

## Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Decrease of Post-Event Rumination and Cognitive Avoidance in People With Clinical Symptoms of Social Anxiety

Ghadampour E.<sup>1</sup> *PhD*, Hosseini Ramaghani N.\* *MSc*, Moradi S.<sup>2</sup> *MA*, Moradiyani Gizeh Rod Kh.<sup>1</sup> *MSc*, Alipour K.<sup>1</sup> *MA*

\*Psychology Department, Literature & Humanities Faculty, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

<sup>1</sup>Psychology Department, Literature & Humanities Faculty, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

<sup>2</sup>Educational Sciences Department, Literature & Humanities Faculty, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

### Abstract

**Aims:** The emotional schema model emphasizes on evaluation and interpretation of emotions and emotion regulation strategies. This study aimed to determine the effectiveness of Emotional Schema Therapy (EST) on decrease of Post-event rumination and cognitive avoidance in people with clinical symptoms of social anxiety.

**Materials & Methods:** This is a semi-experimental study with a pretest-posttest control group. For this purpose, 32 students with clinical symptoms of social anxiety were screened with the cut-off point of the Social Phobia Inventory (SPIN) and clinical interviews and were randomly assigned to experimental and control groups. The Post Event Processing Questionnaire (PEPQ) and Cognitive Avoidance Questionnaire (CAQ) were used to collect data in two conditions (pretest and posttest). Experimental group experienced 10 weeks of emotional schema therapy, while the control group received no treatment. Data were analyzed using SPSS software (ver 23) and Multivariate Analysis Of Covariance (MANCOVA).

**Findings:** The average of post-event rumination and cognitive avoidance were reduced in the experimental group in posttest. After controlling the effect of pretest scores, there were significant differences between the test and control groups in terms of all variables ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** Emotional Schema Therapy due to the emphasis on the role of the individual beliefs and strategies about emotions can be used as an effective intervention in order to reduce symptoms of social anxiety, for example the Post-event rumination and cognitive avoidance in the people with clinical symptoms of social anxiety.

### Keywords:

Emotions [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68004644>];

Social Anxiety [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68001007>];

Rumination [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Rumination>];

Avoidance [<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=Avoidance>];

---

\*Corresponding Author

Tel: +989107005927

Fax: +986633120097

Address: Psychology Department, Literature & Humanities Faculty, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

[nasrin.ramaghani@gmail.com](mailto:nasrin.ramaghani@gmail.com)

Received: 12 Jul 2017

Accepted: 2 May 2018

ePublished: May 16, 2018

## اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در دانش‌آموزان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی

عزت‌الله قدمپور PhD

دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

نسرین السادات حسینی رمقانی \* MSc

دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، ایران.

سمیه مرادی MA

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه علوم تربیتی، دانشگاه لرستان، ایران.

سیده خدیجه مرادیانی MSc

دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، ایران.

کبری عالی‌پور MA

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، ایران.

### چکیده

**اهداف:** مدل طرحواره‌های هیجانی بر نقش ارزیابی و تفسیر هیجانات و راهبردهای تنظیم هیجان در اختلالات اضطرابی تأکید زیادی دارد. این مطالعه با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در دانش‌آموزان با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی صورت گرفت.

**مواد و روش‌ها:** طرح پژوهش به صورت نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. بدین منظور ۳۲ نفر از دانش‌آموزان دارای نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی با استفاده از نقطه برش پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (SPIN) و مصاحبه بالینی غربال شدند و سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل تقسیم شدند. از پرسشنامه‌های پردازش پس‌رویدادی (PEPQ) و اجتناب شناختی (CAQ) برای گردآوری داده‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. گروه آزمایشی طی ده جلسه تحت مداخله با رویکرد طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفت و گروه کنترل چنین مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۳ نرم‌افزار آماري SPSS و روش تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تحلیل قرار گرفتند. **یافته‌ها:** در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در گروه آزمایش کاهش یافت و بعد از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر این متغیرها تفاوت معنی‌داری مشاهده شد ( $p < .001$ ).

**نتیجه‌گیری:** طرحواره درمانی هیجانی به دلیل تأکید بر نقش باورها و راهبردهای فرد درباره هیجانات می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی از جمله نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در افراد دارای نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد. **کلیدواژه‌ها:** هیجان، اضطراب اجتماعی، نشخوار، اجتناب.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۴/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۲/۱۲

\* نویسنده مسئول: nasrin.ramaghani@gmail.com

### مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که ترس پایدار از موقعیت‌های اجتماعی و به تبع آن اجتناب از این موقعیت‌ها، مخصوصاً وقتی که فرد در حال انجام عملکرد است یا در بین افراد ناآشنا حضور دارد، را شامل می‌شود<sup>[1]</sup>. این اختلال از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی است<sup>[2]</sup>، که شیوع سالانه آن تقریباً ۷ درصد و شیوع طول عمر آن ۱۳ درصد

است، سن متوسط هنگام شروع اختلال ۱۳ سالگی است و ۷۵ درصد مبتلایان سن شروع ۸ تا ۱۵ سال را دارند<sup>[3]</sup>. شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است<sup>[4]</sup>. یافته‌های پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با مسائل و مشکلات بی‌شماری از قبیل ترک تحصیل در سنین پایین، رفتارهای بازداری و اجتنابی از موقعیت‌های اجتماعی، وجود طرحواره‌های انعطاف‌ناپذیر در مورد خود و جهان اطراف، رتبه پایین اجتماعی، رفتارهای سلطه‌پذیرانه، ادراک کم صمیمیت در روابط با همسالان و روابط عاشقانه، کاهش حمایت اجتماعی و سلامت روان و کاهش کیفیت زندگی مواجه هستند<sup>[5,6]</sup>.

در زمینه سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی نظریه‌های شناختی و یافته‌های پژوهشی بر پردازش‌های شناختی که تأکید زیادی دارند. یکی از این پردازش‌های شناختی که نتایج پژوهش‌های مختلف نقش آن را در ماندگاری اختلال اضطراب اجتماعی نشان داده‌اند، پردازش پس‌رویدادی است<sup>[7,8,9]</sup>. محتوای نشخوار ذهنی در اختلال اضطراب اجتماعی، پردازش همیشگی یا در فکر فرو رفتن درباره تعاملات اجتماعی و احساس بی‌کفایتی در شرایط اجتماعی گذشته است<sup>[10]</sup>. در مدل کلارک و ولز<sup>[11]</sup>، این فرایند شناختی، نشخوار فکری پس‌رویدادی (یا پردازش پس‌رویدادی) نامیده شده است. مطابق با این مدل مبتلایان به اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی احساسات درونی و رفتار خود را وارسی کرده، پیامدهای روابط اجتماعی خود را منفی و فاجعه‌آمیز می‌دانند و درباره کارکردهای گذشته و حال خود فرضیاتی را می‌سازند و بر اساس آن انتظار عملکردی ضعیف برای آینده را پیش‌بینی می‌کنند. به بیانی دیگر، افراد مضطرب اجتماعی بعد از مواجهه با موقعیت اجتماعی اضطراب‌آور (مثل سخنرانی در کلاس، صحبت در جمع، صحبت با جنس مخالف، هم‌گروه شدن با افراد ناآشنا)، نمی‌توانند به‌طور کامل از اضطراب خود رهایی یابند، به این دلیل که دائماً از تجربیات منفی و تحریف‌شده خویش در موقعیت‌های اجتماعی تصاویر ذهنی منفی می‌سازند. همه این تصورات با طرحواره‌های سودار آن‌ها آمیخته می‌شود و باعث احساس شرمندگی و خجالت درباره برخوردهای اجتماعی گذشته و به دنبال آن افزایش اضطراب انتظاری و احساس فشار برای دوری از تعاملات اجتماعی آینده می‌شود<sup>[12]</sup>.

یکی دیگر از پردازش‌های شناختی که در حفظ و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش مهمی را ایفا می‌کند، اجتناب شناختی است<sup>[13]</sup>. اجتناب شناختی انواع راهبردهای ذهنی است که بر اساس آن افراد تفکرات خویش را در جریان ارتباط اجتماعی تغییر می‌دهند<sup>[14]</sup>. مبتلایان به اضطراب اجتماعی پس از یک تجربه ناخوشایند در تعاملات اجتماعی به پردازش ذهنی موقعیت پرداخته و محتویات ذهنی خود را درباره موقعیت با استفاده از انواع راهبردهای

از سانحه<sup>[24]</sup>، اضطراب فراگیر<sup>[25]</sup> و اضطراب اجتماعی<sup>[26]</sup> تأیید شده است. همچنین علی‌رغم نوظهور بودن طرحواره درمانی هیجانی، اثربخشی این رویکرد درمانی برای اختلالاتی مانند استرس پس از سانحه، افسردگی و اضطراب فراگیر مورد تأیید قرار گرفته است<sup>[27,28,29]</sup>. با این حال هنوز شواهد پژوهشی در زمینه اثربخشی راهبردهای درمانی برآمده از این مدل مفهومی برای اختلال اضطراب اجتماعی در دسترس نیست. اینکه آیا دست‌کاری طرحواره‌های هیجانی افراد در قالب یک پروتکل درمانی منجر به کاهش نشانه‌های مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی خواهد شد یا نه، به‌صورت آزمایشی مورد مطالعه قرار نگرفته است. اما انتظار می‌رود که با به‌کار بردن راهبردهای برآمده از مدل طرحواره‌های هیجانی که به بیمار در شناسایی و نام‌گذاری هیجان‌ها، بهنجارسازی تجربه هیجانی، شناسایی باورهای دردسرساز و راهبردهایی که بیمار برای تفسیر، قضاوت، کنترل، و اقدام در مورد هیجان از آن‌ها استفاده می‌کند<sup>[30]</sup>، بتوان شدت نشخوار فکری پس‌رویدادی فرد مضطرب اجتماعی را کاهش داد و در نهایت با کمک به بیمار برای ایجاد راهبردها و باورهای جدید درباره تجربه هیجانی خود، به‌جای راهبردهای دردسرساز اجتناب شناختی، راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را برای اقدام درباره تجربه هیجانی خود کسب نمایند.

افراد مضطرب اجتماعی بعد از مواجهه با موقعیت اجتماعی اضطراب‌آور نمی‌توانند به‌طور کامل از اضطراب خود رهایی یابند؛ به این دلیل که با استفاده از پردازش پس‌رویدادی از تجربیات منفی و تحریف‌شده خویش در موقعیت‌های اجتماعی تصاویر ذهنی منفی می‌سازند. آن‌ها همچنین در طول این پردازش محتویات ذهنی خود را به کمک انواع راهبردهای اجتناب شناختی تغییر می‌دهند و زمینه را برای رشد احساس بی‌کفایتی و ناتوانی در برقراری روابط اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی مشابه به وجود می‌آورند<sup>[12]</sup>. لذا در پروتکل‌های درمانی ضرورت توجه به این متغیرها یعنی پردازش پس‌رویدادی و اجتناب شناختی آشکار می‌شود. از طرفی با توجه به اینکه طرحواره درمانی هیجانی یکی از جدیدترین اشکال رفتار درمانی شناختی است<sup>[22]</sup> و هنوز مطالعات کافی به بررسی اثربخشی آن به‌ویژه برای اختلال اضطراب اجتماعی نپرداخته‌اند، ضرورت انجام این پژوهش را دوچندان می‌کند. بنابراین با توجه به کمبود شدید مطالعه در این زمینه، همچنین از آنجایی که نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی از عوامل مهم در حفظ و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی است و این دو عامل نیز ارتباط زیادی با طرحواره‌های هیجانی افراد یعنی چگونگی ارزیابی و تفسیر افراد از تجربه هیجانی و نوع راهبرد مقابله‌ای آن‌ها با این تجربه دارد، مطالعه حاضر باهدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در اختلال اضطراب اجتماعی، انجام شد.

اجتناب شناختی تغییر می‌دهند و کوشش می‌کنند تا از تمهیدات اجتنابی برای رهایی از تفکرات نگران‌کننده درباره موقعیت اجتماعی خویش بهره‌جویند<sup>[15]</sup>. انواع راهبردهای اجتناب شناختی از جمله فرونشانی فکر، جانشینی فکر، حواس‌پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر توسط محققین مختلف گزارش شده است<sup>[16,13]</sup>. در تمامی این راهبردها عامل اصلی انحراف ذهن از موضوع نگران‌کننده به‌سوی موضوعات دیگر است. تحقیقات نشان می‌دهند که دو راهبرد فرونشانی فکر و اجتناب از محرک تهدیدکننده منجر به محو کامل افکار نگران‌کننده نمی‌گردد، بلکه زمینه نشخوارهای فکری آزارنده را در بیماران مضطرب اجتماعی ایجاد می‌کند. بنابراین فرونشانی فکر به‌عنوان یک راهبرد اجتنابی می‌تواند نگرانی‌های ذهنی بیشتری را به‌عنوان محتوای فرایند نشخواری پس‌رویدادی ایجاد کند<sup>[17]</sup>. به این صورت که افراد مضطرب اجتماعی در طول پردازش نشخواری پس‌رویدادی محتویات ذهنی خود را به کمک انواع راهبردهای اجتناب شناختی تغییر می‌دهند و زمینه را برای رشد احساس بی‌کفایتی و ناتوانی در برقراری روابط اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی مشابه به وجود می‌آورند<sup>[17]</sup>.

رایج‌ترین درمان به‌کاربرده شده برای اختلال اضطراب اجتماعی، درمان شناختی-رفتاری می‌باشد که از نسل دوم درمان‌های روان‌شناختی است، تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرح‌واره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی است که در طی فرایند درمان با تکنیک‌های مختلفی از جمله بازسازی شناختی، در آن‌ها تغییر یا تعدیل ایجاد می‌شود<sup>[18]</sup>. اگرچه درمان شناختی-رفتاری به‌طور گسترده‌ای برای اختلال اضطراب اجتماعی به‌کاربرده می‌شود ولی کاربرد این نوع درمان برای بسیاری از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به اندازه کافی اثربخش نبوده است یا اینکه بیماران در مرحله پیگیری، بهبودی کمی نشان داده‌اند<sup>[19,20]</sup>.

در سال‌های اخیر لیهی بر اساس مفهوم پردازش هیجانی و مدل فراشناختی، مدل طرحواره هیجانی خود را ارائه داده است. این مدل بر این اصل استوار است که اختلال‌های هیجانی ناشی از باورها، تفاسیر و راهبردهای به‌کار گرفته شده برای مقابله با هیجان‌ها است؛ که این باورها، تفاسیر و راهبردها در مورد تجربه هیجانی، همان طرحواره‌های هیجانی هستند<sup>[21]</sup>. در مدل طرحواره هیجانی، افراد از نظر تفسیر و ارزیابی‌هایی که از تجربه هیجانی خود به عمل می‌آورند با یکدیگر تفاوت داشته و ممکن است با راهبردهای مختلف مانند اجتناب تجربی، راهبردهای شناختی بی‌ثمر، حمایت اجتماعی و یا راهبردهای دیگر بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند<sup>[22]</sup>. طبق نظر لیهی<sup>[21]</sup> طرحواره‌های هیجانی یک عامل بسیار قدرتمند در تبیین اختلالات هیجانی هستند، طوری که نقش آن‌ها در اختلالات روانی مختلف مانند افسردگی<sup>[23]</sup>، استرس پس

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی با طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر نوجوانان مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۶ در مدارس دولتی دوره متوسطه دوم دخترانه شهرستان دلفان بودند. نمونه‌گیری به شیوه خوشه‌ای چندمرحله‌ای انجام شد؛ به این ترتیب که در ابتدا از بین مدارس دوره متوسطه دوم شهرستان دلفان سه دبیرستان دخترانه به‌طور تصادفی انتخاب شدند و سپس به این مدارس مراجعه، و با مسئولین این مدارس در ارتباط با پژوهش حاضر و ویژگی‌های دانش‌آموزان نمونه گفتگو شد. پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین مربوطه، به‌طور تصادف از هر مدرسه سه کلاس انتخاب شد. در مرحله بعد از دانش‌آموزان هر کلاس انتخابی در تمام مدارس انتخاب‌شده برای شرکت در یک پژوهش روان‌شناختی دعوت می‌شد و دانش‌آموزان برای شرکت یا عدم شرکت، آزاد گذاشته می‌شدند، سپس تمام افراد هر کلاس از سه مدرسه انتخابی که برای شرکت در پژوهش ابراز تمایل کرده بودند، پرسشنامه هراس اجتماعی کانور (SPIN) را تکمیل نمودند، و با توجه به نمره نقطه برش<sup>[31]</sup> ۲۹، تعداد افرادی که نمره بالاتر از این نقطه برش اخذ نمودند، غربال شدند و سپس برای افراد انتخاب‌شده، مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های DSM-5 توسط دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی اجرا شد، که در نهایت با عنایت به اینکه طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با توجه به اینکه حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی حداقل ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و کنترل توصیه می‌شود<sup>[32]</sup> ۳۲ دانش‌آموز با نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی، که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. قابل‌ذکر است که علاوه بر کسب نمره موردنظر بر اساس نمره نقطه برش و اخذ تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مصاحبه بالینی، دیگر شرایط ورود آزمودنی‌ها به تحقیق عبارت بود از: داشتن سن حداقل ۱۵ سال، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور هم‌زمان، از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به سؤالات برخوردار باشند و ملاک‌های خروج عبارت بود از: وجود علائم سایکوتیک، وجود افکار وسواسی، داشتن اختلال روان‌شناختی هم‌زمان (به‌جز افسردگی خفیف) در محور یک، وجود رگه‌هایی از اختلال شخصیت و غیبت در بیش از یک جلسه از جلسات آموزشی. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش به‌صورت زیر بودند:

**پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (SPIN):** این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی است که دارای سه خرده مقیاس فرعی، ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده)، ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) می‌باشد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر برای ابداً تا ۴ برای بی‌نهایت

درجه‌بندی می‌گردد، و دارای یک نمره کل می‌باشد که از جمع سه خرده مقیاس به دست می‌آید<sup>[33]</sup>. پایایی این پرسشنامه در ایران توسط زنجانی<sup>[34]</sup> با استفاده از روش آزمون-باز آزمون برابر با ۰/۸۲ و همچنین همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به‌دست آمده است.

**پرسشنامه پردازش پس‌رویدادی (PEPQ):** این پرسشنامه ۱۴ گویه دارد که توسط راجمن و همکاران<sup>[35]</sup> ساخت و اعتباریابی شده است. گویه‌های این مقیاس روی طیف هرگز (صفر) تا کاملاً موافق (۱۰۰) پاسخ داده می‌شوند. نمره بیشتر به معنای پردازش پس‌رویدادی بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه بررسی شده است، به این صورت که پایایی به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۹ و ضریب روایی این مقیاس از طریق بررسی ضریب همبستگی آن با پرسشنامه نگرانی پنسلوانیا برابر با ۰/۴۹ گزارش شده است<sup>[17]</sup>.

**پرسشنامه اجتناب شناختی (CAQ):** این پرسشنامه توسط سکستون و دوگاس<sup>[36]</sup> ساخت و اعتباریابی شده است. این مقیاس دارای ۲۵ گویه است و آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرتی بین هرگز (۱) تا همیشه (۵) به سؤالات پاسخ می‌دهند. خصوصیات روان‌سنجی نسخه فارسی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است، به این صورت که پایایی آن به روش آلفای کرونباخ برای کلی اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ و ضریب روایی این ابزار از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید برابر با ۰/۴۸ گزارش شده است<sup>[17]</sup>.

**شیوه اجرا:** بعد از مراحل تشخیص و نمونه‌گیری، برای دانش‌آموزانی که شرایط لازم جهت انجام پژوهش را دارا بودند، جلسه معارفه‌ای برگزار گردید و در طی آن رضایت آگاهانه برای شرکت در جلسات مداخله به‌صورت کتبی جلب گردید. همچنین در این جلسه برای شرکت‌کنندگان این موارد تشریح شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت‌کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند مداخله نداشته باشند، به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و در صورتی که هر شرکت‌کننده دچار بحران یا مشکل شود که به درمان دارویی نیاز داشته باشد، از طرح پژوهش خارج شده، به روان‌پزشک ارجاع داده شود. سپس تمام افراد گروه نمونه (۳۲ نفر) به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۶ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) گماشته شدند و پیش‌آزمون بر روی آن‌ها اجرا شد. در مرحله بعد افراد گروه آزمایشی در فرآیند اصلی مداخله که طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای توسط دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی با راهنمایی یک نفر از اساتید روان‌شناسی اجرا شد، شرکت نمودند. بعد از اتمام جلسات مداخله‌ای، هر دو گروه آزمایشی و کنترل در مرحله پس‌آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. لازم به ذکر است که در مرحله پس‌آزمون یکی از اعضای گروه کنترل حضور نداشت و بنابراین حجم گروه کنترل به ۱۵ نفر

### یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش از ۱۵ تا ۱۷ سال بود. میانگین سنی گروه آزمایشی  $16/22 \pm 1/26$  و میانگین سنی گروه کنترل  $16/00 \pm 1/12$  سال بود.

در مرحله پس‌آزمون، میانگین نمرات کلی نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در گروه آزمایش کاهش یافت و بعد از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل از نظر میانگین نمرات کلی نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی تفاوت معناداری مشاهده شد ( $p < 0/001$ ). به این صورت که اندازه اثر آموزش طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش نشخوار فکری پس‌رویدادی ۴۷٪ و اجتناب شناختی ۶۵٪ بود (جدول ۲).

جدول ۲) میانگین آماری نمرات کلی نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	متغیر	تعداد	پیش‌آزمون میانگین $\pm$ انحراف استاندارد	پس‌آزمون میانگین $\pm$ انحراف استاندارد
آزمایش	نشخوار فکری	۱۶	۱۴/۶۴ $\pm$ ۷۷/۸۱	۱۵/۷ $\pm$ ۵۲/۸۱
	اجتناب شناختی	۱۶	۱۳/۲۲ $\pm$ ۹۱/۲۵	۱۱/۸۶ $\pm$ ۵۹/۰۶
کنترل	نشخوار فکری	۱۵	۱۰/۱۵ $\pm$ ۷۴/۳۳	۱۳/۹۵ $\pm$ ۷۰/۸۶
	اجتناب شناختی	۱۵	۱۱/۴۱ $\pm$ ۹۰/۳	۱۳/۷۱ $\pm$ ۸۸/۴

### بحث

هدف از پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در دانش‌آموزان دارای نشانگان بالینی اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج نشان داد که این نوع درمان منجر به کاهش معنادار در نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در افراد گروه آزمایشی شد. با مرور پیشینه پژوهش، تحقیقی که به اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته باشد، یافت نشد. لذا در تبیین نتایج سعی شده تا به نزدیک‌ترین تحقیقات مرتبط با پژوهش حاضر اشاره نمود.

در مطالعه رضایی و همکاران<sup>[27]</sup> همسو با پژوهش حاضر، نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش شدت افسردگی و نشخوار فکری در بیماران مبتلابه افسردگی اساسی بود. همچنین همسو با مطالعه حاضر، نتایج پژوهش خالقی و همکاران<sup>[28]</sup> نشان داد که طرحواره‌درمانی هیجانی منجر به کاهش نگرانی و علائم اضطراب در بیماران مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. پژوهش نادری و همکاران<sup>[29]</sup> نیز همسو با نتایج حاضر، حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی هیجانی بر بهبود راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در بیماران مبتلابه اختلال استرس

کاهش یافت. در ضمن پس از اجرای پس‌آزمون، برای گروه کنترل یک دوره فشرده طرحواره‌درمانی هیجانی به مدت سه جلسه برگزار شد. راهنمای طرحواره‌درمانی هیجانی برای اختلال اضطراب اجتماعی در مرحله اول با تغییر دادن و هماهنگ نمودن پروتکل اجرایی اختلال اضطراب فراگیر<sup>[28]</sup> متناسب با مفهوم‌سازی اختلال اضطراب اجتماعی طراحی شد، سپس در مرحله بعد توسط دو تن از اساتید متخصص روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت و در مرحله آخر پس از اعمال نظرات متخصصان، راهنمای نهایی درمان تهیه شد، که خلاصه آن در جدول شماره ۱، آورده شده است. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۲۳ و روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده شد.

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی

جلسه اول: برقراری ارتباط، ارزیابی، آموزش مدل طرحواره درمانی هیجانی، تبیین اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس الگوی طرحواره‌های هیجانی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، توصیف کارکرد هیجان‌ها. تکلیف خانگی: تمایز میان افکار، احساس و رفتار.
جلسه دوم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به بیمار، شناسایی راهبردهای دردرساز بیمار و طرحواره‌های هیجانی بیمار. تکلیف خانگی: شناسایی راهبردهای دردرساز.
جلسه سوم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، به کارگیری تکنیک شناسایی و برجسب‌زنی هیجان‌ها. تکلیف خانگی: ثبت هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان.
جلسه چهارم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، استفاده از تکنیک عادی‌سازی هیجان، و کاهش استرس. تکلیف خانگی: آزمایش رفتاری در مورد اینکه هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند، تمرین کاهش استرس.
جلسه پنجم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با باورهای غلط هیجانی، افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان. تکلیف خانگی: مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان‌ها.
جلسه ششم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با بیمار برای رها ساختن راهبردهای دردرساز، شناسایی راهبردهای مفید و معرفی ذهن آگاهی به منظور دست کشیدن از نگرانی و نشخوار و راهبردهای رفتاری. تکلیف خانگی: تحمل احساسات آمیخته، ذهن آگاهی.
جلسه هفتم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با راهبردهای دردرساز، کار بر روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (طرحواره‌های هیجانی)، تکلیف خانگی: ذهن آگاهی، و متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان (کنترل، پذیرش، توافق، طول مدت و...).
جلسه هشتم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد، اتخاذ موضع به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تکلیف خانگی: اقدام متضاد.
جلسه نهم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، استفاده از تکنیک بالا رفتن از نردبان معانی، تکلیف خانگی: متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر.
جلسه دهم: مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضا سازی برای هیجان، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل.

پس از سانحه بود.

به دلیل اینکه در طرحواره‌درمانی هیجانی تأکید زیادی بر فنون پذیرش و ذهن آگاهی می‌گردد، نتایج این پژوهش می‌تواند همسو با نتایج مطالعات هیرن و همکاران<sup>[37]</sup>، شیکاتانی و همکاران<sup>[38]</sup> و دیو و همکاران<sup>[39]</sup> که حاکی از اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری و اجتناب شناختی است، باشد.

در تبیین این نتایج می‌توان ذکر نمود که مطابق با مدل طرحواره هیجانی هنگامی که یک هیجان برانگیخته و یا فراخوانده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهد نمود که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده و یا کاهش می‌یابد. یکی از راهبردهای تنظیم هیجان که افراد مضطرب اجتماعی برای مقابله با تجربه هیجان مربوط به یک موقعیت اجتماعی که اخیراً تجربه نموده‌اند به کار می‌برند، پردازش پس‌رویدادی وقایع مربوط به آن موقعیت اجتماعی است. در طی این پردازش نشخواری، افراد دائماً از تجربیات منفی و تحریف‌شده خویش در موقعیت‌های اجتماعی تصاویر ذهنی منفی می‌سازند و اضطراب انتظاری آن‌ها برای مواجهه با موقعیت اجتماعی افزایش می‌یابد<sup>[12]</sup>، در ادامه برای کاهش این اضطراب با استفاده از انواع راهبردهای اجتناب شناختی کوشش می‌کنند تا از تمهیدات اجتنابی برای رهایی از تفکرات نگران‌کننده درباره موقعیت اجتماعی خویش بهره‌جویند<sup>[15]</sup>، این اجتناب نیز یک راهبرد ناکارآمد تنظیم هیجان است که باهدف کاهش اضطراب به کار می‌رود درحالی که منجر به افزایش اضطراب می‌گردد، به این صورت که باوجود اثر موقتی اجتناب در کاهش اضطراب فرد، در بلندمدت باعث افزایش شدت اضطراب اولیه می‌گردد، زیرا زمینه را برای رشد احساس بی‌کفایتی و ناتوانی در کنترل افکار و هیجان‌های منفی مربوط به موقعیت‌های اجتماعی را فراهم می‌کند<sup>[17]</sup>.

درمانگر در طرحواره‌درمانی هیجانی ابتدا راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند درگیر شدن در فرایند پردازش پس‌رویدادی و راهبردهای اجتناب شناختی را شناسایی می‌کند، و سپس با به‌کارگیری رویکرد پذیرش هیجان‌ها و ذهن آگاهی و همچنین اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار، حواس جسمی و هیجان‌های اضطرابی می‌شود و با آموزش به بیمار برای اتخاذ موضعی به‌دوراز قضاوت کردن هیجان‌ها و مشاهده آن‌ها به کاهش علائم و نشانه‌های اضطرابی منجر می‌شود<sup>[22]</sup>. در طرحواره‌درمانی هیجانی فنون ذهن آگاهی مانند، توجه آگاهی انفضالی و همجوشی زدایی به‌منظور افزایش توانایی پذیرش بنیادین افراد، به کار می‌رود. به این صورت که اجرای تکنیک‌های ذهن آگاهی از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد، منجر به تسهیل فرایند پذیرش هیجان‌ها و ارتقای موجودیت‌های هشیار آن‌ها شده و به آن‌ها کمک می‌کند تا

به‌جای راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد اجتناب شناختی مانند فرونشانی، به مشاهده‌گری هیجان‌ها و پذیرش آن‌ها بپردازند. فنون ذهن آگاهی همچنین با جهت دادن هدفمند توجه به لحظه حال و پیش بردن تجربه در لحظه حال با کنجکاوی، گشودگی و پذیرش را در بر می‌گیرد و باعث می‌شود که افراد از تلاش خود برای درگیر شدن در پردازش پس‌رویدادی که یک پردازش گذشته‌نگر است، بکاهند و به‌جای آن بر تجربه اکنون خود توجه نمایند<sup>[30]</sup>.

درمانگر همچنین در سطح شناختی با توضیح معایب درگیر شدن در راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تمایز افکار و هیجان‌ها، فاجعه‌زدایی، وصل طرحواره‌های هیجانی به سایر باورهای ناکارآمد از طریق فن پیکان رو به پایین، افراد را به لحاظ شناختی آماده پذیرش هیجان‌ها و افکارشان می‌کند. که در نتیجه این پذیرش هیجان‌ها احتمال به‌کارگیری راهبردهای اجتناب از جمله اجتناب شناختی نیز کاهش می‌یابد، و از این طریق مراجع با هیجان‌های خویش مواجه شده و به آگاهی و تقویت پردازش هیجانی می‌رسند<sup>[21]</sup>. بنابراین نتیجه نهایی کاربرد طرحواره‌درمانی هیجانی اصلاح پردازش هیجانی است، که فرد در این مرحله می‌تواند منابع توجهی خود را به‌جای تمرکز بر نشانه‌های مرتبط با اضطراب در طول مواجهه با موقعیت اجتماعی یا تمرکز بر افکار و تصورات منفی ناشی از آن موقعیت (همان‌گونه که در طول پردازش پس‌رویدادی رخ می‌داد) بر وقایع زندگی در حال انجام و سایر نشانه‌های بیرونی موجود در محیط متمرکز نماید، و همچنین از راهبردهای کارآمد تنظیم هیجان به‌جای راهبردهای ناکارآمدی مانند اجتناب شناختی، بهره‌گیرد. از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود نمودن گروه نمونه به دانش‌آموزان دختر اشاره نمود که باید در تعمیم نتایج به سایر افراد احتیاط صورت گیرد، از سویی در این تحقیق به‌واسطه محدودیت‌های زمانی و مکانی، پیگیری نتایج درمان پس از چند ماه صورت نگرفت که در صورت انجام، می‌توانست تداوم احتمالی اثربخشی مداخله را نشان دهد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی درمان مذکور با دوره‌های پیگیری و بر روی سایر مؤلفه‌های مرتبط با اضطراب اجتماعی و همچنین سایر گروه‌های سنی صورت پذیرد. همچنین با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگران در کار بالینی با افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و نیز تدوین برنامه‌های درمانی برای این افراد، رویکرد طرحواره‌درمانی هیجانی را در کنار سایر پروتکل‌های درمانی موردتوجه قرار دهند.

### نتیجه‌گیری

طرحواره‌درمانی هیجانی در کاهش نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در دانش‌آموزان دارای علائم بالینی اضطراب اجتماعی مؤثر است.

processes before, during and after a social situation. *J Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2017;55:73-80.

8- Helbig-Lang S, Von Auer M, Neubauer K, Murray E, Gerlach AL. Post-event processing in social anxiety disorder after real-life social situations—An ambulatory assessment study. *Behaviour Research and Therapy*. 2016;84:27-34.

9- Kiko S, Stevens S, Mall AK, Steil R, Bohus M, Hermann C. Predicting post-event processing in social anxiety disorder following two prototypical social situations: State variables and dispositional determinants. *Behaviour Research and Therapy*. 2012;50(10):617-26.

10- Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*. 2009;29(2):116-28.

11- Leigh E, Clark DM. Cognitive therapy for Social Anxiety Disorder in adolescents: A development case series. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2016;44(1):1-7.

12- Hosseini Ramaghani N, Hadian Fard H, Taghavi S M, Aflaksiar A. The Comparison of Executive Performances in the Girl Students with Social Anxiety Disorder and Normal Students in Shiraz City. *Avicenna J Clin Med*. 2015; 22 (3): 237-47.

13- Bögels SM, Mansell W. Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*. 2004;24(7):827-56.

14- Kindt M, Brosschot JF. Cognitive avoidance in phobia. *J Psychopathology and Behavioral Assessment*. 1998;20(1):43-55.

15- Kashdan TB, Roberts JE. Social anxiety, depression and post event rumination: Affective consequences and social contextual influences. *J Anxiety Disord*. 2004;21:284-301.

16- Beadel JR, Green JS, Hosseinbor S, Teachman BA. Influence of age, thought content, and anxiety on suppression of intrusive thoughts. *J Anxiety Disord*. 2013;27(6):598-607.

17- Bassak-Nejad S, Moini N, Mehrbizadeh-Honarmand M. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. *J Behavioral Sciences*. 2011;4(4):335-40.

18- Kocovski NL, Fleming JE, Hawley LL, Ho MH, Antony MM. Mindfulness and acceptance-based group therapy and traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: Mechanisms of change. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;70:11-22.

19- Hofmann SG, Bögels SM. Recent advances

تشکر و قدردانی: نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند که از مسئولین محترم آموزش و پرورش و مدارس سطح شهرستان نورآباد و همچنین دانش‌آموزان گروه نمونه، به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای این پژوهش، کمال قدردانی و سپاسگزاری را داشته باشند.

تأییدیه اخلاقی: این پژوهش از نظر اخلاقی در گروه روان‌شناسی دانشگاه لرستان تأیید شده است.

تعارض منافع: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان: عزت‌الله قدم‌پور (نویسنده اول)، روش‌شناس/ویرایش مقاله، استناد ناظر (۳۰٪)؛ نسرين السادات حسینی (نویسنده دوم)، انجام اصلاحات مقاله و تحلیل گرامری (۲۰٪)؛ سمیه مرادی (نویسنده سوم)، نگارنده بحث و مقدمه (۲۰٪)؛ سیده خدیجه مرادیانی (نویسنده چهارم) اجرای پروتکل درمانی (۱۵٪)؛ کبری عالی‌پور (نویسنده پنجم) پژوهشگر کمکی/اجرای پرسشنامه‌ها و غربال گروه نمونه (۱۵٪).

منابع مالی: پژوهش حاضر حاصل طرح پژوهشی مورد حمایت بنیاد نخبگان استان لرستان می‌باشد.

#### منابع

- 1- Dalrymple KL, Galione J, Hrabosky J, Chelminski I, Young D, O'brien E, Zimmerman M. Diagnosing social anxiety disorder in the presence of obesity: implications for a proposed change in DSM-5. *Depression and Anxiety*. 2011;28(5):377-82.
- 2- McGinn LK, Newman MG. Status update on social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2013;6(2):88-113.
- 3- Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 2012;21(3):169-84.
- 4- Vaananen JM, Frojd S, Ranta K, Marttunen M, Helmine M, Kaltiala-Heino R. Relationship Between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescen. *J Affect Disor*. 2011;133(1):97-104.
- 5- Ahmadi M, Bagheri M. Mediating role of cognitive distortions in the relationship of adolescents' body image with social anxiety. *Journal of Behavioral Sciences*. 2014;7(4):321-9. [Persian]
- 6- Topcuoglu V, Fistlkcı N, Ekinci O, Gimzal A, Gonentur D, Agouridas B. Assessment of executive functions in social phobia patients using the Wisconsin card sorting test. *Turkish J Psychiatry*. 2009;20:322-31.
- 7- Modini M, Abbott MJ. Negative rumination in social anxiety: A randomised trial investigating the effects of a brief intervention on cognitive

- combat-related post traumatic stress disorder veterans. *Iran J War Public Health*. 2015;7(3):147-55. [Persian]
- 30- Leahy RL. Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007;14(3):297-302.
- 31- Dogaheh ER. Psychometric properties of Farsi version of the social phobia inventory (SPIN). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2013;84:763-8.
- 32- Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. The effect of group training based on Schneider hope theory on level academic engagement and hardiness girl students in first grade. *ERJ*. 2017;3(33):1-14.
- 33- Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, et al. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;176(4):379-86.
- 34- Zanjani Z. Comparison of body image among Three groups showing social phobia shyness and normal individuals. *J Psychol*. 2010;13(4): 391-406. [Persian]
- 35- Rachman S, Grüter-Andrew J, Shafran R. Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*. 2000;38(6):611-7.
- 36- Sexton KA, Dugas MJ. The cognitive avoidance questionnaire: validation of the English translation. *J Anxiety Disord*. 2008; 22(3):355-70.
- 37- Heeren A, Philippot P. Changes in ruminative thinking mediate the clinical benefits of mindfulness: Preliminary findings. *Mindfulness*. 2011;2(1):8-13.
- 38- Shikatani B, Antony MM, Kuo JR, Cassin SE. The impact of cognitive restructuring and mindfulness strategies on postevent processing and affect in social anxiety disorder. *J Anxiety Disord*. 2014;28(6):570-9.
- 39- Deyo M, Wilson KA, Ong J, Koopman C. Mindfulness and rumination: does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? *EXPLORE: J Science and Healing*. 2009;5(5):265-71.
- in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. *J Cognitive Psychotherapy*. 2006;20(1):3-5.
- 20- Taylor S, Abramowitz JS, McKay D. Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *J Anxiety Disord*. 2012;26(5):583-9.
- 21- Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract*. 2002;9(3):177-90.
- 22- Leahy RL. *Emotional schema therapy*. New York: Guilford; 2015.
- 23- Dashtban-jami S, Bayazi MH, Zaeimi H, Hojjat SK. The assessment of relation between emotional schemas and meta-cognitive beliefs and depression. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2014;6(2):297-305. [Persian]
- 24- Mazloom M, Yaghubi H, Mohammadkhani S. Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation. *J Individ Differ*. 2016; 88: 94-8.
- 25- Boogar IR, Farahnaz K, Tarbaran F. Investigating the relationships of emotional schema, cognitive-behavioral avoidance and cognitive-affective system with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. *Pejouhandeh*. 2013;18(5):267-76. [Persian]
- 26- Tashkeh M, Bazani M. Prediction of social anxiety by cognitive emotional regulation and emotional schema in female and male students. *Zanko J Med Sci*. 2015;16(50):72-83. [Persian]
- 27- Rezaee M, Ghazanfari F, Rezaee F. Effectiveness of emotional schema therapy on severity of depression and rumination in people with major depressive disorder. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2016;24(1):41-54. [Persian]
- 28- Khaleghi M, Mohammadkhani S, Hasani J. Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety's signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder: Single-Subject Design. *J Clinical Psychological*. 2016;8(2):43-55.
- 29- Naderi Y, Moradi AR, Hasani J, Noohi S. Effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of