



اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی همراه با درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در سالمندان

✉ دکتر فاطمه رضایی

دانشگاه لرستان

علی اصغر فرخزادیان

دانشگاه لرستان

دکتر مسعود صادقی

دانشگاه لرستان

طبق پژوهش‌های اخیر میزان اختلال‌های اضطرابی در سالمندان بالا است و این اختلالات به‌طور معمول شناسایی یا درمان نشده‌اند. بنابراین هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی همراه با درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر بود. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر اصفهان (بر اساس مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر و مصاحبه بالینی) در سال ۱۳۹۶ بودند که تعداد ۳۰ نفر از آنان بر اساس معیارهای ورود به مطالعه انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. پس از کسب رضایت از شرکت‌کنندگان، گروه آزمایش در درمان گروهی طراحی شده توسط پژوهشگر که شامل ۱۲ جلسه ۱ ساعته بود شرکت داده شدند. در انتهای درمان مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر به‌طور مجدد به‌عنوان پس‌آزمون اجرا شد. داده‌های حاصل از تحلیل کوواریانس در نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ نشان داد که ترکیب طرحواره‌درمانی هیجانی و درمان باورهای فراشناختی می‌تواند به‌طور معناداری باعث کاهش نگرانی و علائم اضطراب سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شود ($P=0/001$). طرحواره‌درمانی هیجانی را می‌توان در ترکیب با درمان باورهای فراشناختی به‌عنوان درمانی مؤثر و کامل‌تر نسبت به درمان‌های دیگر در مداخلات روان‌شناختی سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مدنظر قرار داد.

دریافت: ۱۳۹۷/۰۷/۰۴

پذیرش: ۱۳۹۷/۰۸/۲۶

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی،

طرحواره‌درمانی هیجانی، اختلال

اضطراب فراگیر، سالمند

نحوه ارجاع‌دهی به مقاله:

فرخزادیان، ع. ا.، رضایی، س.، و

صادقی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی

طرحواره‌درمانی هیجانی همراه با

درمان فراشناختی بر کاهش

نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر

در سالمندان. مجله روان‌شناسی

پیری، ۴(۲)، ۸۳-۹۱.

علی اصغر فرخزادیان، دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. فاطمه رضایی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران. مسعود صادقی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

✉ مکاتبات مربوط به این مقاله باید خطاب به فاطمه رضایی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران باشد. پست الکترونیکی: rezaeipsyc@gmail.com

طور معمول در دوره‌های بعدی زندگی در سالمندان به وجود می‌آید، باقی اختلالات اضطرابی در سالمندان مزمن بوده و از دوره‌های ابتدایی‌تر زندگی به وجود آمده است. اختلالات اضطرابی به‌طور معمول علت ناشناخته پریشانی، ناتوانی و مرگ و میر در سالمندان است و با بیماری‌های قلبی عروقی، سکنه و زوال شناختی در این افراد ارتباط

اختلالات اضطرابی به‌وفور در سالمندان رخ می‌دهد، اما اغلب یا شناخته نشده‌اند یا تحت درمان قرار نگرفته‌اند. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان می‌دهد در حدود ۱۵ درصد از سالمندان به این اختلالات مبتلا هستند. به غیر از اختلال اضطراب فراگیر^۱ و ترس از مکان‌های باز که به

¹ Generalized anxiety disorder

باشد طرحواره‌های هیجانی^۱ است (لیهی، تیرج و ناپولیتانو، ۲۰۱۱؛ کمالی، غرابی و بیرشک، ۲۰۱۳).

طبق مدل طرحواره‌های هیجانی (لیهی، ۲۰۰۲؛ ۲۰۰۷) افراد دیدگاه‌های شناختی متفاوتی درباره هیجان‌های خود دارند (طرحواره‌های هیجانی) و وقتی افراد دچار یک هیجان می‌شوند طرحواره‌های هیجانی زیربنایی آنها (انطباقی یا غیرانطباقی) فعال می‌شود. درمان طرحواره‌های هیجانی^۲ شکل جدیدی از درمان شناختی-رفتاری است که لیهی (۲۰۰۷) با اقتباس از نظریه شناختی-بک، طرحواره‌درمانی یانگ، مدل فراشناختی ولز و رویکردهای مبتنی بر پذیرش برای درمان مشکلات هیجانی تدوین نمود. طبق این مدل درمانی همه افراد، هیجان‌ات منفی و دردناک را تجربه می‌کنند اما آنچه که افراد را از یکدیگر متمایز می‌سازد، چگونگی تفسیر و واکنش به هیجان‌ات و یا همان طرحواره‌های هیجانی آنها است (لیهی، ۲۰۰۷). درمان طرحواره‌های هیجانی در این زمینه با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ مشترک است چراکه در هر دو درمان به گسترش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و پاسخ‌های انطباقی و انعطاف‌پذیر به تجارب هیجانی آشفته‌ساز توجه ویژه‌ای شده است. اما ارزش اختصاصی درمان طرحواره‌های هیجانی به تمرکز بر مفهوم‌سازی و راهبردهای افراد در مقابل هیجان‌ات دشوار می‌باشد که این مداخله درمانی را اثربخش‌تر می‌کند (لیهی و همکاران، ۲۰۱۱). این درمان مدل جامعی از مداخلات مبتنی بر تنظیم هیجانی از جمله اعتباربخشی هیجانی توسط خود و دیگران، مداخلات مبتنی بر اصلاح طرحواره‌های هیجانی، آزمایش و اصلاح باورهای منفی پیرامون هیجان‌ات، ذهن‌آگاهی، تعدیل پردازش هیجانی، کاهش استرس، بازسازی شناختی، پذیرش و اشتیاق و مهربانی با خود را ارائه داده است (لیهی، ۲۰۰۷).

از سوی دیگر پژوهش‌ها نشان می‌دهند درمان باورهای فراشناختی نیز می‌تواند یکی از درمان‌های مؤثر بر بهبود اختلال اضطراب فراگیر باشد (ولز و همکاران، ۲۰۱۰؛ وندر هیدن، موریس و وندر مولن، ۲۰۱۲؛ شفیع‌ی سنگ‌آتش، رفیعی‌نیا و نجفی، ۱۳۹۱). باورهای فراشناختی به ارزیابی‌ها و احساسات خاصی اطلاق می‌شود که افراد درباره حالات

دارد. مکانیسم اضطراب در سالمندان با جوانان متفاوت است و این تفاوت ناشی از آسیب‌شناسی عصبی و وجود فقدان‌ها و انزوای بیشتر در این دوره است (آندرسکو و وارون، ۲۰۱۵).

یکی از رایج‌ترین اختلالات اضطرابی در سالمندان اختلال اضطراب فراگیر است. کرمیزیوگلو، دوگان، کوگا و آکیوز (۲۰۰۹) شیوع این اختلال را در سالمندان ۶/۹ درصد اعلام کرده‌اند. اما بوتنورین و همکاران (۲۰۱۵) شیوع این اختلال را در زنان سالمند ۳۲/۹ درصد و در مردان سالمند ۱۵/۵ درصد اعلام کرده‌اند که تفاوت‌های جنسیتی معناداری را نیز نشان می‌دهد. اختلال اضطراب فراگیر نوعی اختلال اضطرابی است که به صورت نگرانی بیش از اندازه و نامعقول در مورد اتفاقات و فعالیت‌های روزمره تعریف می‌شود. علائم این اختلال را طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (ویرایش پنجم) می‌توان اضطراب و نگرانی شدید، عدم توانایی کنترل نگرانی، اختلال در عملکرد اجتماعی و همراه بودن نگرانی با نشانه‌های بی‌قراری، خستگی، عدم تمرکز، زودرنجی، تنش ماهیچه‌ای و خواب مختل دانست که آنها را نمی‌توان به آثار مستقیم یک ماده، یک بیماری جسمی یا بیماری روانی دیگر نسبت داد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اختلال اضطراب فراگیر اختلال مزمنی است که به طور معمول با دوره‌های افسردگی همراه بوده و با افزایش ناتوانی و مرگ و میر بیشتر در سالمندان همراه است (کسلر، کلر و ویچن، ۲۰۰۱). در واقع چنین فرض می‌شود که سالمندان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در اکثر موارد دوره‌های مزمن یا شدید افسردگی را تجربه می‌کنند (کسلر و همکاران، ۲۰۰۱). پژوهش‌های دیگر نیز نشان می‌دهد اختلال اضطراب فراگیر در بزرگسالان می‌تواند با اختلالات مزمن دیگر (گونکالوز، پاچانا و بیرن، ۲۰۱۱، به نقل از ژانگ و همکاران، ۲۰۱۵) و محدودیت‌های عملکردی (لیانگ و سارین، ۲۰۱۱، به نقل از ژانگ و همکاران، ۲۰۱۵) در ارتباط باشد.

در سال‌های اخیر پژوهشگران زیادی به پژوهش در مورد اضطراب پرداخته و آن را از جهات زیست‌شناختی و روان‌شناختی مورد بررسی قرار داده‌اند. به لحاظ روان‌شناختی، پژوهش‌های مختلف، همبسته‌های مختلفی را برای این اختلال یافته‌اند؛ یکی از عواملی که طبق پژوهش‌ها می‌تواند با اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط

¹ Emotional schemas

² Emotional schemas therapy

³ Acceptance & Commitment Therapy

فراشناختی در ایجاد و بقای اختلال اضطراب فراگیر در سالمندان را نشان داده‌اند.

فرخزادیان، رضایی و صادقی (۱۳۹۶) در پژوهش خود که به منظور تدوین مدلی روان‌شناختی برای اختلال اضطراب فراگیر مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی و باورهای فراشناختی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که در ایجاد اختلال اضطراب فراگیر، عوامل طرحواره‌های هیجانی و باورهای فراشناختی در رابطه بین نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر میانجی‌گری می‌کند. به طوری که باورهای فراشناختی نیز خود عامل میانجی بین طرحواره‌های هیجانی و اختلال اضطراب فراگیر می‌باشد. بنابراین با توجه به تأثیر دو متغیر طرحواره‌های هیجانی و باورهای فراشناختی در ایجاد اختلال اضطراب فراگیر می‌توان نتیجه گرفت به احتمال زیاد درمانی که مبتنی بر این دو متغیر باشد و هر دو متغیر را پوشش دهد می‌تواند در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر مفید باشد. در مورد تأثیر درمان‌های فراشناختی (عاشوری، ۱۳۹۴؛ شیعی سنگ‌آتش و همکاران، ۱۳۹۱) و طرحواره‌درمانی هیجانی (خالقی، محمدخانی و حسنی، ۱۳۹۵؛ دانشمندی، ایزدخواه، کاظمی و مهرابی، ۱۳۹۳) بر اختلال اضطراب فراگیر در سنین غیر از میانسالی پژوهش‌های مختلفی انجام شده است که همگی حاکی از تأثیر این دو نوع درمان در بهبود نشانه‌های این اختلال هستند. اما در ایران تأثیر هیچ نوع درمانی اعم از درمان باورهای فراشناختی و طرحواره‌درمانی هیجانی بر اختلال اضطراب فراگیر در سالمندان بررسی نشده است و یا حداقل پژوهشی مبنی بر این، توسط پژوهشگر مشاهده نشده است. درمان این اختلال در سالمندان فقط در برخی پژوهش‌های خارج از ایران مانند پژوهش وترال، گتر و کراسک (۲۰۰۳) مورد بررسی قرار گرفته که نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری می‌تواند در بهبود این اختلال در این قشر سنی تأثیر مثبت معنادار داشته باشد.

با توجه به مطالب ذکر شده در مورد تأثیری که طرحواره‌های هیجانی انطباقی و غیرانطباقی و باورهای فراشناختی می‌تواند بر اختلال اضطراب فراگیر وجود داشته باشد، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی این درمان که ترکیبی از درمان باورهای فراشناختی و درمان طرحواره‌های هیجانی است بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر سالمندان می‌باشد. بنابراین فرضیه پژوهش حاضر مبنی بر این می‌باشد که طرحواره‌درمانی هیجانی همراه با درمان

ذهنی‌شان دارند (ولز، ۱۹۶۲/۱۳۹۰). ولز (۲۰۱۱؛ ۲۰۱۳) بیان می‌کند که فرآنگرانی و باورهای فراشناختی نقش مرکزی را در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر بازی می‌کنند. در همین زمینه نتایج پژوهش راشیو و بورکاکو (۲۰۰۴) نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی منفی درباره نگرانی، خاص بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. درمان فراشناختی برخلاف درمان شناختی-رفتاری به جای تکیه بر محتوای افکار، به فرایند پردازش اطلاعات می‌پردازد و معتقد است که توجه سوگیری شده و پردازش‌های معیوب شناختی و فراشناختی همراه با باورهای فراشناختی، علت ابتلا به اضطراب و نگرانی است. بر اساس مدل درمانی باورهای فراشناختی، درمان موفق اختلال اضطراب فراگیر باید بر تعدیل چندین عامل فراشناختی تمرکز داشته باشد. این عوامل شامل باورهای نادرست در مورد کنترل‌ناپذیری نگرانی، باورهای منفی در مورد پیامدهای آسیب‌زای نگرانی و باورهای مثبت در مورد سودمندی نگرانی به عنوان سبک مقابله‌ای می‌باشد. درمان فراشناختی چرایی و چگونگی بازتعمیم یا گسترش افکار منفی را مدنظر قرار می‌دهد. درحالی که درمان شناختی-رفتاری به بررسی اعتبار افکار می‌پردازد، درمان فراشناختی به اصلاح شیوه تجربه و تنظیم افکار می‌پردازد. مبنای نظری درمان فراشناختی چنین بیان می‌دارد که سبک‌های تفکر که نشانگان توجه شناختی^۱ نام دارد، یک ویژگی همگانی اختلالات است و باعث طولانی شدن و شدت یافتن هیجان‌ات آشفتگی‌زا می‌شوند. این نشانگان شامل سه بخش نگرانی و نشخوار فکری، بازیابی تهدید و رفتارهای مقابله‌ای می‌باشد (ولز، ۲۰۰۸).

وارکال و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهش خود نشان دادند که سالمندان نسبت به جوانان، دارای باورهای فراشناختی متفاوتی هستند که این به احتمال زیاد باید نتیجه‌ی پاره‌سن گذاشتن باشد که می‌تواند در سالمندی باعث ایجاد اضطراب شود. آنها همچنین در پژوهش خود نشان داده‌اند که زوال شناختی همراه با پیری، می‌تواند سطوح اعتماد شناختی را کاهش دهد که این خود می‌تواند باورهای فراشناختی متفاوتی را در سالمندان در مقایسه با جوانان ایجاد کند که در نهایت می‌تواند باعث ابتلای فرد سالمند به اختلال اضطراب فراگیر گردد. همچنین دیفنباخ، گیلیام و تولین (۲۰۱۲) نیز در پژوهش خود نقش باورهای

^۱ Cognitive Attentional Syndrome

فراشناختی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در سالمندان تأثیر مثبت معنادار دارد.

روش

طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، مراجعین سالمند مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مراکز مشاوره در سطح شهر اصفهان در سال ۹۶ بودند که تعداد ۳۰ نفر (۱۵ مرد و ۱۵ زن) از آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان حجم نمونه پژوهش انتخاب شدند. با توجه به اینکه نمره فرد در مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر به عنوان یکی از ملاک‌های ورود به پژوهش مورد استفاده قرار گرفت، در نتیجه همان مقیاس تکمیل شده توسط شرکت‌کنندگان در مرحله غربالگری، به عنوان داده‌های مربوط به پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت از (۱) حداقل سن ۶۰ سال، (۲) پرکردن فرم رضایت آگاهانه، (۳) دریافت تشخیص فعلی اختلال اضطراب فراگیر یا وجود اختلال اضطراب فراگیر طبق مقیاس کوتاه اضطراب فراگیر بودند و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل (۱) نیاز به بستری به علت بیماری‌های جسمی، (۲) نیاز به مصرف داروهای پزشکی که با درمان اضطراب تداخل داشته باشد، (۳) عدم توانایی ادامه شرکت در پژوهش به علت عود مشکلات جسمی می‌شدند. یافته‌های جمعیت‌شناختی پژوهش نشان داد دامنه سنی شرکت‌کنندگان از ۶۰ تا ۷۵ سال بود. میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش عبارت است از $68/35 \pm 5/97$ و میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل $67/82 \pm 5/92$ بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن کل شرکت‌کنندگان $68/58 \pm 5/95$ بود. به لحاظ وضعیت تأهل کنونی، در گروه آزمایش ۱۲ نفر متأهل (۸۰٪) و ۳ نفر (۲۰٪) همسرشان را از دست داده بودند. در گروه کنترل این میزان به ترتیب ۱۱ (۷۳٪) و ۴ نفر (۲۷٪) بود. میزان تحصیلات افراد گروه آزمایش نیز ۲ نفر (۱۳٪) کارشناسی ارشد، ۵ نفر (۳۳٪) کارشناسی و ۸ نفر (۵۴٪) دیپلم بودند که این میزان در گروه نمونه به ترتیب ۱ نفر (۶٪)، ۵ نفر (۳۳٪) و ۹ نفر (۶۰٪) بودند. همچنین شرکت‌کنندگان به لحاظ جنسیت مساوی بودند به این معنی که ۱۵ نفر زن و ۱۵ نفر مرد بودند.

ابزار

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر^۱. این مقیاس با هدف ساختن ابزاری کوتاه برای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر و سنجش نشانه‌های بالینی مبتلایان، توسط اشپیتزر، کروانک، ویلیامز و لوو (۲۰۰۶) ساخته شده است. این مقیاس دارای هفت سؤال اصلی و یک سؤال اضافی است که میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی مبتلایان را می‌سنجد (نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۹۰). نیومن و همکاران (۲۰۰۲) میزان بالایی از ضریب پایایی بازآزمایی و اعتبار تفکیکی گزارش کردند. همچنین طبق پژوهش نائینیان و همکاران (۱۳۹۰) این مقیاس در ایران نیز از میزان روایی و پایایی خوبی برخوردار است، چنانکه میزان آلفای کرونباخ به دست آمده $0/85$ و میزان ضریب بازآزمایی به دست آمده $0/48$ ($P < 0/01$) بود. آلفای کرونباخ برای این مقیاس در مطالعه حاضر نیز $0/87$ به دست آمده است.

پروتکل درمانی. در این پژوهش از دو بسته طرحواره درمانی هیجانی و باورهای فراشناختی که ۱۲ جلسه به طول انجامید جهت درمان گروهی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده شد (شرح در جدول ۱).

روش اجرا

در ابتدا با مراجعه به چندین مرکز مشاوره در شهر اصفهان و هماهنگی با مدیر مراکز، از میان سالمندانی که برای دریافت خدمات درمانی روان‌شناختی به این مراکز مراجعه کرده بودند تعداد ۳۰ نفر که در سال ۹۶ بر اساس مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و مصاحبه به اختلال اضطراب فراگیر مبتلا بودند شناسایی شده و پس از هماهنگ کردن با این مراجعان و کسب رضایت از آنان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش در درمان گروهی طراحی شده و انجام شده توسط پژوهشگر اول که شامل ۱۲ جلسه ۱ ساعته بود و در مرکز خدمات روان‌شناختی پردیس اصفهان انجام می‌شد به صورت رایگان شرکت داده شدند و در آخر نیز مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر به عنوان پس‌آزمون توزیع و توسط آنان تکمیل شد. خوشبختانه در کل زمان انجام درمان، هیچ‌گونه ریزشی در نمونه گروه آزمایش و

¹ Generalized anxiety disorder scale- 7 item (GAD-7)

جدول ۱

خلاصه محتوای جلسات درمان

جلسه	هدف	محتوا
اول	آماده‌سازی و سنجش اولیه	در ابتدا پس از معارفه در مورد درمان صحبت شد، برای شرکت در پژوهش بین پژوهشگر و شرکت‌کنندگان قرارداد رفتاری بسته شد و در آخر تصویرسازی به آنها آموزش داده شد.
دوم	توضیح منطق درمان و تغییر تعابیر	منطق درمان توضیح داده شد، سعی شد تعابیر نسبت داده شده به تجارب قبلی از طریق بازسازی تصویر ذهنی تغییر داده شود، در آخر نیز تکلیف خانگی به شرکت‌کنندگان داده شد.
سوم	شناسایی و تغییر طرحواره‌ها	در ابتدا تکلیف خانگی بررسی شد، برای شناسایی دقیق و تغییر طرحواره‌هایی که ریشه در تجارب آسیب‌رسان گذشته دارند در سه مرحله نقش تاریخی ایفا شد (مرحله ایفای نقش موقعیت اصلی، جابه‌جایی نقش، بازسازی)، در آخر تکلیف خانگی ارائه شد.
چهارم	به چالش کشیدن طرحواره‌های شناسایی‌شده	در ابتدا تکلیف خانگی بررسی شد، طرحواره‌های شناسایی‌شده به چالش کشیده شد و بیمار به تفکر درباره افکار ناکارآمدش ترغیب شد، از گفتگوی سقراطی استفاده شد، از فنون بازآفرینی دوبعدی ارتباط فرضی و همچنین از فنون نمودار دایره‌ای و روش دادگاه استفاده شد، در آخر تکلیف خانگی ارائه شد.
پنجم	غلبه بر طرحواره‌های منفی	در ابتدا تکلیف خانگی بررسی شد، آزمون تاریخی طرحواره انجام شد، عکس‌های خانوادگی که خودشان در آن حضور دارند بررسی شد، از دفترچه ثبت نکات مثبت برای غلبه بر طرحواره‌های منفی و ایجاد افکار آرامش‌بخش استفاده شد، در آخر تکلیف خانگی ارائه شد.
ششم	تغییر افکار تکرارشونده	در ابتدا تکلیف خانگی بررسی شد، آزمایش تغییر افکار تکرارشونده انجام شد، در آخر تکلیف خانگی ارائه شد.
هفتم	تکنیک‌های ذهن‌آگاهی	در ابتدا تکلیف خانگی بررسی شد، از فنون ذهن‌آگاهی برای آگاهی بیشتر از تجارب حسی (تکنیک خوردن آگاهانه کشمش) استفاده شد، انجام تنفس ذهن‌آگاهانه به‌عنوان تکلیف خانگی معین شد.
هشتم	ادامه تکنیک‌های ذهن‌آگاهی	در ابتدا تکلیف خانگی بررسی شد، تنفس ذهن‌آگاهانه انجام شد، از استعاره‌های برگ‌های شناور و ابر برای کاهش دیدگاه قضوتی بیماران نسبت به افکار و هیجانات استفاده شد.
نهم	شروع درمان باورهای فراشناختی	در مورد باورهای فراشناختی و رابطه آنها با طرحواره‌های هیجانی توضیح داده شد و بر نقش باورهای فراشناختی در ایجاد کردن مشکل مشخص شده تأکید شد. ذهن‌آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نگرانی مورد استفاده قرار گرفت، آزمایش فرونشانی انجام شد.
دهم	چالش با باورهای فراشناختی	از اسناد مجدد کلامی برای بررسی و تضعیف باورهای فراشناختی منفی درباره‌ی کنترل‌ناپذیری نگرانی استفاده شد، شواهد مخالف با باورهای فراشناختی فرد بررسی شد، آزمایش‌های از دست دادن کنترل و تشدید عمدی نگرانی در دو موقعیت اجرا شد.
یازدهم	انجام آزمایش‌های رفتاری	باورهای فراشناختی منفی مربوط به خطر به‌طور دقیق ارزیابی شد، از روش تشدید ناهمخوانی و آزمایش‌های رفتاری نظیر نظرسنجی کوچک، آزمایش دیوانه شدن، آسیب زدن به بدن با نگرانی، استفاده شد. اثرات نگرانی بر بدن به‌منظور تحکیم آموخته‌های فرد ارزیابی شد. پیش‌بینی‌های خاص فرد مورد آزمون قرار گرفت.
دوازدهم	تضعیف باورهای فراشناختی مثبت، اجرای پس‌آزمون	از راهبردهای متعدد از جمله اسناد مجدد کلامی و راهبرد عدم تناسب نگرانی (عدم تناسب گذشته‌نگر و عدم تناسب آینده‌نگر) برای تضعیف باورهای مثبت استفاده شد، مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر به‌طور مجدد اجرا شد.

یافته‌ها

این بخش از پژوهش حاضر شامل جداول و نمودارهای به دست آمده از تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها مربوط به بررسی تأثیر درمان مبتنی باورهای فراشناختی و طرحواره‌های هیجانی بر کاهش نشانه‌های اختلال

کنترل وجود نداشت. به‌منظور رعایت اصول اخلاقی به گروه کنترل نیز پس از اتمام پژوهش، خدمات روان‌شناسی رایگان ارائه شد. در آخر داده‌های مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون به وسیله تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

قرار گرفته‌اند. شاخص‌های توصیفی دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ آورده شده است.

اضطراب فراگیر در سالمندان می‌باشد. در زیر داده‌ها به‌صورت توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل

جدول ۲

اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات اختلال اضطراب فراگیر در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
اختلال اضطراب فراگیر	۱۲ (۱/۳۵)	۶/۸۷ (۱/۴۰)	۱۲/۰۸ (۱/۳۸)	۱۱/۷۷ (۱/۱۲)

شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد نمرات اختلال اضطراب فراگیر از لحاظ آماری معنی‌دار نبود ($F_{(1, 28)} = 0.93$ $P = 0.61 > 0.05$). بنابراین مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز رد نشد.

مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چند متغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. مقدار F تعامل متغیر مستقل و همپراش ۱/۱۲ می‌باشد که معنادار نیست ($P > 0.05$)؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه صفر مورد قبول و فرضیه مقابل رد شده و پیش‌فرض همگونی شیب رگرسیون رعایت شده است. برای تعیین توزیع جامعه (نرمال بودن داده‌ها) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد. در آزمون انجام شده سطح $P > 0.05$ بود که نشان‌دهنده نرمال بودن توزیع جامعه است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. به‌منظور پی بردن به معناداری تفاوت نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون تحلیل کوواریانس صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

طبق جدول ۲ میانگین پیش‌آزمون نمرات اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش ۱۲ و گروه کنترل ۱۲/۰۸ و در پس‌آزمون میانگین نمره گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۶/۸۷ و ۱۱/۷۷ می‌باشد. بنابراین تفاوت گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل قابل ملاحظه است.

جهت تحلیل داده‌ها و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد، بنابراین از آزمون باکس استفاده گردید [برای پیش‌آزمون ($\text{Box's } M = 4.08$ $F = 0.90$ $P = 0.78 > 0.05$) و برای پس‌آزمون ($\text{Box's } M = 4.26$ $F = 0.94$ $P = 0.81 > 0.05$) محاسبه شد]. میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است، پس نتیجه گرفته شد که در ماتریس‌های واریانس-کوواریانس همگنی رد نشد.

برای بررسی همگونی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگونی واریانس‌های لوین استفاده

جدول ۳

نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر روی میانگین نمرات اختلال اضطراب فراگیر در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	میانگین مجزورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اختلال اضطراب فراگیر	۷۹/۵۳	۱	۹۹/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶	۱

ناشی از تأثیر متغیر مستقل (درمان فراشناختی همراه با طرحواره‌درمانی هیجانی) بوده است.

با توجه به مندرجات جدول ۴ مقدار F برای نمرات اختلال اضطراب فراگیر ۹۹/۶۱ به دست آمد که در سطح ($P < 0.001$) معنادار است و با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۴۹ درصد تغییر در نمرات اختلال اضطراب فراگیر

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی تأثیر طرحواره‌درمانی هیجانی همراه با درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در سالمندان مبتلا به این اختلال بود. یافته‌های پژوهش نشان داد این درمان ترکیبی توانست نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر را به‌طور معناداری کاهش دهد. گرچه پژوهش داخلی یا خارجی که فرضیه فوق و یا اثربخشی درمان‌های باورهای فراشناختی یا طرحواره‌درمانی را به‌صورت مجزا بر روی اضطراب سالمندان بررسی کرده باشد وجود نداشت یا حداقل توسط پژوهشگر مشاهده نشد. جهت تبیین تأثیر این درمان بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند گفت بر اساس مدل طرحواره‌درمانی، هنگامی که یک هیجان برانگیخته یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده و یا کاهش می‌یابد. طرحواره‌های هیجانی غیرانطباقی بیشتر از سایر طرحواره‌ها مشخص‌کننده اختلال‌های خاصی هستند (سردارزاده، علی‌بیگی و ابراهیمی، ۲۰۱۴). اضطراب اغلب به‌صورت امری غیرقابل مقابله و یا از دست دادن کنترل در مورد خطر یک موقعیت و یا خطر هیجان‌هایی که فرد تجربه می‌کند تجربه می‌شود. به‌علاوه از آنجا که فقدان کنترل باعث فاجعه بیشتر می‌شود باور به لزوم کنترل کردن، جنبه متناقض اکثر اختلال‌های اضطرابی است (هافمن، الپرز و پائولی، ۲۰۰۹) که جزء باورهای فراشناختی فرد است. در واقع این درمان ترکیبی با به‌کارگیری رویکرد پذیرش هیجان‌ها، ذهن‌آگاهی و اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار و همچنین تغییر باورهای فراشناختی غلط از جمله لزوم کنترل افکار موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار، باورهای فراشناختی اشتباه، حواس جسمی و هیجان‌های اضطرابی می‌شود و با آموزش به فرد سالمند برای قضاوت نکردن در مورد هیجان‌ها و صرف مشاهده آنها به کاهش نشانه‌های اضطراب منجر می‌گردد. طبق مدل طرحواره‌های هیجانی، ارزیابی‌های منفی از هیجان و راهبردهای تنظیم هیجانی هستند که مشکل‌ساز می‌شوند. این افراد تلاش می‌کنند تا نگرانی‌های خود را با استفاده از جستجو برای راه‌حل‌های کامل در جهت کاهش عدم قطعیت برطرف کنند و ممکن است از موقعیت‌هایی که نگرانی آنها را برمی‌انگیزد اجتناب کنند. در واقع این افراد به

خاطر داشتن نگرانی، دچار نگرانی نوع ۲ یا همان فرانگرانی می‌شوند که باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری نگرانی و پیامدهای آسیب‌زا و خطرناک آن و باورهای مبنی بر فواید درگیر شدن در فرایند نگرانی به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای است، که در نهایت این راه‌حل‌های به کار گرفته شده، فرد را دچار اختلال اضطراب فراگیر می‌کند (خالقی و همکاران، ۱۳۹۵). در این درمان راهبردهای همیشگی به کار گرفته شده توسط بیمار شناسایی می‌شود و به او یادآوری می‌شود که این راهبردها مناسب نبوده و در بلندمدت موجب تشدید مشکل او می‌شوند. بنابراین از او خواسته می‌شود تا راهبردهای همیشگی را کنار بگذارد و راهبردهایی که در طی درمان به آنها آموخته می‌شود را در هنگام بروز هیجان‌ها و نشانه‌های اضطراب به کار گیرد. مدل طرحواره‌های هیجانی بر این اصل استوار است که افراد دارای اختلال اضطرابی از نگرانی به‌عنوان راهبردی برای مقابله با هیجان برانگیخته شده استفاده می‌کنند، بنابراین به‌کارگیری این درمان که هم طرحواره‌های هیجانی و هم باورهای فراشناختی و فرانگرانی فرد را درگیر می‌کند می‌توان ضمن اصلاح طرحواره‌های هیجانی و کمک به تنظیم هیجان، به اصلاح باورهای فراشناختی مرتبط با نگرانی پرداخت و استفاده از نگرانی را به‌عنوان راهبردی ناکارآمد در تنظیم هیجان کاهش داد. در این درمان زمانی که فرد دچار آشفتگی هیجانی می‌شود، ارزیابی‌ها در مورد هیجان و راهبردهای به کار گرفته شده توسط فرد شناسایی می‌شود. در ابتدا با افزایش آگاهی و آموزش روانی در مورد هیجان‌ها، ترس و اجتناب هیجانی و همچنین فرانگرانی و باورهای فراشناختی به بیماران کمک می‌شود تا تجربه هیجانی را به‌صورت بهنجار و همگانی در نظر بگیرند. این همگانی دانستن هیجان‌ها، به عادی‌سازی، اعتباربخشی و ترغیب به پذیرش طیف گسترده‌ای از هیجان‌ها کمک می‌کند. بیماران با برچسب‌زنی و آموزش در مورد هیجان‌ها و اصلاح طرحواره‌های هیجانی از قبیل پذیرش هیجان، خودآگاهی هیجانی، غیرقابل کنترل بودن هیجان و مرتبط ساختن هیجان‌ها با ارزش‌های والاتر ضمن کاهش علائم و نگرانی یاد می‌گیرند به‌جای مقابله با هیجان از روش‌های جایگزین دیگری استفاده کنند (لیهی، ۲۰۰۷؛ لیهی، تیرچ و ناپولیتانو، ۲۰۱۱).

همچنین هرچه فرد بیشتر نگرانی را غیر قابل کنترل بداند بیشتر دچار اضطراب می‌گردد (شفیعی سنگ‌آتش و

شفیعی سنگ‌آتش، س.، رفیعی‌نیا، پ.، و نجفی، م. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر اضطراب و مؤلفه‌های فراشناختی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۱۶)، ۳۱-۱۹.

عاشوری، ج. (۱۳۹۴). تأثیر فراشناخت درمانی بر اضطراب فراگیر و افسردگی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *فصلنامه پرستاری دیابت*، ۳(۲)، ۲۹-۱۹.

فرخزادیان، ع.ا.، رضایی، ف.، و صادقی، م. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای طرحواره‌های هیجانی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر. *روانشناسی بالینی و شخصیت*. زیر چاپ.

نائینیان، م.ر.، شعیری، م.ر.، شریفی، م.، و هادیان، م. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۳(۴)، ۵۰-۴۱.

ولز، آ. (۱۳۹۰). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی (ترجمه ش. محمدخانی). تهران: وراي دانش. تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۶۲.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.)*. Washington, DC: Author.

Andreescu, C., & Varon, D. (2015). New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Current Psychiatry Reports*, 17(7), 53-65.

Butnoriene, J., Bunevicius, A., Saudargiene, A., Nemeroff, C. B., Norkus, A., Cicenienė, V., & Bunevicius, R. (2015). Metabolic syndrome, major depression, generalized anxiety disorder, and ten-year all-cause and cardiovascular mortality in middle aged and elderly patients. *International Journal of Cardiology*, 190, 360-366. doi:10.1016/j.ijcard.2015.04.122.

Diefenbach, G. J., Gilliam, C. M., & Tolin, D. F. (2012). Metacognitive Beliefs in Late-Life Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(5), jep-021911.

Hofmann SG, Alpers GW, Pauli P. (2009). Phenomenology of panic and phobic disorders. In Antony, M. M., & Stein, M. B. (eds.) *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders* (pp. 34-46). New York: Oxford University Press.

همکاران، (۱۳۹۱). درمان فراشناختی از طریق روش‌های هدایتی جایگزین به شکستن باور مربوط به کنترل ناپذیری و خطر می‌پردازد و فرد در عمل کنترل نگرانی را به دست می‌گیرد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که سه بعد از فراشناخت با بدکارکردی روان‌شناختی مرتبط می‌باشد. این سه بعد شامل باورهای منفی درباره نگرانی معطوف به کنترل ناپذیری و خطر، باورهای مرتبط به نیاز به کنترل افکار و اطمینان شناختی است (پورنامداریان، بیرشک و اصغرنژاد فرید، ۱۳۹۱). درمان فراشناختی با بهره‌گیری از راهکارهای متفاوت به بهبود این باورها می‌انجامد.

این پژوهش نیز مانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی روبرو بود. یکی از بزرگترین محدودیت‌های پژوهش حاضر عدم پیگیری تأثیر درمان در ماه‌های بعد به علت عدم همکاری برخی از شرکت‌کنندگان بود. همچنین ترکیبی بودن درمان و عدم قطعیت در مورد اینکه کدام درمان تأثیر بیشتری در بهبود اختلال داشته است نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش به شمار می‌آید. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی هم تأثیر این دو درمان به‌طور مجزا در سالمندان بررسی گردد و هم جهت بررسی ماندگاری درمان، آزمون‌های پیگیری انجام شود.

سپاس‌گزاری

در آخر از تمامی سالمندانی که در پژوهش حاضر شرکت کردند و همچنین مرکز خدمات روان‌شناختی پردیس اصفهان تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع

پورنامداریان، س.، بیرشک، ب.، و اصغرنژاد فرید، ع.ا. (۱۳۹۱). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۳(۴۹)، ۹۴-۸۶.

خالقی، م.، محمدخانی، ش.، و حسینی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD): مطالعه تک آزمودنی. *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۳۰)، ۵۷-۴۳.

دانشمندی، س.، ایزدیخواه، ز.، کاظمی، ح.، و مهرابی، ح. ع. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان طرحواره‌های هیجانی بر طرحواره‌های هیجانی زنان قربانی کودک‌آزاری و غفلت. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی*، ۲۲(۵)، ۱۴۹-۱۴۸۱.

- Kamali S, Gharraee B, Birashk B. The Role of Emotional Schema in Prediction of Pathological Worry in Iranian Students. *Procedia Social and Behavioral Science*, 84, 994-998. doi:10.1016/j.sbspro.2013.06.687.
- Kessler, R. C., Keller, M. B., & Wittchen, H. U. (2001). The epidemiology of generalized anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(1), 19-39.
- Kirmiziloglu, Y., Doğan, O., Kuğu, N., & Akyüz, G. (2009). Prevalence of anxiety disorders among elderly people. *International Journal of Geriatric Psychiatry: A Journal of the Psychiatry of Late Life and Allied Sciences*, 24(9), 1026-1033.
- Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190.
- Leahy, R. L. (2007). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 36-45.
- Newman, M. G., Zuellig, A. R., Kachin, K. E., Constantino, M. J., Przeworski, A., Erickson, T., & Cashman-McGrath, L. (2002). Preliminary reliability and validity of the Generalized Anxiety Disorder Questionnaire-IV: A revised self-report diagnostic measure of generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 33(2), 215-233.
- Ruscio, A. M., & Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 42(12), 1469-1482.
- Sardarzadeh, S., Ali beige, N., & Ebrahimi, S. (2014). Evaluation of Emotional Schemas in Individuals with Anxiety Disorders. *Journal of Social Issues & Humanities*, 2(4), 25-29.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 100-109.
- Varkal, M. D., Yalvac, D., Tufan, F., Turan, S., Cengiz, M., & Emul, M. (2013). Metacognitive differences between elderly and adult outpatients with generalized anxiety disorder. *European Geriatric Medicine*, 4(3), 150-153.
- Wells, A. (2008). Metacognitive therapy: Cognition applied to regulating cognition. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 651-658
- Wells, A. (2013). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: Guilford press.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 429-434
- Wetherell, J. L., Gatz, M., & Craske, M. G. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 31-40.
- Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I., & Ancelin, M. L. (2015). Generalized anxiety in community-dwelling elderly: prevalence and clinical characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 172, 24-29. doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.036.