

ارزیابی کارایی طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری تفسیر (تفسیر مربوط به خود، تفسیر مربوط به دیگران) در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر

خدامراد مومنی^۱، فرناز رادمهر^۲

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۱۰

تاریخ وصول: ۹۷/۰۵/۳۱

چکیده

اختلال اضطراب فراگیر، شایع‌ترین اختلال اضطرابی است که نگرانی شدید، معیار تشخیصی اصلی برای این اختلال است. هدف پژوهش حاضر بررسی ارزیابی کارایی طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری تفسیر (تفسیر مربوط به خود، تفسیر مربوط به دیگران) مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بود. روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دانشگاه رازی در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. به منظور اجرای اجرای پژوهش آزمون غربالگری انجام شد، ابتدا دانشجویان دختر، پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا را تکمیل نمودند، سپس بین آن‌هایی که نمره بالاتر از ۴۷ را در این پرسشنامه کسب کرده بودند، مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس DSM-IV-TR به عمل آمد که ۳۰ دانشجو تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کردند. سپس ۲۶ دانشجو که ملاک‌های لازم برای ورود به پژوهش را داشتند، به طور تصادفی انتخاب و دو گروه ۱۳ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار مورد استفاده پرسشنامه‌های اضطراب فراگیر اسپیتز و همکاران (۲۰۰۶)، نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ) می و همکاران (۱۹۹۰) و سوگیری تعبیر باتلر و متیوز (۱۹۸۳) بود. گروه آزمایش طی ۹ جلسه، یک و نیم ساعته (هفته‌ای یک جلسه) به صورت گروهی تحت مداخله طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفت. در پایان مداخله، پس‌آزمون و سه ماه بعد از مداخله، پیگیری بر روی دو گروه آزمایش و کنترل انجام شد. تحلیل داده‌های خام با استفاده از SPSS29 و اجرای آزمون‌های توصیفی و استنباطی از جمله تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران

۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم اجتماعی و تربیتی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران (نویسنده مسئول)

صورت گرفت. در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری در سوگیری تفسیر مربوط به خود و دیگران بعد از مداخله مشاهده شد ($P < 0/001$). این نتایج در مرحله پیگیری حفظ شد. با توجه به نتایج حاصله، مداخله طرحواره درمانی هیجانی برای کاهش میزان سوگیری تفسیر در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی هیجانی، سوگیری تفسیر، اضطراب فراگیر

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر^۱، شایع‌ترین اختلالی است که همزمان با سایر اختلالات روانی ظاهر می‌شود و با نگرانی مفرط و غیر قابل کنترل مشخص می‌شود و حالت نگرانی در آن به حدی است که برخی عقیده دارند نام این اختلال باید در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM)^۲ به اختلال نگرانی فراگیر تغییر پیدا کند (آندرز، هبس، بورکورک، بیسدو^۳ و همکاران، ۲۰۱۰). اختلال اضطراب فراگیر یعنی اضطراب و نگرانی افراطی و دائمی درباره چندین واقعه یا فعالیت در بیشتر اوقات و طی یک دوره حداقل شش ماهه، که به مختل شدن حوزه‌های مهم کارکرد فرد منجر شده باشد؛ میزان شیوع یک ساله‌ی این اختلال در جمعیت نوجوانان و بزرگسالان ایالات متحده به ترتیب ۰/۹ و ۲/۹ درصد و در میان جمعیت سایر کشورها در دامنه‌ای از ۰/۴ تا ۳/۹ درصد است (انجمن روان‌شناسی آمریکا^۴، ۲۰۱۳).

مطابق دیدگاه شناختی، اختلال اضطراب فراگیر می‌تواند ناشی از فرایندهای شناختی منفی از جمله سوگیری تفسیر^۵ باشد، که در ایجاد و پایداری این اختلال نقش مهمی ایفا می‌کند به گونه‌ای که نقش شناخت در ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب فراگیر از دیرباز از دو دیدگاه الف) محتوای فکر (باورها و نگرش‌های ناکارآمد و نامطلوب) ب) پردازش‌های شناختی (سوگیری تفکر و سرکوب افکار) مورد بررسی قرار گرفته است (فازی، هیکر و کلارک^۶، ۲۰۰۶). نظریه پردازان شناختی معتقدند سوگیری

1. generalized anxiety disorder
2. diagnostic & statistical manual of mental disorders
3. Andrews, Hobbs, Borkovec, Beesdo
4. american psychology association
5. interpretation biases
6. Fawzy, Hecker & Clark

تفسیر، نقش تعیین کننده‌ای در ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی و خلقی دارند (گوتلیب، کراسنوپرووا، یو و جورمن^۱، ۲۰۰۴). سوگیری تفسیر عبارت است از توجه نشان دادن به شیوه‌های ناسازگارانه که در بر گیرنده‌ی توجه بیرونی و درونی است (کلارک و ولز^۲، ۱۹۹۹). تحقیقات زیادی در رابطه با سوگیری تفسیر بیان می‌دارند که اگر محرک خشی و تهدیدآمیز با هم همراه شوند، توجه در افراد مضطرب به سمت تهدید سوگیری پیدا می‌کند (خالقی، امیری و طاهری، ۱۳۹۵). سوگیری تفسیر به عنوان گرایش به تعبیر و تفسیر موقعیت‌های مبهم به شیوه‌ای کاملاً منفی و تهدیدآمیز، تعریف شده است (لیوارت، هیدن و گراتس^۳، ۲۰۱۳)، که دارای دو مؤلفه خودارزیابی منفی (سوگیری تفسیر مربوط به خود) و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران (سوگیری تفسیر مربوط به دیگران) می‌باشد (همبرگ و بیکر^۴، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در سوگیری تفسیر مربوط به خود و مربوط به دیگران تفاوت معناداری بین دو گروه افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و افراد عادی به دست آمده و سوگیری تفسیر مربوط به خود و سوگیری تفسیر مربوط به دیگران در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی نسبت به افراد عادی، شدیدتر است (خانجانی، میناشیری، هاشمی‌نصرت‌آبادی، خسروجردی و موحدی، ۱۳۹۱). از بین درمان‌های گوناگون پیشنهادی برای اختلال اضطراب فراگیر، درمان‌های شناختی- رفتاری^۵ به عنوان رایج‌ترین درمان شناخته شده است (ولز^۶، ۱۹۹۵). اما مقاومت بیماران نسبت به درمان و میزان ریزش، چالش مهمی در مسیر اثربخشی این روش درمانی است (نادری، مرادی، حسنی و نوحی، ۱۳۹۴). یکی از نظریه‌های تبیینی در ارتباط با چالش ریزش و عدم همکاری و مقاومت بیماران در جریان درمان شناختی- رفتاری، نظریه طرحواره درمانی هیجانی^۷ است. در سال‌های اخیر لیهی بر اساس مفهوم پردازش هیجانی و مدل فراشناختی، مدل طرحواره درمانی هیجانی خود را ارائه داده است. این مدل بر این اصل استوار است که اختلال‌های هیجانی ناشی از باورها، تفاسیر و راهبردهای به کار گرفته شده برای مقابله با هیجان‌هاست؛

1. Gotlib, Krasnoperova, Yue & Joormann
2. Clark & Wells
3. Lievaart, Heiden & Geraets
4. Heimberg & Becker
5. cognitive behavior therapy
6. Wells
7. emotional schema therapy

که این باورها، تفاسیر و راهبردها درمورد تجربه هیجانی، همان طرحواره‌های هیجانی هستند (لیهی، ۲۰۰۲). طبق مدل طرحواره درمانی هیجانی، همه افراد هیجان‌ناهنج و دردناک را تجربه می‌کنند اما آنچه که افراد را از یکدیگر متمایز می‌سازد، چگونگی تفسیر و واکنش به هیجان‌ها و یا همان طرحواره‌های هیجانی آنهاست (لیهی^۱، ۲۰۰۷). طبق نظر لیهی طرحواره‌های هیجانی یک عامل بسیار قدرتمند در تبیین اختلالات هیجانی هستند، به طوری که نقش آنها در اختلالات روانی از جمله اضطراب فراگیر تأیید شده است (خالقی، محمدخانی و حسنی، ۱۳۹۵). در الگوی طرحواره درمانی 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 مثل، اجتناب تجربی (مانند سرکوبی، گریز و اجتناب)، راهبردهای شناختی بی‌ثمر (تکه بیش از حد بر اندیشناکی و نگرانی)، حمایت اجتماعی (راهبردهای اعتباریابی انطباقی یا غیرانطباقی) و یا راهبردهای دیگر، بکوشند با هیجان‌های خود مقابله کنند، در واقع این مدل بر موارد زیر تأکید می‌کند: افراد چگونه تجربه هیجانی خود را مفهوم‌بندی می‌کنند، چه انتظاراتی دارند، چگونه درباره هیجان‌های خود قضاوت می‌کنند و چه راهبردهای رفتاری و بین فردی را در پاسخ به تجربه هیجانی خود به کار می‌گیرند (لیهی، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در بهبود علائم فرانگرانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر بوده است. برای مثال در بحث اثربخشی طرحواره درمانی در بهبود اضطراب، لیهی (۲۰۱۵) در مطالعه خود نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی بر اضطراب مؤثر است. کاپرون، کاتو و اسمیت^۲ (۲۰۱۳) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی موجب کاهش حساسیت اضطرابی می‌شود. خالقی، محمدخانی و حسنی (۱۳۹۵) نیز در مطالعه‌ای جهت بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر به این نتیجه رسیدند که طرحواره درمانی هیجانی را می‌توان به عنوان درمانی مؤثر در مداخلات روان‌شناختی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مدنظر قرار داد. رضایی، سپهوندی و میرزایی‌هایلی (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی موجب کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. بنابراین، با توجه به

1. Leahy
2. Capro, Kotov & Schmidt

این که تعداد دانشجویان به ویژه دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر رو به افزایش است و این اختلال باعث مشکلاتی در روابط بین فردی و تحصیلی آنها می‌شود، لذا استفاده از روش‌های درمانی برای کمک به این دانشجویان امری ضروری است. همچنین با توجه به مرور پیشینه، تا کنون مطالعه‌ای در زمینه بررسی چنین پژوهشی در دانشجویان صورت نگرفته است. از این رو، این پژوهش تلاش می‌کند تا خلاء پژوهشی را پر کند. بدین ترتیب هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری تفسیر در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر است.

روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر دانشگاه رازی در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. از آنجا که مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند تعداد بیشتری از زنان ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را دارند، با توجه به این که ادبیات بالینی تعداد مناسب اعضای یک مداخله گروه درمانی را بین ۷ تا ۱۰ عضو پیشنهاد می‌نماید (بالینگر و یالوم، ۱۹۹۵)، نمونه‌گیری به شیوه تصادفی خوشه‌ای بود. نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۲۶ دانشجوی دختر بود. به منظور اجرای طرح، غربالگری انجام گرفت. به این صورت که با استفاده از شیوه غربالگری، ابتدا به صورت تصادفی از بین خوابگاه‌های دخترانه دانشگاه رازی، سه خوابگاه انتخاب شد و به شیوه تصادفی ۲۲۷ نفر از دانشجویان دختر با پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا آزمون شدند. سپس از بین ۵۸ نفری که نمره آنها بالاتر از ۴۷ در پرسشنامه نگرانی پنسیلوانیا دریافت کرده، مصاحبه ساختاریافته براساس DSM-IV-TR توسط پژوهشگر به عمل آمد. از بین این افراد ۳۰ نفر تشخیص اختلال اضطراب فراگیر را دریافت کردند. سپس به صورت تصادفی ۲۶ نفر از این افراد که ملاک‌های لازم برای ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد، سپس طرحواره درمانی هیجانی بر گروه آزمایش اعمال شد و و گروه گواه در طی این مدت هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه

پس آزمون و مجدداً سه ماه بعد، پیگیری به عمل آمد. ملاک‌های ورود در این مطالعه عبارت بودند از رضایت آگاهانه، دانشجویان دختر، سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶، تشخیص اصلی اختلال اضطراب فراگیر، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بوده، از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به سؤالات برخوردار باشند و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود علائم اختلال شخصیت، وجود افسردگی، وجود افکار وسواسی، وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده‌ای، وجود رگه‌هایی از اختلال شخصیت، وجود اختلال نقض توجه. گروه آزمایش طی ۹ جلسه، یک و نیم ساعته (هفته‌ای یک جلسه) به صورت گروهی تحت مداخله طرحواره درمانی هیجانی قرار گرفت. بعد از پایان مداخلات آموزشی و جمع‌آوری داده‌های آماری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه بیست و یکم، داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره و تک متغیره محاسبه گردید.

ابزارهای پژوهش: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I):
 SCID-I مصاحبه‌ی مزبور ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست، اسپیتزر، گیون، ویلیامز (۱۹۹۶) تهیه شده است. برای سنجش اختلالات محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه بالینگر (SCID-CV) و نسخه پژوهشی می‌باشد که در پژوهش حاضر از نسخه بالینگر استفاده شد. این نسخه، اختلال‌هایی که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند را پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه باز درباره‌ی بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد، در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌گردند و شش حوزه اختلالات (دوره‌های خلقی، نشانگان روان‌پریشی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب) را پوشش می‌دهد. شریفی، اسعدی، محمدی، امینی، کاویان و سمنانی (امینی و همکاران، ۱۳۸۶) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق

کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت‌بخش است. SCID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دو) به کار می‌رود و تمامی اختلالات مربوطه را پوشش می‌دهد. در این ابزار نشانه‌ها با چهار علامت؟ (اطلاعات ناکافی درباره نشانه)، ۱ (عدم وجود نشانه)، ۲ (پایین‌تر از حد آستانه)، ۳ (در حد آستانه) علامت‌گذاری می‌شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون طبقه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است. همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است (مافعی، فاساتی، آگوستینی، داناتی^۱ و همکاران، ۱۹۹۷).

پرسشنامه اضطراب فراگیر (GAD-7): این مقیاس را اسپیتز، کروئکی، ویلیامز و لوی^۲ (۲۰۰۶) ساخته‌اند که میزان و شدت اضطراب موجود در طی دو هفته گذشته را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس حاوی ۷ سؤال هست که بر حسب مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از ۰ (هرگز) تا ۳ (خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود و گستره نمره پرسشنامه از ۰ تا ۲۱ هست. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۳ است. در پژوهشی بر روی دانشجویان ایرانی و نمونه بالینی تحلیل عامل اکتشافی حاکی از وجود یک عامل با ضریب تعیین ۰/۵۳ بود، همچنین نتایج نشان داد که مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر از اعتبار تشخیصی مناسبی بهره‌مند است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ پایایی مناسب این آزمون را نشان می‌دهد (نائینیان، شعیری، شریفی و هادیان، ۱۳۸۹).

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا (PSWQ)^۳: یک پرسشنامه خود گزارشی ۱۶ سؤالی است که می، میلر، متزگر و بورکوک^۴ (۱۹۹۰) آن را ساخته‌اند و نگرانی شدید، مفرط و کنترل‌ناپذیر را اندازه می‌گیرد. مقیاس پاسخگویی به سؤالات طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (ابتداً درباره من صدق نمی‌کند) تا ۵ (بی‌نهایت درباره من صدق می‌کند) است. ۱۱ سؤال اول آن مربوط به وجود نگرانی به طور مثبت نمره‌گذاری می‌شود و ۵ سؤال آن (سؤالات ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱) به طور منفی نمره‌گذاری می‌شود و محتوای فقدان

1. Maffei, Fossati, Agostoni & Donati
2. Spitzer, Kroenke, Williams & Lowe
3. Pennsylvania State Worry Questionnaire
4. Meyer, Miller, Metzger & Borkovec

نگرانی را نشان می‌دهد. دامنه نمرات کل پرسشنامه، بین ۱۶ تا ۸۰ است. در هشت مطالعه، شواهد خوبی برای همسانی درونی (آلفای کرونباخ، ۰/۹۰) و اعتبار بازآزمایی (۰/۷۴) در فاصله دو تا چهار هفته و روایی همگرا و روایی واگرا به دست آمده است. در ایران شیرین‌زاده‌دستگیری، گودرزی، غنی‌زاده و تقوی (۱۳۸۷) اعتبار پرسشنامه را به روش همسانی درونی ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی با فاصله چهار هفته ۰/۷۷ گزارش نموده‌اند. همچنین در پژوهش حاضر همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ بوده است.

فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه سوگیری تعبیر: نسخه اصلی این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط باتلر و متیوز برای مقایسه تعبیر رویدادها در دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطرابی و اختلال افسردگی و آزمودنی‌های بهنجار به کار برده شد (باتلر و متیوز، ۱۹۸۳). امیر، فوا و کولس^۲ (۱۹۹۸) نیز برای بررسی سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، این پرسشنامه را از نظر محتوایی، شکل و ماده‌ها بازبینی نمودند و فرم نهایی یا تجدیدنظر شده خود را ارائه کردند. فرم تجدیدنظر شده پرسشنامه تعبیر دارای دو نسخه مربوط به خود (۲۲ ماده) و مربوط به دیگران (۲۲ ماده) می‌باشد و هر نسخه نیز خود دارای مقیاس‌های فرعی رویدادها یا سناریوهای اجتماعی مبهم (۱۵ ماده) و سناریوها و رویدادهای غیر اجتماعی مبهم (هفت ماده) است. هر ماده نیز دارای ۳ گزینه تعبیری با بار معنایی مثبت، خنثی و منفی می‌باشد. در نسخه مربوط به خود، ضریب آلفا برابر ۰/۸۵ و در نسخه مربوط به دیگران ضریب آلفا برابر ۰/۸۸ به دست آمد (امیر، فوا و کولس^۳، ۱۹۹۸).

در پژوهش عبدی و همکاران (۱۳۸۵) اعتبار محتوایی و صوری هر دو نسخه برآورد گردید. همسانی درونی نسخه مربوط به خود (ضریب آلفا ۰/۸۳) و برای نسخه مربوط به دیگران (ضریب آلفا ۰/۷۹) در بیماران سرپایی به دست آمد.

طرحواره درمانی هیجانی طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا شد، محتوای این جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

-
1. Butler & Mathews
 2. Amir, Foa & Coles
 3. Amir, Foa & Coles

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی هیجانی

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف خانگی	پیامد مورد انتظار
اول	معارفه	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، توضیح دادن درباره اهداف، آماده‌سازی و معرفی مدل طرحواره درمانی هیجانی	ثبت هیجان	آگاهی از هیجانات
دوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی	ارائه الگویی از هیجان به شرکت‌کننده-ها، تقویت آگاهی هیجانی، اعتبار بخشیدن به هیجانات، شناسایی طرحواره درمانی هیجانی در دسرساز	اعتباربخشی دلسوزانه به خویشن	احساس حمایت هیجانی و اهمیت به خویشن
سوم	بررسی تکلیف منزل، اعتباریابی هیجانی و چالش با طرحواره درمانی هیجانی در دسرساز	ابداع راهبردهای انطباقی برای سازش با اعتبارزدایی، برجسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر، افزایش تحمل احساسات مختلط، بهنجارسازی تجربه هیجانی برجسب‌زنی و افتراق هیجان‌ها از یکدیگر	ثبت مزایا و معایب هیجان‌های غیرطبیعی	افتراق احساسات و آگاهی نسبت به پیچیدگی و حقانیت ذات انسان
چهارم	بررسی تکلیف منزل، چالش با طرحواره درمانی هیجانی در دسرساز	پذیرش احساسات، بهنجارسازی تجربه هیجانی، تمایز گذاشتن بین هیجان و اقدام، تجربه کردن هیجان به صورت یک موج، آزمایش رفتاری، پیش‌بینی عاطفی	هیجان	مقابله با دیدگاه منفی نسبت به هیجان‌ها
پنجم	بررسی تکلیف منزل، پذیرش بنیادین احساسات	افزایش قدرت پذیرش احساسات، اتخاذ موضعی به دور از قضاوت برای هیجان، انجام دادن آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط	نامه‌نگاری خوددلسوزانه	کاهش شدت هیجان‌های مبتنی بر قضاوت و افکار خودآیند
ششم	بررسی تکلیف منزل، تقویت پردازش هیجانی	تقویت آگاهی هیجانی، القای هیجان، فضا‌سازی هیجانی، بررسی هیجان به عنوان هدف	ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی	پذیرش اینکه هیجان‌ها و افکار، سازه‌هایی ایستا نیستند.
هفتم	بررسی تکلیف منزل، رنجش سودمند و بازسازی شناختی	بالا رفتن از نردبان مفاهیم برتر، تمایز افکار از احساسات، فاجعه‌زدایی	افتراق دادن افکار از احساسات	آگاهی به اینکه احساس با واقعیت و با فکر تفاوت دارد.
هشتم	بررسی تکلیف منزل، بازسازی شناختی	فن وکیل مدافع، بررسی شواهد افکار منفی، سبک و سنگین کردن منافع و مضرات	بررسی معایب و مزایای افکار منفی	خودانتقادی و افزایش واقع‌گرایی

از سرگیری فعالیت‌ها و برنامه‌ریزی برای آینده	روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به هنگام مشکل، نحوه انجام دادن تکالیف خانگی	جمع‌بندی و ارزیابی	نهم
بازگشت به زندگی روزمره			

یافته‌ها

پس از اجرای طرحواره درمانی هیجانی، از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سوگیری تفسیر مربوط به خود و دیگران در دو گروه آزمایش و گواه

متغیرها	گروه آزمایش	گروه گواه
	میانگین \pm انحراف معیار	میانگین \pm انحراف معیار
سن	۱/۷۹ \pm ۲۱/۲۷	۱/۸۹ \pm ۲۰/۹۸
پیش‌آزمون	۲/۸۱ \pm ۴۱/۰۸	۳/۸۶ \pm ۴۰/۸۶
تفسیر مربوط به خود	پس‌آزمون	۱/۶۶ \pm ۳۳/۵۱
پیگیری	۲/۷۴ \pm ۳۱/۹۳	۲/۳۱ \pm ۴۱/۶۴
سوگیری تفسیر	پیش‌آزمون	۳/۴۵ \pm ۳۹/۵۳
تفسیر مربوط به دیگران	پس‌آزمون	۲/۷۶ \pm ۳۰/۹۷
پیگیری	۲/۶۳ \pm ۳۱/۴۵	۵/۳۸ \pm ۳۸/۰۲

جدول ۲ نتایج مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات سوگیری تفسیر مربوط به خود و دیگران را دو گروه آزمایش و گواه در شرایط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد، باید توجه داشت که نتایج غربال در تحلیل وارد نشده‌اند چرا که هدف از اجرای غربال، همگن سازی شرکت کنندگان بود. از آن‌جا که کسب نمره‌ی بیشتر در این متغیرها نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش معناداری دارد. به علاوه بعد از گذشت سه ماه از اجرای مداخله و پس از انجام آزمون پیگیری، مشخص شد که کاهش این متغیرها در اعضای گروه آزمایش در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری ادامه داشته است.

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در متغیرهای سوگیری تفسیر مربوط به خود و دیگران، ابتدا مفروضه‌های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که معناداری آزمون لون در نمره‌های سوگیری تعبیر مربوط به خود و دیگران در هر سه زمان اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) برقرار بود ($p > 0.05$)، با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. بررسی همگنی رگرسیون نیز از معنادار نبودن شرایط و پیش‌آزمون حمایت می‌کند. همچنین قبل از انجام آزمون کوواریانس با استفاده از آزمون کولموگروف اسمیرنف نرمال بودن توزیع نمونه‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین از تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای تحلیل آماری استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مربوط به سوگیری تعبیر مربوط به خود و دیگران در گروه آزمایش و گواه

منبع	آزمون	ارزش	F	فرضیه df	خطا df	معناداری	توان آماری
	اثر پیلایی	۰/۷۰۸	۲۵/۴۱۳	۲	۲۱	۰/۰۰۱	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۹۲	۲۵/۴۱۳	۲	۲۱	۰/۰۰۱	۱
گروه	اثر هتلینگ	۲/۴۲۰	۲۵/۴۱۳	۲	۲۱	۰/۰۰۱	۱
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۲/۴۲۰	۲۵/۴۱۳	۲	۲۱	۰/۰۰۱	۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، پس از خارج کردن اثر پیش‌آزمون و سایر متغیرهای کنترل، به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره، اثر معناداری برای عامل عضویت گروهی وجود دارد. این اثر چندمتغیره نشان می‌دهد که آموزش طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری تعبیر مربوط به خود و دیگران تأثیر دارد و بین سوگیری تعبیر مربوط خود و دیگران گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور تعیین این که در کدام یک از متغیرها تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گواه وجود دارد از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره عضویت گروهی بر میزان سوگیری تفسیر مربوط به خود، سوگیری تفسیر مربوط به دیگران

متغیر وابسته	مراحل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	مجدور اتا	توان آماری
سوگیری تفسیر مربوط به خود	پیش‌آزمون	عضویت گروهی	۱۸/۸۱۰	۱	۴/۸۲۴	۰/۰۵	۰/۱۸۱	۰/۵۵۶
	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱۶۵/۰۰۲	۱	۴۲/۳۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵۸	۱
سوگیری تفسیر مربوط به دیگران	پیش‌آزمون	عضویت گروهی	۳۰۱/۲۸۸	۱	۴۵/۷۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۷۳	۰/۱۰۲
	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱۹/۱۹۵	۱	۱/۵۲۶	۰/۲۳	۰/۰۶۵	۰/۲۱۹
سوگیری تفسیر مربوط به خود	پیش‌آزمون	عضویت گروهی	۲۶۶/۱۳	۱	۲۱/۹۴۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹۹	۰/۹۹۴
	پس‌آزمون	عضویت گروهی	۱۷/۰۹۹	۱	۱/۰۰۳	۰/۳۲	۰/۰۵	۰/۱۶۲
سوگیری تفسیر مربوط به دیگران	پیش‌آزمون	عضویت گروهی	۲۶۰/۴۳۶	۱	۱۵/۲۷۹	۰/۰۱	۰/۴۱۲	۰/۹۶۲
	پس‌آزمون	عضویت گروهی						

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود با در نظر گرفتن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراشی (متغیر کمکی) آموزش طرحواره درمانی هیجانی به تفاوت معنی‌دار بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون در سوگیری تفسیر مربوط به خود و دیگران ($P < ۰/۰۰۱$) و از سویی دیگر در مرحله پیگیری در سوگیری تعبیر مربوط به خود ($P < ۰/۰۱۰$)، سوگیری تفسیر مربوط به دیگران ($P < ۰/۰۱$) منجر شده است. در مرحله پس‌آزمون میزان تأثیر معنادار آموزش طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری تفسیر مربوط به خود ۶۵/۸ درصد، سوگیری تفسیر مربوط به دیگران ۴۹/۹ درصد بوده و در مرحله پیگیری میزان تأثیر بر سوگیری تفسیر مربوط به خود ۶۷ درصد، سوگیری تفسیر مربوط به دیگران ۴۱ درصد بوده است. این موضوع نشان می‌دهد که آموزش طرحواره درمانی هیجانی باعث کاهش میزان سوگیری تفسیر مربوط به خود و دیگران در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی کارایی طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری تفسیر (تفسیر مربوط به خود، تفسیر مربوط به دیگران) مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت. یافته‌های این پژوهش حاکی از این است که طرحواره درمانی هیجانی از میزان متغیرهای سوگیری تفسیر مربوط به خود و دیگران مبتلایان در دوره مداخله توانسته است به طور قابل توجهی بکاهد، به گونه‌ای که این کاهش در دو مقطع زمانی پس از مداخله و سه ماه بعد از پایان مداخله، قابل مشاهده است. تا کنون پیشینه پژوهشی که مستقیماً تأثیر طرحواره درمانی هیجانی بر سوگیری تفسیر (تفسیر مربوط به خود، تفسیر مربوط به دیگران) را در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر، بررسی نماید، یافت نشده است لذا، به مطالعات مشابهی با پژوهش حاضر اشاره شده است. این یافته پژوهشی با یافته‌های کانو اسمیت (۲۰۱۳)، لیهی (۲۰۱۵)، خالقی و همکاران (۱۳۹۵) و رضایی و همکاران (۱۳۹۶) هماهنگ و همسو می‌باشد. در توجیه این یافته می‌توان گفت، سوگیری تفسیر، یکی از سازه‌های عمده در اختلال اضطرابی است که نقش تعیین‌کننده‌ای در ایجاد و تداوم این اختلال دارد (گوتلیب و همکاران، ۲۰۰۴). الگوهای شناختی، بر این فرض تأکید دارند که بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی، موقعیت‌های اجتماعی را تهدیدکننده‌تر از سایر گروه‌ها تفسیر می‌کنند. افراد مضطراب، به احتمال بیشتری به ارایه تفسیرهای مثبت و کاذبی می‌پردازند که عمدتاً به صورت تفسیر سرخ‌های خنثی یا مبهم‌اند و در غیاب سرخ‌های واقعی ادراک خطر می‌کنند (موسی و لپین، ۲۰۰۰؛ به نقل از خلیلی طریقه، صالحی فدردی و انصاری، ۱۳۹۱). افراد اضطرابی، طرحواره‌های خطر دارند که آن‌ها را ترغیب می‌کند تا اطلاعاتی را درمورد محیط اطراف‌شان به عنوان یک منبع تهدید (جسمانی و روان‌شناختی) پردازش کنند. از این‌رو، بین نوع طرحواره‌ی فرض شده در افراد اضطرابی و اولویت اطلاعاتی که پردازش می‌کنند، ارتباط وجود دارد. سوگیری تفسیر از فعال‌سازی طرحواره اضطراب‌مدار که پردازش اطلاعات بالقوه‌ی تهدیدکننده را تسهیل می‌کند، منتج می‌شود (بک، امری و گرینبرگ، ۱۹۸۵). مطابق با مدل طرحواره درمانی 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. در مدل طرحواره درمانی هیجانی زمانی که فرد دچار آشفتگی هیجانی می‌شود، ارزیابی‌ها

درباره هیجان‌ها و راهبردهای به کارگرفته شده توسط فرد شناسایی می‌شود. در ابتدا، با افزایش و تقویت آگاهی درباره هیجان‌ها، ترس و اجتناب هیجانی بیماران مورد هدف قرار می‌گیرد تا تجربه هیجانی را به صورت بهنجار و همگانی در نظر بگیرند. این بازشناسی درباره هیجان‌ها که همگانی هستند به جای قضاوت، سرکوب کردن، فرار یا اجتناب از هیجان به عادی‌سازی، اعتباربخشی و ترغیب به پذیرش طیف گسترده‌ای از هیجان‌ها کمک می‌کند. منطق اساسی طرحواره درمانی هیجانی این است که هیجان به خودی خود در دسرساز نیست، بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای (برای واکنش به هیجان) و تمایل به اقدام کردن بر اساس استدلال هیجان تعیین‌کننده هستند (رضایی و همکاران، ۱۳۹۶). اگرچه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، توانایی تجربه کردن هیجان مثبت را دارند (کندال، زینبارگ، بوبووا، مینکا^۱ و همکاران، ۲۰۱۶)، عامل متمایزکننده آن‌ها از افراد عادی، میزان بالای تجربه هیجان منفی است. افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، از نظر زیستی، آمادگی دارند به هیجان منفی؛ بیش واکنش نشان دهند. این مکانیسم باعث می‌شود به صورت افراطی به محرک‌های منفی و تهدیدکننده محیط، توجه کنند (مختاری، خسروی و نجاتبخش، ۱۳۹۴). نظریه‌های شناختی نیز در زمینه اضطراب حاکی از آن است که توجه انتخابی به محرک‌های تهدیدآمیز و منفی، اضطراب را تشدید کرده و قضاوت در زمینه رویدادها را به انحراف می‌کشاند (تیلور، بومیه و امیر^۲، ۲۰۱۰؛ آوو و اوکن-سینگر^۳، ۲۰۱۵؛ دود، واگت، تورکایلری و نوتبارت^۴، ۲۰۱۶).

محدودیت‌هایی در مطالعه حاضر وجود داشت که لازم است در تفسیر و برداشت یافته‌ها مد نظر باشد، تعمیم نتایج به افراد خارج از پژوهش و سایر دانشجویان را با مشکل مواجه می‌سازد، لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی انتخاب نمونه از دیگر مناطق جغرافیایی نیز صورت گیرد تا ضمن بررسی اثر آموزش بر مبتلایان، امکان مقایسه نتایج مربوط به مناطق مختلف نیز فراهم گردد، همچنین عدم به کارگیری یک شیوه مداخله روان‌شناختی دیگر در کنار طرحواره درمانی هیجانی، به منظور مقایسه اثربخشی دو روش و در نهایت توصیه به انتخاب و اولویت‌بندی شیوه مداخله، با توجه به این که تنها جنس

1. Kendall, Zinbarg, Bobova, Mineka
2. Taylor, Bomyea & Amir
3. Aue & Okon-Singer
4. Dood, Vogt, Turkileri, & Notebaert

مؤنث بود، در تعمیم نتایج به افراد خارج از جامعه‌ی پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مداخله طرحواره درمانی هیجانی بر روی هر دو جنس دختر و پسر و سایر مقاطع سنی و به صورت گسترده‌تر در سایر مناطق جغرافیایی انجام دهند که می‌تواند زمینه ساز بستری مناسب برای مقایسه بهتر و افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج شود. چرا که این مداخله می‌تواند علاوه بر پیشگیری، ارتقای سلامت روانی را مقدور سازد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه عوامل و به‌ویژه مسئولین محترم دانشگاه رازی و دانشجویان که صمیمانه همکاری نمودند تقدیر و تشکر به عمل آورند.

منابع

- خالقی، محمد؛ محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD)، روان‌شناسی بالینی، ۸ (۲)، ۴۳-۵۵.
- خالقی، محمد؛ محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر. (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD): مطالعه تک آزمودنی. روان‌شناسی بالینی، ۸ (۲)، ۴۳-۵۵.
- خالقی، نسرين؛ امیری، مهدی و طاهری، الهام. (۱۳۹۵). اثربخشی واقعیت‌درمانی گروهی بر اضطراب اجتماعی، سوگیری تعبیر و روابط بین فردی نوجوانان. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۹ (۲)، ۷۷-۸۳.
- خانجانی، زینب؛ میناشیری، عبدالخالق؛ هاشمی‌نصرت‌آبادی، تورج؛ خسروجردی، محمد و موحدی، یزدان. (۱۳۹۱). بررسی پردازش اطلاعات تحریف شده مرتبط با خود و دیگری در اختلال فویای اجتماعی: سوگیری تعبیر در هراس اجتماعی و افراد عادی. اندیشه و رفتار، ۷ (۲۵)، ۸۲-۹۲.
- خلیلی‌طرقبه، صایمه؛ صالحی‌فرددی، جواد و انصاری، زهره. (۱۳۹۱). رابطه سوگیری تفسیر و اضطراب اجتماعی در دانشجویان. اندیشه و رفتار، ۶ (۲۴)، ۴۹-۵۸.

شیرین زاده دستگیری، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ غنی زاده، احمد و تقوی، سیدمحمد رضا (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت‌پذیری در بیماران دچار اختلال وسواس-جبری، اختلال اضطراب منتشر و افراد بهنجار، روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴ (۱): ۴۶-۵۵.

مختاری، سمیه؛ خسروی، صدراله، نجاتبخش، عبدالله. (۱۳۹۴). مقایسه عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی اساسی و افراد عادی، تحقیقات علوم رفتاری، ۱۳ (۲)، ۲۰۷-۱۸۸.

نادری، یزدان؛ مردای، علیرضا؛ حسنی، جعفر و نوحی، سیما. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر طرحواره‌های هیجانی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از جنگ. فصلنامه طب جانباز، ۷ (۳)، ۱۵۵-۱۴۷. نائینیان، محمدرضا؛ شعیری، محمدرضا، شریفی، معصومه و هادیان، مهری. (۱۳۸۹). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، دوفصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، ۳ (۴)، ۴۹-۴۱.

- American psychiatry Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (DSM- 5) American psychiatric pub. 2013.
- Amir N, Foa EB, Coles ME. Negative interpretation bias in social phobia. *Behav Researc and Thera.* 1998; 36: 945-957.
- Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R. G. (2010). Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM- V. *Depress Anxiety*, 27, 134- 47.
- Aue, T., & Okon-Singer, H. (2015). Expectancy biases in fear and anxiety and their link to biases in attention. *Journal Clinical Psychology Review*, 42: 83-95.
- Ballinger B, Yalom I. Group therapy in practice. (In Bongar B and Beutler L. E (Eds). *Comprehensive text book of psychotherapy*. New York: Oxford University Press. 1995.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorder and pdobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Book.
- Butler G, Mathews A. Cognitive processes in anxiety. *Advances in Behav Rese and Thera.* 1983; 5: 51-62.
- Capron DW, Kotov R, & Schmitd NB. Crooks- cultural replication of an interactive model of anxiety sensitivity relevant to suicide. *Psychiatry research* 2013 ; 205 (1): 74- 8.

- Clark, D. M., & Wells, A. (1999). A cognitive model of social anxiety. New York: Guilford, 69- 93.
- Dood, H.F., Vogt, J., Turkileri, N., & Notebaert, L. (2106). Task relevance of emotional information affects anxiety-linked attention bias in visual search. *Journal Biological Psychology*; 57 (2). 1-9.
- Fawzy TI, Hecker JE, Clark J. The relationship between cognitive avoidance and attention bias for snake-related thoughts. *J Anxi Disor.* 2006; 20:1103-1117.
- Gotlib IH, Krasnoperova E, Yue DN, Joormann J. Attention biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *J of Abnor Psycho.* 2004; 113 (1):127-135.
- Heimberg RG, Becker RE. Cognitive behavioral group therapy for social phobia. NEW YORK: The Guil Press; 2000.
- Kendall, A.D., Zinbarg, R.E., Bobova, L., Mineka, S., Reville, W., Prenoveau, J.M., & Craske, M.G. (2016). Measuring positive emotion with the mood and anxiety symptom questionnaire: psychometric properties of the anhedonic depression scale. *Assessment*, 23 (1): 86-95.
- Leahy RL, Tirsch D, & Napolitano LA. *Emotion Regulation in psychotherapy: A practitioners Guide.* New York: Guilford press. 2011.
- Leahy RL. A model of emotional schemas, *Cognitive Behavior Practice.* 2002; 9 (3): 177-190.
- Leahy RL. *Emotional schema therapy.* 2015. Guilford Publications.
- Leahy RL. Emotional and psychotherapy. *Clinical psychology: science and practice* 2007; 14 (4): 353- 57.
- Lievaart M, Heiden CVD, Geraets E. Associations between depressive symptoms, Rumination, over general Autobiographical memory and interpretation bias within a clinically depressed sample. *Journal Psychology Therapy.* 2013; 7:554.doi.
- Taylor, C.T., Bomyea, J., & Amir, N. (2010). Attentional bias away from positive social information mediates the link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal of Anxiety Disorder*, 24 (4): 403-408.
- Wells, A. (1995). Meta- cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychology*, 23 (3), 301- 320.
- Wisco BE, Nolen-Hoeksema S. Interpretation bias and depressive symptoms: The role of self- relevance, *J Behav Re and Thera.* 2010; 48:113-122.