

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

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

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.

[Marjantaghvayi@yahoo.com](mailto:Marjantaghvayi@yahoo.com)

Gholamreza Zakeripoor

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

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.

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 (0.415), impaired limitations (0.771), other orientation (0.315), and excessive rining. (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 ( $p < 0.05$ ). 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.

چکیده

هدف پژوهش تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و اضطراب دانش آموزان دوره متوسطه بود. این پژوهش از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون 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 نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند. این تعداد در بین گروه درمانی شناختی رفتاری و گروه گواه به طور تصادفی جایگزین شدند. داده ها با استفاده از پرسشنامه های طرحواره های ناسازگار اولیه جفری یانگ (YSQ-SF) (۱۹۹۸) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI-II) (۱۹۸۸) جمع آوری شد. مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری در ۱۲ جلسه ۱/۵ ساعته و هفته ای یکبار برگزار شد. داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد اثر اصلی مداخله برای بریدگی و طرد ( $\eta^2 = 0.741$ )، خودگردانی و عملکرد مختل ( $\eta^2 = 0.415$ )، محدودیت های مختل ( $\eta^2 = 0.771$ )، دیگر جهت مندی ( $\eta^2 = 0.315$ )، گوش به زنگی بیش از حد ( $\eta^2 = 0.185$ ) و برای اضطراب ( $\eta^2 = 0.822$ ) معنادار هستند ( $p < 0.05$ ) یعنی بین دو گروه از نظر میانگین مولفه های طرحواره های ناسازگار اولیه و اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ). نتیجه گیری می شود با استفاده از گروه درمانی شناختی رفتاری می توان به تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه و کاهش اضطراب دانش آموزان دوره متوسطه کمک کند.

**واژه های کلیدی:** اضطراب، گروه درمانی شناختی رفتاری، طرحواره های

ناسازگارانه اولیه

## 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<sup>۱</sup> 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<sup>۲</sup>، ۲۰۲۱). اختلالات اضطرابی<sup>۳</sup> 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<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). این اختلالات در کودکان و نوجوانان دارای شیوع طول عمری ۴/۷ تا ۹/۱ درصدی هستند (لنزه و وته‌رل<sup>۵</sup>، 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 (بارتمنز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). اختلال اضطراب فراگیر<sup>۷</sup> و اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۸</sup> از مهم‌ترین این اختلالات هستند. اختلال اضطراب فراگیر که شیوع دوازده‌ماهه آن در نوجوانان ۰/۹ درصد است، شامل اضطراب و نگرانی مفرط یا انتظار دل‌ایسانه درباره برخی از رویدادها یا فعالیت‌هاست. اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۹</sup> نیز که شیوع دوازده‌ماهه آن در کودکان و نوجوانان حدود ۷ درصد است (فونزو و اتکین<sup>۱۰</sup>، ۲۰۲۲). شامل ترس شدید و پایداری از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی (کرمس و رولوفس<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۶) و اجتناب<sup>۱۲</sup> زیاد از این موقعیت‌هاست (اتوله و همکاران<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۷). معمولاً تشخیص طول‌عمری مربوط به اختلالات اضطرابی، به جز اختلال اضطراب اجتماعی، در میان زنان میزان بیشتری را نشان می‌دهند (روزن<sup>۱۴</sup> 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<sup>۱۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). اما از آنجایی که اضطراب یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی در نوجوانان است که با پیامدهای بلند مدت همراه است (کورنین<sup>۱۶</sup>، ۲۰۲۰). نظریات شناختی اضطراب معتقدند طرحواره های ناسازگار اولیه نقش تعیین‌کننده‌ای در این اختلال دارند (فاوستینو<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

نظریه طرحواره‌های ناسازگار اولیه براین باور است که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول به علت ارضا نشدن نیازهای هیجانی، در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند (لوئیس<sup>۱۸</sup> 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 پیازه تداعی می‌شود، چرا که او در مراحل مختلف رشد شناختی به تفصیل در خصوص طرح‌واره‌ها بحث کرده است. در حوزه‌ی رشد شناختی، طرح‌واره 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 ارنتر<sup>۱۹</sup>، ۲۰۲۱). آن دسته از طرح‌واره‌هایی که به رشد و شکل‌گیری مشکلات

1 Levy

2 Clarke &amp; Kiroopoulos

3 anxiety disorders

4 Bandelow

5 Lenze &amp; Wetherell

6 Baartmans

7 generalized anxiety disorder (GAD)

8 social anxiety disorder

9 social anxiety disorder

10 Fonzo &amp; Etkin

11 Cremers, &amp; Roelofs

12 avoidance

13 O'Toole

14 Rozen

15 Lee

16 - Cornine

17 Faustino

18 Louis

19 Bachrach, &amp; Arntz

روان‌شناختی می‌انجامد طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌نامند؛ این طرح‌واره‌ها الگوهای شناختی و هیجانی خود آسیب‌رسانی هستند که از جریان اولیه رشد آغاز شده و در طول زندگی تداوم می‌یابند (پیلکینگتون<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). نتایج تحقیقات مختلفی نشان داده‌اند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه گوناگون آسیب‌پذیری خاصی را برای انواع آشفتگی‌های روان‌شناختی ایجاد می‌کنند (کوپر<sup>۲</sup> 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 روان‌درمانی، طرح‌واره 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 روان‌درمانی، 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 هیچ‌گونه 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 درباره‌ی خود یا دیگران»؛ حتی اگر این دیدگاه نادرست یا تحریف شده باشد. با این تعریف کلی، طرح‌واره می‌تواند مثبت یا منفی، سازگار یا ناسازگار باشد و همچنین می‌تواند در اوایل زندگی یا در سیر بعدی زندگی شکل بگیرد (ارنتز<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). کراگ<sup>۴</sup> 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 بر اینکه به حال دیگران سودمند است، احساس توانمندی می‌کنند. در این میان گروه درمانی شناختی رفتاری، نوعی روان‌درمانی است که به بیماران کمک می‌کند تا به درک افکار و احساساتی که بر روی رفتارشان تأثیر می‌گذارد، نایل گردند (زاللی<sup>۵</sup> 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<sup>۶</sup> 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<sup>۷</sup> 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<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). ویژگی‌های درمان شناختی-رفتاری نظیر گروهی بودن، فعال بودن، هدف‌دار بودن (برنان<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۱؛ دولاس<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲)، متمرکز بودن بر مشکل (متزگر<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱)، آموزش مهارت‌های مقابله و تأکید بر بازخورد، برای افزایش خودشناسی انسجامی مراجعه‌کنندگان بسیار مناسب است (فلینتج<sup>۱۲</sup>، ۲۰۲۰). پژوهشگرانی چون هوین<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۰۲۲)، برزا<sup>۱۴</sup> (۲۰۲۲)، سیلورمن<sup>۱۵</sup> و همکاران (۲۰۲۲)، کریر<sup>۱۶</sup> و همکاران (۲۰۲۲)، ولگنسینگر<sup>۱۷</sup> (۲۰۲۲)، لوی<sup>۱۸</sup> و همکاران (۲۰۲۲)، کاکزکین<sup>۱۹</sup> 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 می‌شود که بیاموزد که تفکرها و تصورات خود در مورد رخدادها یا ناخوشایند را به‌طور عینی ارزیابی کند و به آزمون بگذارد (دو<sup>۲۰</sup> 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 Kaczurkin

20 Do

(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 طرح‌واره‌های ناکارآمد را کاهش دهد (رک<sup>۱</sup> 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 پیردازد؛ 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 ناسازگار اولیه دانش‌آموزان 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 دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان نظرآباد در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که ۳۰۰ نفر برآورد شد. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان 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 شرکت‌کنندگان 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 شرکت‌کنندگان هر دو گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین بعد از یک ماه از گذشت مداخله نیز مجدداً 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 تجزیه و تحلیل 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 (کاملاً نادرست = ۱ تا کاملاً درست = ۶) و ۱۵ خرده مقیاس شامل محرومیت هیجانی، طرد/رهر شدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرمف شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری 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<sup>۲</sup> 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  $(r=0/45)$  و  $(r=0/56)$  است (پیلکینگتون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). در پژوهش غیائی (۱۳۸۸) روایی همزمان پرسشنامه با مقیاس نگرش‌های ناکارآمد ۰/۶۵ گزارش شد.

1 Rek

2 - Bach

3 - Pilkington

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

**پرسشنامه اضطراب بک (BAI-II):** این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی ۲۱ آیتمی است که توسط بک<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۸ برای اندازه گیری 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 می کند. 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 طبقه ای بین دو متغیر نمرات حاصل از پرسشنامه اضطراب و ارزیابی متخصص بالینی پیرامون میزان اضطراب افراد در جمعیت مضطرب  $I=0/72$  بدست آمده است. در پژوهش بک و همکاران (۱۹۸۸) روایی پرسشنامه اضطراب بک از طریق محاسبه ضریب همبستگی با مقیاس تجدیدنظر شده درجه بندی اضطراب همیلتون (۱۹۵۹) و مقیاس تجدید نظر شده درجه بندی افسردگی همیلتون (۱۹۶۰) به ترتیب ۰/۵۱ و ۰/۲۵ گزارش شد (به نقل از اوح<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). مطالعات انجام شده در داخل کشور نشان می دهد 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  $I=0/48$  بود (امیدی حسین آبادی و عباسی اسفجیر، ۱۳۹۴). همچنین آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۸۳ است.

**پروتکل گروه درمانی 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 به قرار 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 نظریه های شناختی اضطراب آشنایی با افکار خود آیند و تحریف های شناختی تکالیف شکل شناسایی افکار خود آیند نوشتن بدترین ای بی سی های روزانه..       |
| جلسه سوم   | مرور تکالیف جلسه قبل آموزش ماهیت طرحواره ها 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 دسته بندی باورها تکالیف ادامه رسمه پیکان عمودی دسته بندی باورها.                          |
| جلسه پنجم  | مرور تکالیف جلسه قبل تهیه فهرست اصلی باورها نقشه های شناختی تکالیف ادامه رسم پیکان عمودی دسته بندی باورهای جدید.                                                              |
| جلسه ششم   | مرور تکالیف جلسه قبل آموزش تغییر پذیری باورها آزمون باورها و تحلیل واقعیت تکالیف تکمیل فهرست باورها تحلیل عینی باورهای شناسایی شده.                                           |
| جلسه هفتم  | مرور تکالیف جلسه قبل آموزش تحلیل سودمندی و تحلیل همسانی تکالیف شناسایی باورهای مشکل زا و تحلیل سودمندی.                                                                       |
| جلسه 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

اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در دانش آموزان دوره متوسطه  
The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on modulating primary maladaptive schemas and anxiety in ...

|              |                                                                                                                                                 |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| جاسه دهم     | مرور تکالیف جلسه قبل توضیح در مورد تغییر ادراکی و بازداري قشری اختیاری تکالیف انجام روزانه حداقل نیم ساعت تغییر ادراکی یا بازداري قشری اختیاری. |
| جلسه یازدهم  | مرور تکالیف جلسه قبل آموزش روش تنبیه خود و خود پاداش دهی تکالیف تمرین روش تنبیه خود و خود پاداش دهی.                                            |
| جلسه دوازدهم | مرور تکالیف جلسه قبل شیوه های نگهداری نتایج درمان گرفتن بازخورد از شرکت کنندگان.                                                                |

## یافته ها

میانگین سن در گروه درمان شناختی- رفتاری ۱۵/۸ با انحراف معیار ۰/۸۳۳ و در گروه گواه برابر با ۱۶/۱ با انحراف معیار ۰/۸۳۸ بود. تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سنی وجود نداشت و گروه ها همگن بودند ( $p > ۰/۰۵$ ). یافته های توصیفی پژوهش به تفکیک دو مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۱ ارائه شده 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                    | پیش آزمون | ۱۰/۸                 | ۲/۶۱         | ۹/۱۰    | ۲/۳۴         |
|                                 | پس آزمون  | ۷/۳۲                 | ۱/۴۳         | ۱۰/۸    | ۲/۷۸         |
|                                 | پیگیری    | ۷/۰۶                 | ۱/۳۹         | ۱۱      | ۲/۹۱         |
| خودگردانی و عملکرد مختل         | پیش آزمون | ۱۳/۱                 | ۲/۸۸         | ۱۲/۹    | ۲/۵۵         |
|                                 | پس آزمون  | ۹/۳۱                 | ۱/۳۳         | ۱۳      | ۳/۳۴         |
|                                 | پیگیری    | ۹/۰۱                 | ۱/۲۱         | ۱۳/۳    | ۳/۶۱         |
| محدودیت های مختل                | پیش آزمون | ۱۴/۱                 | ۲/۶۵         | ۱۳/۶    | ۳/۷۳         |
|                                 | پس آزمون  | ۱۰/۸                 | ۱/۹۰         | ۱۴      | ۳/۸۷         |
|                                 | پیگیری    | ۱۰                   | ۱/۶۷         | ۱۴/۳    | ۳/۹۲         |
| گوش به زنگی بیش از حد و بازداري | پیش آزمون | ۱۳/۹                 | ۲/۷۹         | ۱۴      | ۳            |
|                                 | پس آزمون  | ۱۱/۱                 | ۱/۹۵         | ۱۴/۵    | ۳/۸۱         |
|                                 | پیگیری    | ۱۱                   | ۱/۷۴         | ۱۴/۷    | ۳/۹۶         |
| محدودیت های مختل                | پیش آزمون | ۱۲/۴                 | ۲/۷۲         | ۱۱/۳    | ۲/۶۳         |
|                                 | پس آزمون  | ۹/۸۳                 | ۲/۰۱         | ۱۲/۰۳   | ۲/۷۴         |
|                                 | پیگیری    | ۹/۶۱                 | ۲            | ۱۲/۴    | ۲/۸۲         |
| اضطراب                          | پیش آزمون | ۲۹/۰۶                | ۳/۹۴         | ۲۹      | ۲/۷۷         |
|                                 | پس آزمون  | ۲۳/۲                 | ۲/۶۵         | ۲۸/۸    | ۲/۸۲         |
|                                 | پیگیری    | ۲۳/۰۶                | ۲/۴۳         | ۲۸/۹    | ۲/۸۴         |

چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می شود، میانگین مولفه های طرحواره های ناسازگار اولیه و اضطراب در دو گروه درمانی شناختی رفتاری و گروه کنترل نشان داده شده است؛ چنانچه مشاهده می شود میانگین مولفه های 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 ( $F=۳/۹۶$ ،  $P < ۰/۰۱$ ) به

دست آمد که سطح معنی داری میزان  $F$  به دست آمده کمتر از  $۰/۰۵$  گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تأیید قرار نمی گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه ها می توان از این فرض چشم پوشی کرد (رضائی و استوار، ۱۳۹۶). همچنین کرویت ماچلی برای متغیر های پژوهش ( $۰/۰۰۱ = \text{آماره موشلی}$ ،  $۴۱۹/۲ = \text{توزیع خی دو}$ ،  $P < ۰/۰۱$ ) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از  $۰/۰۵$  نیست، از آزمون محافظه کارانه ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه ها برای متغیر بریدگی و طرد ( $F = ۱/۵۶$  و  $P > ۰/۰۵$ )، خودگردانی و عملکرد مختل ( $F = ۲/۱۷$ ) و  $P > ۰/۰۵$ ، محدودیت های مختل ( $F = ۰/۹۲۹$ ،  $P > ۰/۰۵$ )، دیگر جهت مندی ( $F = ۴/۲۱$  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 نشان دهنده تأیید همگنی واریانس ها است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

| اثر                        | نام آزمون                | مقدار | F     | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی داری | مجذور ایثای تفکیکی |
|----------------------------|--------------------------|-------|-------|--------------|--------------|---------------|--------------------|
|                            | آزمون پیلایی             | ۰/۶۳۵ | ۳۹/۰۷ | ۲            | ۴۵           | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۳۵              |
| زیر مولفه های طرح واره های | گروه * عامل              | ۰/۳۶۵ | ۳۹/۰۷ | ۲            | ۴۵           | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۳۵              |
| ناسازگار اولیه و اضطراب    | آزمون اثر هتلینگ         | ۱/۷۳  | ۳۹/۰۷ | ۲            | ۴۵           | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۳۵              |
|                            | آزمون بزرگ ترین ریشه روی | ۱/۷۳  | ۳۹/۰۷ | ۲            | ۴۵           | ۰/۰۰۱         | ۰/۶۳۵              |

چنانکه اطلاعات جدول ۳ نشان می دهد، متغیرهای پژوهش در گروه مداخله، با کنترل اثر پیش آزمون، شاخص لاندای ویلکز در سطح  $۰/۰۱$  معنی دار است. ( $Wilks\ Lambda = ۰/۳۶۵$ ،  $F = ۳۹/۰۷$ ،  $P = ۰/۰۰۱$ ،  $\eta^2 = ۰/۶۳۵$ ). مجذور سهمی اتا حامی از آن است که  $۶۳/۵$  درصد از تغییرات هم زمان متغیرهای وابسته (مولفه های طرح واره های 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 اندازه گیری مکرر  $۲ \times ۳$  به منظور بررسی اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرح واره های ناسازگار اولیه و اضطراب در دانش آموزان

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

نتایج جدول ۴ نشان می دهد که اثر اصلی گروه برای بریدگی و طرد ( $F = ۹۵/۴$ ،  $P < ۰/۰۵$ ،  $\eta^2 = ۰/۷۴۱$ )، خودگردانی و عملکرد مختل ( $F = ۱۳/۹$ ،  $P < ۰/۰۵$ ،  $\eta^2 = ۰/۴۱۵$ )، محدودیت های مختل ( $F = ۲۴/۲$ ،  $P < ۰/۰۵$ ،  $\eta^2 = ۰/۷۷۱$ )، دیگر جهت مندی ( $F = ۱۲/۹$ ،  $P < ۰/۰۵$ ،  $\eta^2 = ۰/۳۱۵$ )، گوش به زنگی بیش از حد ( $F = ۱۵/۲$ ،  $P < ۰/۰۵$ ،  $\eta^2 = ۰/۷۶۰$ ) و برای اضطراب ( $F = ۱۲۸/۹$ ،  $P < ۰/۰۵$ ،  $\eta^2 = ۰/۸۲۲$ ) معنادار هستند؛ یعنی بین

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 ( $F=14/5, P<0/05, \eta^2=0/367$ )، خودگردانی و عملکرد مختل ( $F=6/37, P<0/05, \eta^2=0/185$ )، محدودیت‌های مختل ( $F=7/37, P<0/05, \eta^2=0/327$ )، دیگر جهت‌مندی ( $F=13/5, P<0/05, \eta^2=0/327$ ) و برای متغیر اضطراب نیز اثر اصلی سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به زنگی بیش از حد ( $F=15/2, P<0/05, \eta^2=0/822$ ) و عبارتی بین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 ۱   | مرحله ۲  | 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*               | ۰/۰۰۲    |
|                         |           | 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 تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر مولفه‌های طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان است؛ به طوری که تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بریدگی و طرد ( $d=-9/63, p<0/05$ ) و پیش‌آزمون پیگیری بریدگی و طرد ( $p<0/05$ )، معنادار است؛ تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودگردانی و عملکرد مختل ( $d=-8/89, p<0/05$ ) و پیش‌آزمون پیگیری خودگردانی و عملکرد مختل ( $d=-10/6, p<0/05$ )، معنادار است؛ تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون محدودیت‌های مختل ( $d=-8/79, p<0/05$ ) و پیش‌آزمون پیگیری محدودیت‌های مختل ( $d=-13/9, p<0/05$ )، معنادار است؛ تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون دیگر جهت‌مندی ( $d=-11/4, p<0/05$ ) و پیش‌آزمون پیگیری دیگر جهت‌مندی ( $d=-14/3, p<0/05$ )، معنادار است؛ تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون گوش به زنگی بیش از حد ( $d=-8/54, p<0/05$ ) و پیش‌آزمون پیگیری گوش به زنگی بیش از حد ( $d=-11/8, p<0/05$ )، معنادار است که نشان دهنده تأثیر مداخله پژوهش در این متغیرها است. همچنین در متغیر اضطراب، تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $d=-8/39, p<0/05$ ) و پیش‌آزمون پیگیری ( $d=-13/3, p<0/05$ ) 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 دانش‌آموزان است.

## 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 مؤثر 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 مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون کوپپر و همکاران، (۲۰۲۱)، آفوروم (۲۰۲۱) و نیست و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر بریدگی و طرد می‌توان 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 در دیدگاه 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 مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون رک و همکاران (۲۰۲۲) و دو و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین تأثیر 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 (کوپپر و همکاران، ۲۰۲۱).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره محدودیت‌های مختل مؤثر است. نتیجه اصل با نتایج پژوهشگرانی چون کوپپر 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 مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون رک و همکاران (۲۰۲۲)، آفوروم (۲۰۲۱) و گیلبرت و همکاران (۲۰۲۱) مؤثر 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 مخرب یا مزاحمی که دارای تأثیرات منفی بر روی رفتارشان 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).

اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در دانش آموزان دوره متوسطه  
The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on modulating primary maladaptive schemas and anxiety in ...

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری بر طرحواره گوش به زنگی موثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون گیلبرت و همکاران (۲۰۲۱) و نیست و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در تبیین یافته حاضر می توان گفت: گروه درمانی شناختی رفتاری بیشتر مبتنی بر حالا است تا گذشته؛ این درمان طرحواره فرد را بیشتر پذیرا است و اختلالات روانشناختی را پدیده ای طبیعی جلوه می دهد؛ در نتیجه جهت بهبود طرحواره گوش به زنگی اثربخشی دارد (گیلبرت و همکاران، ۲۰۲۱). در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد اضطراب و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه در گروه درمان در مراحل پس آزمون و پیگیری به مراتب مناسب تر از گروه در گواه است. این مداخله تا حد زیادی توانست اضطراب و طرحواره های ناسازگار اولیه را کاهش دهد و از این رو می تواند در درمان مبتلایان به اضطراب و دارای طرحواره های ناسازگار اولیه به کار گرفته شود. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به روش نمونه گیری در دسترس و حجم پایین نمونه اشاره کرد. بنابراین پیشنهاد می شود به منظور افزایش قدرت تعمیم پذیری در پژوهش های آتی از روش های نمونه گیری 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)، ۲۹-۳۹. URL: <http://ijnv.ir/article-1-268-fa.html>
- سیفی زاده آرانی، ح؛ زارعی محمودآبادی، ح؛ بخشایش، ع. (۱۳۹۸). رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه و سازگاری زناشویی با واسطه گری ترس از صمیمت در متأهلین. *خانواده پژوهی*، ۱۵(۶۰)، ۴۸۶-۴۶۷. [https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_97783.html](https://jfr.sbu.ac.ir/article_97783.html)
- طالبی، ع. (۱۳۹۷). *تأثیر 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؛ آقاییوسفی، 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.pnpb.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>

- 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.
- Kaczurkin, 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/akaczurkin>
- 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>.
- Neset, 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/fpsy.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>

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

- 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>.