریق محاسبه ضریب همبستگی با مقیاس تجدیدنظر شده درجه‌بندی اضطراب همیلتون (۱۹۵۹) و مقیاس تجدید نظر شده درجهبندی افسردگی همیلتون (۱۹۶۰) به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۲۵ گزارش شد (به نقل از اوح[2] و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات انجام شده در داخل کشور نشان می‌دهد که این پرسشنامه از پایایی بالایی برخوردار است؛ پایایی آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی سوالات آن از ۰/۳ تا ۰/۷۶ متغیر است؛ از نظر روایی نیز همبستگی نتایج این آزمون با آزمون افسردگی بک r=۰/۴۸ بود (امیدی حسین آبادی و عباسی اسفجیر، ۱۳۹۴). همچنین آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۸۳ است.

پروتکل گروه‌درمانی شناختی- رفتاری : از جلسات درمانی شناختی- رفتاری برگرفته به شیوه مایکل فری (۲۰۰۵؛ کهریزی و همکاران، ۱۳۹۰) طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای، یک‌بار در هفته در مرکز مشاوره اجرا شد که به‌قرار زیر است:

جدول ۱. پروتکل درمانی گروه درمانی شناختی- رفتاری

جلسه	درمان
جلسه اول	خوشامدگویی ایجاد انگیزه بیان قوانین گروه توضیح در مورد تعامل فرایندهای فیزیولوژیک شناختی و رفتاری تکالیف نوشتن ده مورد از بدترین حوادث زندگی نوشتن بدترین ای بی سی های روزانه
جلسه دوم	مرور تکالیف جلسه قبل آشنایی با نظریه‌های شناختی اضطراب آشنایی با افکار خود آیند و تحریف‌های شناختی تکالیف شکل شناسایی افکار خود آیند نوشتن بدترین ای‌بی‌سی های روزانه..
جلسه سوم	مرور تکالیف جلسه قبل آموزش ماهیت طرحواره‌ها ارتباط بین طرحواره ها و افکار خود آیند و شناسایی طرحواره ها تکالیف تمرین تزریق فکر ادامه نوشتن ای بی سی ها پیکان عمودی..
جلسه چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل کار روی پیکان عمودی و رفع اشکالات اعضای گروه بیان انواع باورها دسته‌بندی باورها تکالیف ادامه رسمه پیکان عمودی دسته‌بندی باورها.
جلسه پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل تهیه فهرست اصلی باورها نقشه‌های شناختی تکالیف ادامه رسم پیکان عمودی دسته‌بندی باورهای جدید.
جلسه ششم	مرور تکالیف جلسه قبل آموزش تغییرپذیری باورها آزمون باورها و تحلیل واقعیت تکالیف تکمیل فهرست باورها تحلیل عینی باورهای شناسایی‌شده.
جلسه هفتم	مرور تکالیف جلسه قبل آموزش تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی تکالیف شناسایی باورهای مشکل‌زا و تحلیل سودمندی.
جلسه‌ی هشتم	مرور تکالیف جلسه قبل آموزش کاربرد تحلیل منطقی در مورد باورهای خود تکالیف تکوین تحلیل منطقی تمام طرحواره های شرطی و قطعی.
جلسه نهم	مرور تکالیف جلسه قبل آموزش تعیین سلسله مراتب موقعیت های مرتبط با باورها دستیابی به باورهای مخالف تکالیف تهیه باورهای مخالف برای تمام باورهای اصلی.

1 - Beck
2 - Oh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

جاسه دهم	مرور تکالیف جلسه قبل توضیح در مورد تغییر ادراکی و بازداری قشری اختیاری تکالیف انجام روزانه حداقل نیم ساعت تغییر ادراکی یا بازداری قشری اختیاری.
جلسه یازدهم	مرور تکالیف جلسه قبل آموزش روش تنبیه خود و خود پاداش‌دهی تکالیف تمرین روش تنبیه خود و خود پاداش دهی.
جلسه دوازدهم	مرور تکالیف جلسه قبل شیوه‌های نگهداری نتایج درمان گرفتن بازخورد از شرکت‌کنندگان.

یافته‌ها

میانگین سن در گروه درمان شناختی- رفتاری ۱۵/۸ با انحراف معیار ۰/۸۳۳ و در گروه گواه برابر با ۱۶/۱ با انحراف معیار۰/۸۳۸ بود. تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سنی وجود نداشت و گروه‌ها همگن بودند (p>۰/۰۵). یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک دو مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۱ ارائه‌شده است.

جدول ۲. مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات طرحواره های ناسازگار اولیه و اضطراب در بین دو گروه و در قبل و بعد از مداخله

متغیر	زمان اجرا	گروه			
		درمان شناختی- رفتاری		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
بریدگی و طرد	پیش‌آزمون	۱۰/۸	۲/۶۱	۹/۱۰	۲/۳۴
	پس‌آزمون	۷/۳۲	۱/۴۳	۱۰/۸	۲/۷۸
	پیگیری	۷/۰۶	۱/۳۹	۱۱	۲/۹۱
خودگردانی و عملکرد مختل	پیش‌آزمون	۱۳/۱	۲/۸۸	۱۲/۹	۲/۵۵
	پس‌آزمون	۹/۳۱	۱/۳۳	۱۳	۳/۳۴
	پیگیری	۹/۰۱	۱/۲۱	۱۳/۳	۳/۶۱
محدودیت‌های مختل	پیش‌آزمون	۱۴/۱	۲/۶۵	۱۳/۶	۳/۷۳
	پس‌آزمون	۱۰/۸	۱/۹۰	۱۴	۳/۸۷
	پیگیری	۱۰	۱/۶۷	۱۴/۳	۳/۹۲
گوش به زنگی بیش‌ازحد و بازداری	پیش‌آزمون	۱۳/۹	۲/۷۹	۱۴	۳
	پس‌آزمون	۱۱/۱	۱/۹۵	۱۴/۵	۳/۸۱
	پیگیری	۱۱	۱/۷۴	۱۴/۷	۳/۹۶
محدودیت‌های مختل	پیش‌آزمون	۱۲/۴	۲/۷۲	۱۱/۳	۲/۶۳
	پس‌آزمون	۹/۸۳	۲/۰۱	۱۲/۰۳	۲/۷۴
	پیگیری	۹/۶۱	۲	۱۲/۴	۲/۸۲
اضطراب	پیش‌آزمون	۲۹/۰۶	۳/۹۴	۲۹	۲/۷۷
	پس‌آزمون	۲۳/۲	۲/۶۵	۲۸/۸	۲/۸۲
	پیگیری	۲۳/۰۶	۲/۴۳	۲۸/۹	۲/۸۴

چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین مولفه‌های طرحواره های ناسازگار اولیه و اضطراب در دو گروه درمانی شناختی رفتاری و گروه کنترل نشان داده شده است؛ چنانچه مشاهده می شود میانگین مولفه‌های طرحواره های ناسازگار اولیه و اضطراب در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش آزمون تفاوت چندانی نشان نمی دهند؛ اما بعد از مداخله گروه های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه کنترل در مقایسه با قبل از مداخله نشان می دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در متغیرهای پژوهش (۱۰۸/۷=آماره امباکس، F=۳/۹۶، P<۰/۰۱) به

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

دست آمد که سطح معنی‌داری میزان F به‌دست‌آمده کمتر از ۰/۰۵ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تائید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (رضائی و استوار، ۱۳۹۶). همچنین کرویت ماچلی برای متغیر های پژوهش (۰/۰۰۱= آماره موشلی، ۴۱۹/۲= توزیع خی دو، P<۰/۰۱) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از ۰/۰۵ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای متغیر بریدگی و طرد (F=۱/۵۶ و P>۰/۰۵)، خودگردانی و عملکرد مختل (F=۲/۱۷ و P>۰/۰۵)، محدودیت‌های مختل (F=۰/۹۲۹، P>۰/۰۵)، دیگر جهت‌مندی (F=۴/۲۱ و P>۰/۰۵)، گوش به زنگی بیش از حد (F=۲/۹۷ و P=>۰/۰۵) و اضطراب (F=۰/۸۸۴، P>۰/۰۵) گزارش شد که نشان‌دهنده تائید همگنی واریانس‌ها است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

اثر		نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی۲	سطح معنی‌داری	مجذور ایتای تفکیکی
زیر مولفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب	گروه * عامل	آزمون پیلایی	۰/۶۳۵	۳۹/۰۷	۲	۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
		آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۶۵	۳۹/۰۷	۲	۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
		آزمون اثر هتلینگ	۱/۷۳	۳۹/۰۷	۲	۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵
		آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۷۳	۳۹/۰۷	۲	۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳۵

چنانکه اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد، متغیرهای پژوهش در گروه مداخله، با کنترل اثر پیش‌آزمون، شاخص لاندای ویلکز در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است. (Wilks Lambda =۰/۳۶۵ ، F=۳۹/۰۷، P= ۰/۰۰۱، η^2 =۰/۶۳۵). مجذور سهمی اتا حامی از آن است که ۶۳/۵ درصد از تغییرات هم‌زمان متغیرهای وابسته (مولفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب) مرتبط به گروه (گروه درمانی شناختی رفتاری) است. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر ۳×۲ به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در دانش‌آموزان

	نام آزمون	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
بریدگی و طرد	اثر اصلی گروه	۹۵/۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۱	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۱۴/۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶۷	۱
خودگردانی و عملکرد مختل	اثر اصلی گروه	۱۳/۹	۰/۰۰۱	۰/۴۱۵	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۷/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵	۱
محدودیت‌های مختل	اثر اصلی گروه	۲۴/۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۱	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۱۳/۵	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷	۱
دیگر جهت‌مندی	اثر اصلی گروه	۱۲/۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۶/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۱۸۵	۱
گوش به زنگی بیش از حد	اثر اصلی گروه	۲۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۰۰	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۱۵/۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶۰	۱
اضطراب	اثر اصلی گروه	۱۲۸/۹	۰/۰۰۱	۰/۸۲۲	۱
	اثر اصلی سه مرحله اجرا	۱۳۳/۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲۶	۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اصلی گروه برای بریدگی و طرد (η^2 =۰/۷۴۱، P <۰/۰۵، F=۹۵/۴)، خودگردانی و عملکرد مختل (η^2 =۰/۴۱۵، P <۰/۰۵، F=۱۳/۹)، محدودیت‌های مختل (η^2 =۰/۷۷۱، P <۰/۰۵، F=۲۴/۲)، دیگر جهت‌مندی (η^2 =۰/۳۱۵، P <۰/۰۵، F=۱۲/۹)، گوش به زنگی بیش از حد (η^2 =۰/۱۸۵، P <۰/۰۵، F=۶/۳۷) و برای اضطراب (η^2 =۰/۸۲۲، P <۰/۰۵، F=۱۲۸/۹) معنادار هستند؛ یعنی بین

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

دو گروه از نظر میانگین مولفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد در متغیر بریدگی و طرد اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۰/۳۶۷ = η^2، P <۰/۰۵، F=۱۴/۵)، خودگردانی و عملکرد مختل (۰/۲۷۵ = η^2، P <۰/۰۵، F=۷/۳۷)، محدودیت‌های مختل (۰/۳۲۷ = η^2، P <۰/۰۵، F=۱۳/۵)، دیگر جهت‌مندی (۰/۱۸۵ = η^2، P <۰/۰۵، F=۶/۳۷)، گوش به زنگی بیش از حد (۰/۸۲۲ = η^2، P <۰/۰۵، F=۱۵/۲) و برای متغیر اضطراب نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۰/۸۲۶ = η^2، P <۰/۰۵، F=۱۳۳/۲) معنادار است. به عبارتی بین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری با لحاظ کردن گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. در ادامه بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در سه مرحله

متغیر	مرحله I	مرحله J	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
بریدگی و طرد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۹/۶۳*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۳/۷*	۰/۰۰۱
خودگردانی و عملکرد مختل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۸۹*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۰/۶*	۰/۰۰۱
محدودیت‌های مختل	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۷۹*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۳/۹*	۰/۰۰۱
دیگر جهت‌مندی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۱۱/۴*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۴/۳*	۰/۰۰۱
گوش به زنگی بیش از حد	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۵۴*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۱۱/۸*	۰/۰۰۱
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۸/۳۹*	۰/۰۲
		پیگیری	-۱۳/۳*	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که این نشان دهنده تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر مولفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان است؛ به طوری‌که تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بریدگی و طرد (p<۰/۰۵، d=-۹/۶۳) و پیش‌آزمون پیگیری بریدگی و طرد (p<۰/۰۵، d=-۱۳/۷)، معنادار است؛ تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودگردانی و عملکرد مختل (p<۰/۰۵، d=-۸/۸۹) و پیش‌آزمون پیگیری خودگردانی و عملکرد مختل (p<۰/۰۵، d=-۱۰/۶)، معنادار است؛ تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون محدودیت‌های مختل (p<۰/۰۵، d=-۸/۷۹) و پیش‌آزمون محدودیت‌های مختل (p<۰/۰۵، d=-۱۳/۹)، معنادار است؛ تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ذیگر جهت‌مندی (p<۰/۰۵، d=-۱۱/۴) و پیش‌آزمون دیگر جهت‌مندی (p<۰/۰۵، d=-۱۴/۳)، معنادار است؛ تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گوش به زنگی بیش از حد (p<۰/۰۵، d=-۸/۵۴) و پیش‌آزمون پیگیری گوش به زنگی بیش از حد (p<۰/۰۵، d=-۱۱/۸)، معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در این متغیرها است. همچنین در متغیر اضطراب، تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون (p<۰/۰۵، d=-۸/۳۹)و پیش‌آزمون پیگیری (p<۰/۰۵، d=-۱۳/۳) معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در متغیر اضطراب است. با توجه به جدول ۲ همچنین می‌توان گفت که به طور کلی نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است که نشان دهنده تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در دانش آموزان است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به‌منظور تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره ناسازگار اولیه و اضطراب انجام شد. نتیجه حاصل نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره ناسازگار اولیه دانش آموزان دوره متوسطه مؤثر است. یافته دیگر پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب دانش آموزان دوره متوسطه موثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی پژوهشگرانی چون هوین و همکاران (۲۰۲۲)، برزا، (۲۰۲۲)، سیلورمن و همکاران (۲۰۲۲) و کریر و همکاران (۲۰۲۲) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت مداخله گروه درمانی شناختی- رفتاری با ارائه تکنیک‌های آرام سازی بر احساس عدم کنترل بر شرایط و نگاه منفی که مسبب بروز اضطراب در افراد می‌شود، اثرگذار بود. می‌توان گفت مداخله گروه درمانی شناختی- رفتاری در دانش‌آموزان سبب افزایش تعاملات فردی و اجتماعی با اعضا خانواده خود و دوستان و همتایان شد و سبب گردید این افراد تعاملات بیشتری با محیط خود برقرار سازند و در روند درمان با تقویت‌های کلامی مثبت و امیدواری ، فشارهای روانی کمتری ادراک کنند و احساساتی چون خشم و ناامیدی در این افراد کاهش یابد (هوین و همکاران، ۲۰۲۲). درمان شناختی- رفتاری به دلیل گروهی بودن، تجربه مشکلات تنش‌های ناشی از اضطراب را به صورت مشترک ادراک نموده و سبب شد تا با آموزش استفاده از راهبرد مقابله مناسب، اضطراب، اجتناب و پریشانی و ترس از ارزیابی منفی در این افراد کاسته و دچار اضطراب کمتری شوند و قدرت نگرش واقع‌بینانه و برقراری ارتباط متقابل با دیگران آن‌ها افزایش یابد و همچنین احساس تنش یا ناتوانی در تنش زدایی، ناآرامی و بیقراری، گریز از ارتباطات معمول و دل‌مشغولی‌های مفرط آنها کاهش یابد (کریر و همکاران، ۲۰۲۲).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره بریدگی و طرد دانش‌آموزان موثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون کوپیر و همکاران، (۲۰۲۱)، آفوروم (۲۰۲۱) و نیست و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر بریدگی و طرد می توان گفت: برقراری رابطه درمانی مناسب در جلسات براساس اصول گروه درمانی شناختی رفتاری توانست تأثیر مناسبی بر بهبود طرحواره بریدگی و طرد بگذارد؛ به‌کارگیری تکنیک‌های شناختی دردیدگاه اغراق آمیز و خطاهای شناختی تمام این افراد، بسته به نوع خطای شناختی، تغییراتی را ایجاد کرد و باعث شد دیدگاه غیرواقع‌بینانه آن‌ها مبنی بر این که افراد مهم زندگی در نهایت آن‌ها را طرد خواهند کرد یا درک نمی‌شوند، تعدیل شوند (زلالی و همکاران، ۲۰۲۱).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره خودگردانی و عملکرد مختل دانش‌آموزان موثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون رک و همکاران (۲۰۲۲) و دو و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر خودگردانی و عملکرد مختل می‌توان گفت: گروه درمانی شناختی رفتاری با هدف قرار دادن تمایل به درمانده بودن و جلب ترحم و کمک دیگران با استفاده از راهبردهای شناختی و الگوشکنی رفتاری بوده است. براساس تکنیک‌های شناختی به کار برده شده در جلسات توانست این افراد را متوجه خطاهای شناختی خودشان بکند (کوپیر و همکاران، ۲۰۲۱).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره محدودیت‌های مختل موثر است. نتیجه اصل با نتایج پژوهشگرانی چون کوپیر و همکاران، (۲۰۲۱)، آفوروم (۲۰۲۱) و نیست و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت: درمان شناختی رفتاری به بیمار کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تشخیص دهد و برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را تغییر بدهد، از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته‌ای، استفاده می‌شود و فرض این درمان بر این است که به بیمار کمک کند تا تغییراتی مطلوب در زندگی خود پدید آورد. بنابراین تأکید در درمان، متوجه فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه‌ی بالینی است (نیست و همکاران، ۲۰۲۱).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره دیگر جهت‌مندی موثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون رک و همکاران (۲۰۲۲)، آفوروم (۲۰۲۱) و گیلبرت و همکاران (۲۰۲۱) موثر است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: این درمان عموماً کوتاه مدت است و بر کمک به بیماران در پرداختن به یک مشکل خاص تمرکز دارد. در خلال دوره درمان، فرد یاد می‌گیرد که چگونه الگوهای فکری مخرّب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی برروی رفتارش هستند را شناسایی کند و تغییر دهد؛ ماهیت رویکرد شناختی رفتاری این است، که محصولات شناختی آن میان موقعیت‌ها و پاسخ‌های عاطفی، رفتاری و فیزیولوژیکی واسطه می‌شوند و به این ترتیب این رویکرد، یک بسط مهم از الگوی محرک و پاسخ رفتار انسان است (آفوروم، ۲۰۲۱).

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد که گروه درماانی شناختی رفتاری بر طرحواره گوش به زنگی موثر ات. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون گیلبرت و همکاران (۲۰۲۱) و نیست و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: گروه درمانی شناختی رفتاری بیشتر مبتنی بر حالا است تا گذشته؛ این درمان طرحواره فرد را بیشتر پذیرا است و اختلالات روانشناختی را پدیده‌ای طبیعی جلوه می‌دهد؛ در نتیجه جهت بهبود طرحواره گوش به زنگی اثربخشی دارد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۲۱).

درمجموع نتایج این مطالعه نشان داد اضطراب و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌مراتب مناسب‌تر از گروه در گواه است. این مداخله تا حد زیادی توانست اضطراب و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را کاهش دهد و از این رو می‌تواند در درمان مبتلایان به اضطراب و دارای طرحواره‌ای ناسازگار اولیه به کار گرفته شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس و حجم پایین نمونه اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش قدرت تعمیم پذیری در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بالاتر استفاده شود.

منابع

امیدی حسین آبادی، ح؛ عباسی اسفجیر، ع.ا. (۱۳۹۴). رابطه نوبت کاری شب با میزان افسردگی و اضطراب پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۴(۲)، ۳۹-۲۹. URL: http://ijnv.ir/article-1-268-fa.html

سیفی‌زاده آرانی، ح؛ زارعی محمودآبادی، ح؛ بخشایش، ع. (۱۳۹۸). رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و سازگاری زناشویی با واسطه‌گری ترس از صمیمت در متأهلین. *خانواده پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۴۸۶- ۴۶۷. https://jfr.sbu.ac.ir/article_97783.html

طالبی، ع. (۱۳۹۷). *تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر احساس تنهایی، ناامیدی و نشخوار فکری همسران جانبازان*. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی عمومی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت. https://ganj.irandoc.ac.ir/#/search

کهریزی، ا؛ آقایوسفی، ع.ر؛ میرهاشمی، م. (۱۳۹۰). تأثیر گروه درمانی شناختی به روش مایکل فری در کاهش افسردگی زندانیان. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی (اندیشه و رفتار)*، ۶(۲۲)، ۳۰-۲۱. https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=159363

Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., & Panzeri, M. (2021). Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 1-14. https://link.springer.com/article/10.1007/s10608-021-10209-5#article-info.

Baartmans, J. M. D., van Steensel, F. J. A., Klein, A. M., Wiers, R. W. H. J., & Bögels, S. M. (2022). The role of parental anxiety symptoms in the treatment of childhood social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 104157. https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104157.

Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328-349. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.141056

Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2022). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/bbandelow

Bantjes, J., Kazdin, A. E., Cuijpers, P., Breet, E., Dunn-Coetzee, M., Davids, C., ... & Kessler, R. C. (2021). A web-based group cognitive behavioral therapy intervention for symptoms of anxiety and depression among university students: open-label, pragmatic trial. *JMIR mental health*, *8*(5), e27400. https://preprints.jmir.org/preprint/27400

Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 111-130. https://doi.org/10.1002/cpp.2630

Borza, L. (2022). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety. *Dialogues in clinical neuroscience*. https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/lborza

Brennan, J. M., Dunham, K. J., Bowlen, M., Davis, K., Ji, G., & Cochran, B. N. (2021). Inconcealable: A cognitive–behavioral model of concealment of gender and sexual identity and associations with physical and mental health. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, *8*(1), 80. . https://doi.org/10.1037/sgd0000424

Cao, R., Yang, X., Luo, J., Wang, P., Meng, F., Xia, M., ... & Li, Z. (2021). The effects of cognitive behavioral therapy on the whole brain structural connectome in unmedicated patients with obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *104*, 110037. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2020.110037

Carrier, J. D., Gallagher, F., Vanasse, A., & Roberge, P. (2022). Strategies to improve access to cognitive behavioral therapies for anxiety disorders: A scoping review. *Plos one*, *17*(3), e0264368. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264368

Clarke, E., & Kiropoulos, L. A. (2021). Mediating the relationship between neuroticism and depressive, anxiety and eating disorder symptoms: The role of intolerance of uncertainty and cognitive flexibility. *Journal of Affective Disorders Reports*, *4*, 100101. https://doi.org/10.1016/j.jadr.2021.100101

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

Cornine, A. (2020). Reducing nursing student anxiety in the clinical setting: An integrative review. *Nursing education perspectives*, *41*(4), 229-234 doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000633

Cremers, H. R., & Roelofs, K. (2016). Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, *7*(4), 218-232. https://doi.org/10.1002/wcs.1390

Do, R., Lee, S., Kim, J. S., Cho, M., Shin, H., Jang, M., & Shin, M. S. (2021). Effectiveness and dissemination of computer-based cognitive behavioral therapy for depressed adolescents: Effective and accessible to whom?. *Journal of Affective Disorders*, *282*, 885-893. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.177

Dullas, A. R., De Jesus, E., Santos, J. C., Warren, R., & Mayo II, G. T. The Development of the Mindfulness for Mental Fitness (Mind-Fit) Program: *An Online Mindfulness-Based Cognitive*

Flentje, A. (2020). AWARENESS: Development of a cognitive–behavioral intervention to address intersectional minority stress for sexual minority men living with HIV who use substances. *Psychotherapy*, *57*(1), 35. https://doi.org/10.1037/pst0000243

Fonzo, G. A., & Etkin, A. (2022). Affective neuroimaging in generalized anxiety disorder: an integrated review. *Dialogues in clinical neuroscience*. https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/gfonzo.

Gewali, A., Lopez, A., Dachelet, K., Healy, E., Jean-Baptiste, M., Harridan, H., ... & Ronen, K. (2021). A Social Media Group Cognitive Behavioral Therapy Intervention to Prevent Depression in Perinatal Youth: Stakeholder Interviews and Intervention Design. *JMIR Mental Health*, 8(9), e26188. doi: 10.2196/26188 https://preprints.jmir.org/preprint/26188

Gilbert, C., Earleywine, M., & Altman, B. R. (2021). Perceptions of cognitive behavioral therapy, aerobic exercise, and their combination for depression. *Professional Psychology: Research and Practice*. https://doi.org/10.1037/pro0000397

Group Therapy Program for Anxiety and Depression among Filipino College Students. https://www.researchgate.net/profile/Angelo-Dullas/publication

Huynh, A. T., Gaboury, I., Provencher, M. D., Norton, P. J., & Roberge, P. (2022). Patient acceptability of group transdiagnostic cognitive behavior therapy for the treatment of anxiety disorders in community-based care: a qualitative study. *Clinical Psychologist*, *26*(2), 119-128.

Kaczkurkin, A. N., & Foa, E. B. (2022). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: an update on the empirical evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*. https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/akaczkurkin

Koppers, D., Van, H., Peen, J., & Dekker, J. J. (2021). Psychological symptoms, early maladaptive schemas and schema modes: predictors of the outcome of group schema therapy in patients with personality disorders. *Psychotherapy Research*, 31(7), 831-842. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1852482.

Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, *74*, 102268. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268

Lenze, E. J., & Wetherell, J. L. (2022). A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*. https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/elenze

Levy, H. C., O'Bryan, E. M., & Tolin, D. F. (2021). A meta-analysis of relapse rates in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 102407. https://doi.org/10.1111/jcpp.13486

Levy, H. C., Stevens, K. T., & Tolin, D. F. (2022). Research Review: A meta-analysis of relapse rates in cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *63*(3), 252-260. https://doi.org/10.1111/jcpp.13486

Louis, J. P., Ortiz, V., Barlas, J., Lee, J. S., Lockwood, G., Chong, W. F., ... & Sim, P. (2021). The Good Enough Parenting early intervention schema therapy based program: Participant experience. *Plos one*, 16(1), e0243508. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243508. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0082131

Metzger, I. W., Anderson, R. E., Are, F., & Ritchwood, T. (2021). Healing interpersonal and racial trauma: Integrating racial socialization into trauma-focused cognitive behavioral therapy for African American youth. *Child maltreatment*, *26*(1), 17-27. https://doi.org/10.1177/1077559520921457

Mizzi, S., Pedersen, M., Lorenzetti, V., Heinrichs, M., & Labuschagne, I. (2022). Resting-state neuroimaging in social anxiety disorder: a systematic review. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 164-179. https://doi.org/10.1038/s41380-021-01154-6.

Nesset, M. B., Bjørngaard, J. H., Whittington, R., & Palmstierna, T. (2021). Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? A randomised controlled trial. *International journal of nursing studies*, *113*, 103- 115. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103795

O'Toole, M. S., Zachariae, R., & Mennin, D. S. (2017). Social anxiety and emotion regulation flexibility: Considering emotion intensity and type as contextual factors. *Anxiety, Stress, & Coping*, *30*(6), 716-724. https://doi.org/10.1080/10615806.2017.1346792

Offurum, C. J. (2021). Towards a deductive approach for identifying maladaptive and salubrious schemas: linking schemas to needs contribution to schema-oriented cognitive behavioral therapy. *Journal of Professional Counselling and Psychotherapy Research*, 3(2). https://journals.aphriapub.com/index.php/JPCPR/article/view/1215

Oh, H., Park, K., Yoon, S., Kim, Y., Lee, S. H., Choi, Y. Y., & Choi, K. H. (2018). Clinical utility of beck anxiety inventory in clinical and nonclinical korean samples. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 666. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00666

Otte, C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. *Dialogues in clinical neuroscience*. https://doi.org/10.31887/DCNS.2011.13.4/cotte

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]

Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(3), 569-584. https://doi.org/10.1002/cpp.2533

Pilkington, P. D., Bishop, A., & Younan, R. (2021). Adverse childhood experiences and early maladaptive schemas in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(3), 569-584. https://doi.org/10.1002/cpp.2533

Rek, K., Kappelmann, N., Zimmermann, J., Rein, M., Egli, S., & Kopf-Beck, J. (2022). Evaluating the role of maladaptive personality traits in schema therapy and cognitive behavioural therapy for depression. *Psychological Medicine*, 1-10. https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2041363

Rozen, N., Gilboa-Schechtman, E., Marom, S., Hermesh, H., & Aderka, I. M. (2022). Comorbid major depressive disorder in cognitive-behavior group treatment for social anxiety disorder: An examination of processes of symptom change. Psychotherapy. https://doi.org/10.1037/pst0000413.

Silverman, W. K., Rey, Y., Marin, C. E., Jaccard, J., & Pettit, J. W. (2022). Does training parents in reinforcement skills or relationship skills enhance individual youths' cognitive behavioral therapy for anxiety? Outcome, specificity, and mediation. *Clinical Psychological Science*, *10*(2), 355-373. https://doi.org/10.1177/21677026211016402

Stein, D. J., Scott, K. M., De Jonge, P., & Kessler, R. C. (2022). Epidemiology of anxiety disorders: from surveys to nosology and back. *Dialogues in clinical neuroscience*. https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/dstein

Wolgensinger, L. (2022). Cognitive behavioral group therapy for anxiety: recent developments. *Dialogues in clinical neuroscience*. https://doi.org/10.31887/DCNS.2015.17.3/lwolgensinger.

Zolali, A., Atashpour, S. H., & Sajjadian, I. (2021). Effectiveness of Identity-based Psychodrama Educational-therapeutic Program on Identity Styles and Neuroticism. *Caspian Journal of Neurological Sciences*, *7*(3), 140-147. URL: http://cjns.gums.ac.ir/article-1-438-en.html.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-02-14]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.9.11.4]