DOI: 10.22122/rbs.v17i2.2315

اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش طرحواره‌های هیجانی منفی، ناگویی هیجانی و علایم بیماران دارای نشانه‌های بدنی

فاطمه ایزدی[۱]، عماد اشرفی[۲]، علی فتحی آشتیانی[۳]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: نشانه‌های بدنی سهم قابل توجهی از مراجعه‌کنندگان به مراکز درمانی را به خود اختصاص می‌دهد. از آنجاکه مشاهدات بالینی این نشانه‌ها را با هیجان‌ها در ارتباط دانسته‌اند، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش طرحواره‌های هیجانی منفی، ناگویی هیجانی و علایم بیماران دارای نشانه‌های بدنی انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش حاضر کلیه بیماران زن با نشانه‌های بدنی استان اصفهان بود و نمونه شامل ۳۰ نفر مراجع ازمراکز مشاوه استان اصفهان و خمینی‌شهر با نشانه‌های بدنی بودند که به شیوه نمونه‌گیری قضاوتی با تشخیص روان‌پزشک و روان شناس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت مداخله ۱۲ جلسه‌ای رویکرد طرحواره‌درمانی هیجانی قرار گرفتند. مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (Leahy Emotional Schemas Scale یا LESS)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale یا TAS-20) و پرسشنامه نشانه‌های بدنی سنجش ملاک B (Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale یا SSD-12) در مورد شرکت‌کنندگان اجرا گردید. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: پس از اجرای طرحواره‌درمانی هیجانی، تفاوت معناداری در طرحواره‌های هیجانی منفی (p=۰/۰۰۸) ، ناگویی هیجانی (p<۰/۰۰۱) و نشانه‌های بدنی (p<۰/۰۰۱) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مشاهده گردید و میانگین نمرات گروه آزمایش در این متغیرها به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد مدل طرحواره‌درمانی هیجانی بر اساس وجود رابطه طرحواره‌های هیجانی منفی و ناگویی هیجانی با نشانه‌های بدنی، با اصلاح فرآیندهای زیربنایی هیجان و بهبود راهبردهای ناسازگارانه افراد در مقابل هیجانات باعث کاهش طرحواره‌های هیجانی منفی و ناگویی هیجانی و نشانه‌های بدنی می‌شود.

واژه‌های کلیدی: طرحواره‌درمانی هیجانی، طرحواره‌های هیجانی منفی، ناگویی هیجانی، نشانه‌های بدنی.

ارجاع: ایزدی فاطمه، اشرفی عماد، فتحی آشتیانی علی. **اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی بر کاهش طرحواره‌های هیجانی منفی، ناگویی هیجانی و علایم بیماران دارای نشانه‌های بدنی.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۸؛ ۱۷(۲): ۲۴۳-۲۳۲.

دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۸/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۰۵

۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.
۳- استاد، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج) و گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.
نویسنده مسئول: عماد اشرفی
Email: Ashrafi@usc.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

مقدمه

شکایات جسمانی (Somatic symptom) و نشانه‌های بدنی (تپش قلب، سرگیجه و...) یکی از بنیادی‌ترین تجارب انسان در زندگی است. شناسایی و ارزیابی این علایم برای بعضی افراد بسیار حائز اهمیت است، زیرا این علایم می‌توانند نشانه شکل‌گیری یک بیماری جسمانی باشند و شناسایی آنها فرد را قادر به جستجوی کمک‌های حرفه‌ای می‌سازد (۱). نشانه‌های بدنی که اغلب گزارش می‌شود شامل خستگی، انرژی کم، مشکلات خواب و درد (درد پشت، سردرد، درد شکم و درد قفسه سینه) می‌باشد (۲). در واقع بسیاری از آدمیان در برهه‌ای از زندگی خویش نشانه‌های جسمانی دارند که توجیهی برای آن نیست (۳). نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-^{5th} Edition یا DSM-V) ، این اختلالات را به نام نشانه‌های بدنی تغییر داد و آن را شامل یک یا چند نشانه بدنی که پریشان کننده بوده و زندگی روزانه را در حدقابل قبولی به‌هم می‌ریزد، تعریف نمود. همین طور اضطراب و نگرانی و یا وقت و توانی که صرف این دغدغه بدنی می‌شود را بیش از حد انتظار توصیف نمود (۴). افراد مبتلا، نشانه‌های خود را کاملا جسمانی تلقی می‌کنند (۵).

طی سال‌های گذشته تلاش‌های زیادی به منظور تعیین مکانیسم‌های آسیب‌زا و علت‌شناختی نشانه‌های بدنی صورت گرفته است. از عواملی که می‌تواند در زمینه نشانه‌های بدنی موثر باشد فرآیندهای مربوط به‌هیجان است (۶). یکی از بارزترین سازه‌هایی که به منظور بررسی مشکلات مرتبط با هیجان مورد مطالعه قرار گرفته است، ناگویی هیجانی (Alexithymia) است (۷)، که با علایم بدنی مرتبط است (۸). ناگویی هیجانی‌عبارت است از ناتوانی در پردازش اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجانات. ناگویی هیجانی سازه‌ای چندبعدی متشکل از ۴ مشخصه مجزاست: الف) مشکل در شناسایی و توصیف احساسات، ب) مشکل در تمایز میان احساسات و تهییج‌های بدنی، ج) فقر در خیالپردازی‌ها، د) تفکر عینی و تفکر درون‌گرایانه ضعیف (۹). مطالعات نشان می‌دهد ناگویی هیجانی با علایم جسمانی همراه است (۱۰). همین‌طور هیجان‌ها یک زنجیره از اعمال خودکار هستند که به دلیل ماهیت عاطفی و هیجانی، به زنجیره‌ی زیربنایی خود یعنی طرحواره‌های هیجانی می‌رسند و در نقش ساخت و تداوم آنها عمل می‌کنند (۱۱). در واقع می‌توان گفت هیجان‌ها عوامل سازنده یک طرحواره هیجانی و به دنبال آن روش‌های تنظیم هیجان هستند.

در تحقیقات متعددی نشان داده شده که طرحواره‌های هیجانی با طیف گسترده‌ای از اختلالات مثل اضطراب، افسردگی، نگرانی مزمن، اختلالات شخصیتی و جسمانی‌سازی در ارتباط است (۱۲). برخی مطالعات طرحواره‌ها را به دو گروه طرحواره‌های منفی و ناسازگار شامل ساده‌انگاری هیجان، منطقی بودن، گناه و شرم، سرزنش، نشخوار ذهنی، مدت، غیرقابل کنترل بودن، احساس کرختی، غیرقابل درک بودن و طرحواره‌های مثبت و سازگار شامل تأیید، پذیرش، ارزش‌ها، بیان و توافق تقسیم کرده‌اند (۱۳).

طرحواره‌های هیجانی منفی (Negative Emotional Schemas) می‌تواند نقش مهمی در شروع و تداوم نشانه‌های بدنی داشته باشد و روش‌های تنظیم هیجان مثل ناگویی هیجانی و سرکوب هیجان نیز می‌تواند به عنوان متغیر میانجی اثر طرحواره‌های هیجانی منفی را به نشانه‌های بدنی منتقل کند (۱۴).

با توجه به شناسایی و بررسی این الگوی ساختاری در تکمیل سبب‌شناسی نشانه‌های بدنی که توسط محقق در پژوهش‌های قبلی تأیید شده است، نیاز به یک الگوی درمانی با توجه به این قالب سبب‌شناسی احساس می‌شود. تاکنون درمان‌های زیادی برای بهبود علایم بدنی انجام شده است. درمان‌های شناختی رفتاری پرکاربردترین درمان برای نشانه‌های بدنی و جسمانی‌شکل است (۱۵). هدف اصلی این درمان کمک به این بیماران است که به بدن خود کمتر توجه کنند و علایم خود را فاجعه نبینند (۱۶).

در همین راستا متخصصان معتقدند یک رویکرد جدید برای فرمول‌بندی درمان اختلال‌های افسردگی و اضطراب و شکایات جسمانی با درنظر گرفتن هیجان‌ها مورد نیاز است (۱۷). ناکارآمدی‌های طولانی‌مدت راه را برای راهبردهای درمانی جدیدتری باز کرده است (۱۸). طرحواره‌درمانی هیجانی (Effectiveness of Emotional Schema Therapy) یکی از این راهبردهاست که لیهی با اقتباس از برخی جنبه‌های

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

درمان شناختی سنتی و مدل‌های فراشناختی و مبتنی بر پذیرش آن را تدوین نموده است (۱۹). در این مدل درمان بر اجتناب از کنترل تجارب دشوار تأکید شده است و بر نقش اجتناب و تلاش ناموفق در سرکوب تأکید می‌کند. طرحواره درمانی هیجانی بر اساس باورهایی در مورد هیجانات و راه‌های کنترل هیجان است و در جستجوی باورهای وابسته به طرز تفکر افراد در مورد هیجانات خواهد بود (۲۰). طبق نظر Leahy طرحواره‌درمانی هیجانی شکلی جدید از رفتاردرمانی شناختی است که در تلاش است تا دو رویکرد درمانی هیجان‌مدار (۲۱) و درمان فراشناختی (۲۲) را با هم تلفیق کند و راهبردهای هیجانی ناکارآمد افراد را بهبود می‌بخشد (۲۳).

علی رغم نوظهور بودن طرحواره درمانی هیجانی، اثربخشی این رویکرد درمانی برای اختلالاتی مانند اضطراب و افسردگی (۲۴)، اضطراب فراگیر (۲۵) و شدت و فراوانی علایم جسمانی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر (۲۶) مورد تأیید قرار گرفته است. با این حال هنوز شواهد پژوهشی محکمی برای اثربخشی راهبردهای درمانی برآمده از این مدل مفهومی برای نشانه‌های بدنی در دسترس نیست. اما انتظار می‌رود که با به کار بردن راهبردهای برآمده از مدل طرحواره‌های هیجانی به بیمار در شناسایی انواع گوناگونی از هیجان‌ها و نام‌گذاری آنها، به‌هنجارسازی تجربه‌هیجانی، شناسایی باورهای دردسرساز و راهبردهای بیمار برای تفسیر و قضاوت و کنترل کمک کند (۲۷). EST می‌کوشد تا معنی و مفهومی را برای هیجان ارائه دهد و هیجان را در بافتار یک زندگی معنی‌دار و ارزش‌هایی قرار دهد که شایسته زندگی باشد، هیجان‌ها را به‌هنجارسازی می‌کند و به افراد کمک می‌کند تا به کاوش احتمالات هیجانی بپردازند (۱۲).

بنابراین با توجه به رابطه بین طرحواره‌های هیجانی با علایم بدنی (۱۲) و با توجه به شیوع بالا و شناسایی دو عامل مهم ناگویی هیجانی و طرحواره‌های هیجانی منفی در درک سبب‌شناسی این علایم (۱۴) و همین‌طور با توجه به مسائل فرهنگی و بومی جامعه ایرانی و کمبود پژوهش در زمینه مداخلات بالینی و نیز با توجه به تازگی این روش درمانی، عمده تمرکز این مطالعه، بررسی تأثیر طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش طرحواره‌های هیجانی منفی، ناگویی هیجانی و علایم در بیماران با نشانه‌های بدنی بوده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه هدف را کلیه بیماران زن با نشانه‌های بدنی تشکیل داده است که محقق مایل بود نتایج را به آنها نیز تعمیم دهد و جامعه دردسترس کلیه بیماران زن با نشانه‌های بدنی استان اصفهان بودندکه جمعیت نمونه از آن انتخاب شده است. نمونه پژوهش حاضر، ۳۰ نفر شرکت‌کننده از مراکز مشاوره استان اصفهان و خمینی‌شهر با نشانه‌های بدنی بود که به شیوه نمونه‌گیری قضاوتی با تشخیص روان‌پزشک و روان شناس و از طریق پرسشنامه علایم بدنی و مصاحبه بالینی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (لیست انتظار، ۱۵ نفر) قرار گرفتند.

به منظور گردآوری داده‌ها، ارزیابان آموزش دیده، ابزارهای پژوهش را در دو گروه آزمایش و کنترل به عنوان پیش‌آزمون اجرا کردند. سپس مداخله درمانی براساس رویکرد طرحواره‌درمانی هیجانی به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هر هفته یک جلسه در مرکز مشاوره دانشگاه آزاد خمینی‌شهر برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل درمانی دریافت نکرد. محتوای جلسات طرحواره‌درمانی هیجانی در جدول ۱ آورده شده است. بعد از پایان مداخله‌ها دوباره ابزارهای مورد نظر در دو گروه به عنوان پس‌آزمون به کار برده شد و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. به منظور رعایت اخلاق پژوهش کسب موافقت از یکایک بیماران گروه آزمایش برای مشارکت در طرح پژوهشی و نیز بهره‌مندی گروه کنترل از مداخله‌های مشابه در پایان طرح مورد نظر قرار گرفت. داده‌های به دست آمده با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

مقیاس طرحواره‌های هیجانی لیهی (Leahy Emotional Schemas Scale یا LESS): ابزاری است که برای تعیین باورها و نگرش‌ها نسبت به هیجان در افراد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

تهیه‌شده است. مقیاس طرحواره‌های هیجانی در سال ۲۰۰۲ توسط Leahy بر مبنای مدل طرحواره هیجانی خود برای سنجش ۱۴ طرحواره تدوین‌شده است که این مقیاس دارای ۵۰ گویه است و با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری شده است. این ۱۴ طرحواره عبارتند از: تأیید، غیرقابل درک بودن، احساس گناه و شرم، ساده انگاشتن هیجانات، ارزش‌ها، غیرقابل کنترل بودن، منطقی بودن، مدت، توافق، پذیرش احساسات، نشخوار ذهنی، ابراز هیجانات، سرزنش، کرختی (۲۸).

Leahy (۲۹) پایایی و همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کرده است. در ایران خانزاده و همکاران ساختار عاملی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه را مورد بررسی قرار داده و یک مقیاس ۳۷ گویه‌ای با درجه‌بندی لیکرت به دست آورده‌اند. پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و همسانی درونی آن با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است (۳۰).

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره‌درمانی هیجانی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	انجام پیش‌آزمون، برقراری رابطه‌درمانی، ارائه مدل سبب‌شناسی و درمان از رویکرد طرحواره‌درمانی هیجانی و آموزش به بیمار درباره‌هیجان‌ها و طرحواره‌های هیجانی
جلسه دوم	شناسایی طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، درجه‌بندی باورهای هیجانی غلط، مواجه‌سازی با باورهای هیجانی غلط، تقویت آگاهی هیجانی
جلسه سوم	چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، بررسی معایب و مزایای اعتقاد به باورهای هیجانی، مشاهده‌هیجان‌ها و توصیف آنها، برچسب‌زنی هیجانات و تمایز میان هیجانات مختلف
جلسه چهارم	چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، ارتباط طرحواره‌های هیجانی با راهکارهای مشکل‌ساز کنار آمدن، خودارزیابی با هدف شناخت تجربیات هیجانی خود، خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد، خودارزیابی با هدف شناسایی از راهبردهای تنظیم هیجان
جلسه پنجم	چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، پیامدهای شناختی واکنش‌های هیجانی ناشی از طرحواره، پیامدهای فیزیولوژیک واکنش‌های هیجانی ناشی از طرحواره، پیامدهای رفتاری واکنش‌های هیجانی ناشی از طرحواره و رابطه این سه با هم
جلسه ششم	چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، آموزش نوشتن خاطرات منفی با هدف تسهیل پردازش هیجانی، جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب و آموزش روش‌های دریافت حمایت اجتماعی، نامه‌نگاری دلسوزانه
جلسه‌هفتم	چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، آموزش مهارت‌های بین فردی (گفتگو و اظهار وجود و حل تعارض)، معرفی مقدماتی مفهوم پذیرش و اعتبار بخشی هیجان
جلسه‌هشتم	چالش با طرحواره‌های هیجانی دردسرساز، کمک به بیمار برای پذیرفتن هیجانات خود، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، القای هیجان، در جستجوی هیجان‌های مثبت
جلسه نهم	معرفی انواع باورهای منفی در مورد هیجانات و چالش با آنها، شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آنها روی حالت‌های هیجانی
جلسه دهم	بحث در مورد شدت طرحواره‌ها قبل و بعد از مواجهه‌سازی، پرداختن به اجتناب‌های بیمار
جلسه یازدهم	مرور جلسات و تمرین مهارت‌های آموخته شده، روند خلاصه مطالب و آموزش تعمیم آن به‌هنگام مشکل
جلسه دوازدهم	کار روی برنامه درمان (پیشگیری از عود)، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، تکلیف خانگی، تعهد به کاربرد مداوم تمرین‌های درمان، انجام پس‌آزمون

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale یا TAS-20): ابزاری است که توسط Bagby و همکاران ساخته و یک پرسشنامه خود سنجی ۲۰ سؤالی است که دارای سه بعد دشواری در توصیف و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی می‌باشد. سؤال‌ها بر حسب معیار ۵ نقطه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (۳۱). پایایی مقیاس ناگویی هیجانی، ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاس‌های دشواری در تشخیص و شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵، ۰/۷۲ گزارش شده است (۳۲). روایی همزمان مقیاس ناگویی هیجانی هم برحسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

بهزیستی روانشناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و مورد تأیید قرار گرفته است (۳۳).

پرسشنامه نشانه‌های بدنی سنجش ملاک B (Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale یا SSD-12): مقیاس سنجش نشانه‌های بدنی در سال ۲۰۱۶ توسط Toussaint و همکاران ساخته‌شده که از ۱۲ آیتم و نحوه پاسخ‌دهی به‌صورت طیف لیکرت از هیچ‌وقت (۰) تا خیلی زیاد (۴)، تشکیل‌شده است. این ابزار اولین پرسشنامه خودگزارشی است که ویژگی‌های روانشناختی اختلال نشانه‌های بدنی که در ملاک B آورده شده است را طبق معیارهای پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM) می‌سنجد (۳۴). SSD-12 ابزار مفیدی برای تشخیص و سنجش پاسخ‌های درمانی در این اختلال است (۳۵). ارزیابی‌های اولیه نشان می‌دهد که این پرسشنامه روایی و پایایی مناسبی را برای سنجش‌های بالینی و روش تحقیق دارا می‌باشد. پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است. تحلیل عاملی تأییدی نیز ساختار سه عاملی را که نشان‌دهنده سه معیار روانشناختی مربوط به افکار و احساسات و رفتار می‌باشد را تأیید می‌کند. نمره کل SSD-12 به طور معناداری با نشانه‌های بدنی ۰/۷۳، اضطراب سلامت ۰/۶۳ و علایم افسردگی ۰/۶۴ ارتباط دارد. بیماران با نمره بالا در SSD-12 اختلالاتی را در زمینه جسمی و روانی گزارش کرده‌اند که نیازمند مراقبت‌های بهداشتی اولیه است (۳۴). این پرسشنامه توسط محقق به زبان فارسی ترجمه شده است و پایایی آن از طریق بازآزمون دوهفته‌ای ۰/۸۹ گزارش شده است.

یافته‌ها

میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل به ترتیب۳/۴۳±۲۸/۰۷ و ۶/۰۷±۲۹/۸۰ سال بود. به ترتیب ۷ و ۸ نفر (۴۶٪، ۵۳٪) از گروه آزمایش، ۸ و ۷ نفر (۵۳٪، ۴۶٪) از گروه کنترل متأهل و مجرد بودند. از نظر وضعیت تحصیلی در گروه آزمایش ۷ نفر (۴۶٪) در مقطع کارشناسی، ۸ نفر (۵۳٪) در مقطع کارشناسی ارشد و در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰٪) در مقطع کارشناسی و۹ نفر (۶۰٪) در مقطع کارشناسی ارشد مشغول به تحصیل بودند. میانگین و انحراف استاندارد مربوط به گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	گروه‌ها	زمان آزمون	M	SD
طرحواره‌های هیجانی منفی	آزمایش	پیش آزمون	۳/۸۷	۰/۵۵
		پس آزمون	۳/۲۰	۰/۱۸
	کنترل	پیش آزمون	۳/۵۸	۰/۴۲
		پس آزمون	۳/۴۵	۰/۴۵
ناگویی هیجانی	آزمایش	پیش آزمون	۷۸/۶۴	۱۱/۷۱
		پس آزمون	۳۹/۴۱	۲/۴۲
	کنترل	پیش آزمون	۷۶/۹۰	۱۱/۱۸
		پس آزمون	۷۴/۶۷	۹/۸۲
نشانه‌های بدنی	آزمایش	پیش آزمون	۳۶/۸۷	۳/۰۷
		پس آزمون	۱۱/۶۰	۳/۲۵
	کنترل	پیش آزمون	۳۶/۹۳	۳/۴۵
		پس آزمون	۳۵/۷۳	۲/۷۶

قبل از انجام تحلیل کواریانس چند متغیری باید از رعایت مفروضه‌های این آزمون اطمینان حاصل کرد. در پژوهش حاضر، نرمال بودن با استفاده از آزمون معناداری نمرات خطای استاندارد کجی و کشیدگی (برای همه $p>۰/۰۵$)، همگن بودن واریانس‌ها با استفاده از آزمون Levene (طرحواره‌های هیجانی منفی: $p>۰/۸۰$، $F=۰/۰۶۵$، ناگویی هیجانی: $p=۰/۵۹۰$، $F=۰/۲۹۸$، نشانه‌های بدنی: $p=۰/۵۱۲$، $F=۰/۴۴۲$) و رعایت مفروضه همگنی ماتریس واریانس کواریانس با استفاده از آزمون M-Box ($p<۰/۰۰۱$ ، $F=۵/۳۰$، $M=۳۶/۰۷$) انجام شد. از آنجا که آزمون M-Box معنادار شد نشان می‌دهد ماتریس واریانس کواریانس ناهمگن است. در چنین شرایطی و با توجه به اینکه حجم گروه‌ها برابر است از آزمون اثر پیلایی برای بررسی معناداری F چندمتغیری استفاده شد (۳۶) که نتیجه در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون اثر پیلایی جهت بررسی معناداری آزمون چندمتغیری

مقدار	F	df1	df2	p	ضریب اثر
۰/۹۶	۱۸۰/۱۶	۳	۲۳	<۰/۰۰۱	۰/۹۶

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

با توجه به نتایج جدول ۳ و معنادار شدن آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری، ارزیابی جداگانه هر یک از متغیرهای وابسته پژوهش انجام شد که نتیجه در جدول ۴ آمده است. با توجه به جدول‌های ۴ و ۲ می‌توان گفت تفاوت معناداری بین دو گروه در طرحواره‌های هیجانی منفی، ناگویی هیجانی و نشانه‌های بدنی وجود دارد و میانگین نمرات گروه آزمایش در این متغیرها به طور معناداری کمتر از گروه کنترل است.

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس برای کنترل اثر پیش آزمون متغیرهای طرحواره‌های هیجانی منفی، ناگویی هیجانی، نشانه‌های بدنی

متغیرها	منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p	ضریب اثر
طرحواره‌های هیجانی منفی	گروه	۰/۷۲۶	۱	۰/۷۲۶	۸/۲۴۶	۰/۰۰۸	۰/۲۴۸
	خطا	۲/۲۰	۲۵	۰/۰۸۸			
ناگویی هیجانی	گروه	۸۰۳۵/۰۱	۱	۸۰۳۵/۰۱۸	۲۵۰/۸۹۹	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۹
	خطا	۸۰۰/۶۲	۲۵	۳۲/۰۲۵			
نشانه‌های بدنی	گروه	۳۳۷۲/۱۰۳	۱	۳۳۷۲/۱۰	۳۷۴/۵۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۷
	خطا	۲۲۵/۰۵۱	۲۵	۹/۰۰۲			

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر طرحواره‌درمانی هیجانی بر کاهش طرحواره‌های هیجانی منفی، ناگویی هیجانی و علایم بیماران دارای نشانه‌های بدنی انجام شد. همان‌طور که یافته‌ها نشان داد بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه تحت درمان نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. لذا می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی هیجانی روش درمانی موثری برای بیماران با نشانه‌های بدنی است. با مرور پیشینه‌های پژوهش تاکنون پژوهشی یافت نشد که اثربخشی این درمان را برای نشانه‌های بدنی بررسی کرده باشد ولی به طور کل اثربخشی این درمان در انواع مشکلات به طور مثال اضطراب فراگیر (۲۵)، روده تحریک‌پذیر (۲۶)، وسواس (۲۷)، طرحواره‌های هیجانی منفی زنان قربانی تجاوز (۳۷) مورد تأیید قرار گرفته است و همه این پژوهش‌ها خواستار بررسی این درمان در سایر اختلالات روانشناختی بودند.

بر اساس نتایج، طرحواره‌درمانی هیجانی باعث کاهش ناگویی هیجانی در افراد با نشانه‌های بدنی شد، که این نتایج همسو با مطالعاتی است که ناگویی هیجانی را با نشانه‌های بدنی در ارتباط می‌دانند و طرحواره‌درمای هیجانی و مداخله‌های تنظیم هیجانی را در بهبود ناگویی هیجانی موثر می‌دانند (۱، ۴۵، ۴۰، ۴۹). تبیین بر این اساس است که ناگویی هیجانی عامل خطرساز برای بسیاری از اختلالات روانپزشکی است. زیرا افراد مبتلا به این عارضه سخت تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجاناتی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی جلوی تنظیم هیجان را می‌گیرد (۴۳). ضعف در توصیف، تشخیص و شناسایی احساسات، می‌تواند باعث ناتوانی فرد در متمایز ساختن احساساتش شده و این نیز به نوبه خود منجر به تجربه هیجان‌های دوپهلو در فرد گردد. اولاً چنین هیجانات دوپهلویی می‌توانند با ابهام و اضطرابی که در فرد ایجاد می‌کند، زمینه‌ساز مشکلات جسمانی افراد در مقابله با عوامل فشارزای زندگی شوند، ثانیاً چنین احساسات نامتمایزی معمولاً با یک برانگیختگی فیزیولوژیک همراه می‌باشند که به علت اشکال در تنظیم هیجان، این برانگیختگی فعال باقی مانده و می‌تواند به صورت علایم بدنی تجربه شود (۴۴).

افراد دارای ناگویی هیجانی در دادن پاسخ سازگارانه به موقعیت‌های هیجانی شکست می‌خورند و این امر به هیجان‌های منفی مزمن و پاسخ‌های ناسازگارانه بیشتر آن‌ها منجر می‌گردد. این چرخه شکست در پاسخ سازگارانه نسبت به سرنخ‌های (درونی و بیرونی) نظیر احساس‌های بدنی می‌تواند به مشکلات فیزیکی و روانی منجر گردد (۴۵). بر این اساس طرحواره‌درمانی هیجانی به عنوان یک روش درمانی زیربنایی برای تنظیم هیجان باعث کاهش ناگویی هیجانی شد. یافته‌ها ارتباط بین ناگویی هیجانی را در پیدایش و تداوم نشانه‌های بدنی تأیید می‌کنند (۱۴، ۴۱، ۴۲).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

بر اساس نتایج، طرحواره‌درمانی هیجانی باعث کاهش نشانه‌های بدنی شد، که این نتایج همسو با مطالعاتی است که طرحواره‌های هیجانی را با نشانه‌های بدنی مثل سردرد و درد مزمن و فشار خون در ارتباط دانسته‌اند و طرحواره‌درمانی هیجانی و روش‌های تنظیم هیجان را در کاهش نشانه‌های بدنی موثر دانسته‌اند (۵۳-۵۰). در واقع نشانه‌های بدنی، جزئی از تفسیر هیجانی فرد به تهدید پیش آمده است (۳۹). در تبیین این مورد مطالعات Leahy نشان می‌دهد که تفاسیر و طرحواره‌های خاص و قضاوت‌ها درباره‌هیجان باعث پیش‌بینی توالی استراتژی‌های ناکارآمد مقابله‌ای برای تنظیم هیجان مثل سرکوب می‌شود (۱۲)، که این راهبردها رابطه بیشتری با مشکلات سلامت روانی و نشانه‌های جسمانی دارد (۴۰). در واقع نشانه‌های بدنی نوعی اختلال در بیان هیجان است و افرادی‌که نمی توانند هیجان خود را تنظیم نمایند در واقع واکنش‌پذیری فیزیولوژیکی را در خود افزایش می‌دهند (۴۸). بر این اساس طرحواره‌درمانی هیجانی، به عنوان یک روش تنظیم هیجان و کاهش راهبردهای ناکارآمد، توانست نشانه‌های بدنی را کاهش دهد.

طبق یافته دیگر پژوهش، طرحواره‌درمانی هیجانی باعث بهبود طرحواره‌های هیجانی منفی درافراد با نشانه‌های بدنی می‌شود و این نتیجه همسو با یافته‌های مطالعاتی است که طرحواره‌های هیجانی را با نشانه‌های بدنی مثل درد مزمن و سردرد در ارتباط دانسته‌اند و درمان‌های تنظیم هیجان و طرحواره‌درمانی هیجانی را در بهبود این طرحواره‌ها موثر دانسته‌اند (۵۶، ۵۴، ۵۵، ۵۰). یافته‌ها نشان می‌دهد که مدل طرحواره درمانی هیجانی منجر به کاهش طرحواره‌های هیجانی ناسازگار می‌شود (۳۷، ۳۸). این تبیین وجود دارد که طیف وسیعی از هیجان‌ها در فرد آغاز می‌شود و فرد متوجه هیجان خود می‌شود، سپس هیجان‌ها را به عنوان یک مشکل در نظر می‌گیرد و طرحواره‌های هیجانی منفی خود را نشان می‌دهد: فرد باور دارد که‌هیجان‌ها برای او قابل درک نیستند، از اضطراب و غم خود احساس خجالت می‌کند، اعتقاد دارد که‌هیجان‌ها خارج از کنترل هستند و تا مدت‌ها ادامه خواهند یافت، دیگران را برای احساسش سرزنش می‌کند، مدام روی یک هیجان پافشاری می‌کند. او این طیف از هیجان‌ها را عادی تلقی نمی‌کند و متوجه نیست که عده زیادی از مردم احساس‌های مشابهی دارند، مخلوط هیجان برای او قابل تحمل نیست و مدام فکر می‌کند که چرا چنین احساس‌هایی دارد. با این تفاسیر منفی از هیجانش تلاش می‌کند که هیجان‌هایش را نپذیرد و سرکوب‌کند، از مردم دوری می‌کند و تمایلی به سهیم شدن هیجاناتش با دیگران ندارد. فرد در تنظیم هیجان دچار مشکل می‌شود و دیگر قادر به شناسایی و توصیف احساسات خود نمی‌شود. این موارد در واقع همان طرحواره‌های هیجانی منفی هستند که با نشانه‌های بدنی ارتباط دارند (۱۴). به هر حال وقتی هیجان‌های منفی مثل غم، تنهایی، پوچی و ناامیدی فعال می‌شوند و به دنبال آن طرحواره‌های منفی به وجود می‌آید، فرد می‌تواند به جای سرکوب و عدم پذیرش احساسات، از راه‌کارهای بهتری در مقابل هیجانش استفاده کند (۴۶). بر اساس الگوی ساختاری تأیید شده‌ی رابطه طرحواره‌های هیجانی منفی و نشانه‌های بدنی با میانجیگری ناگویی هیجانی، می‌توان گفت اصلاح عوامل زیربنایی‌تر مثل طرحواره‌های هیجانی منفی و کاهش ناگویی هیجانی می‌تواند در کاهش نشانه‌های بدنی موثر باشد (۱۴). بر اساس این تبیین و با توجه به رابطه بین طرحواره‌های هیجانی با علایم بدنی (۱۲)، وجود مداخله‌های درمانی که به فرآیندهای زیربنایی‌تر هیجان یعنی طرحواره‌های هیجانی تمرکز می کنند، در کنار سایر درمان‌ها ضروری به نظر می‌رسد و نسبت به آنها این مزیت را دارد که مفهوم‌سازی و راهبردهای ناسازگارانه افراد در مقابل هیجانات را مستقیماً مورد هدف قرار می‌دهد (۲۳).

در EST زمانی که فرد دچار آشفتگی و ناگویی هیجانی می‌شود، ارزیابی‌ها درباره هیجان‌ها و راهبردهای به کار رفته شده توسط فرد شناسایی می‌شود. در ابتدا با افزایش و تقویت آگاهی درباره هیجان‌ها، اجتناب‌های بیمار هم مورد هدف قرار می‌گیرد تا فرد تجربه هیجانی را به صورت همگانی و به‌هنجار در نظر بگیرد. این بازشناسی و توصیف و شناسایی هیجان‌ها به جای قضاوت، سرکوب کردن، فرار یا اجتناب از هیجان‌ها به پذیرش آنها کمک می‌کند (۴۷). منطق اساسی طرحواره‌درمانی هیجانی این است که هیجان به خودی خود دردسرساز نیست بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای تعیین‌کننده هستند. در این زمینه طرحواره‌درمانی هیجانی با شناسایی باورهای دردسرساز هیجانی و تکنیک‌های درمانی سعی در اصلاح باورهای منفی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

هیجانی و کاهش ناگویی هیجانی کـه بـا نشـانه‌هـای بـدنی در ارتبـاط هسـتند را دارد. بـه طـور مثـال EST باورهـای منفـی درباره‌هیجان‌ها مثل دائمی بودن هیجان و از دست دادن کنتـرل در نتیجه تجربه‌های هیجانی را شناسایی می‌کند و با اسـتفاده از فنون درمانی آنها را آزمون و به چالش می‌کشد.

در نهایت می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمانگران می‌تواننـد از EST بـه عنـوان یکـی از جدیـدترین اشـکال رفتاردرمـانی شناختی و فراشناختی برای کاهش نشانه‌های بدنی و متغیرهـای هیجـانی مربـوط بـه ایـن اخـتلال مثـل نـاگویی هیجـانی و طرحواره‌های هیجانی منفی استفاده کنند. بـه طـور کلـی نتـایج پژوهش حاضر در سطح عملی و بالینی می‌تواند بـه متخصصـان بالینی در درمان موثرتر و کامل‌تر نشانه‌های بدنی کمک نماید.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش مـی‌تـوان بـه محـدود بـودن نمونـه آمـاری ایـن پـژوهش بـه افـراد ۲۰-۴۵ سـال بـا نشانه‌های بدنی و تک جنسیتی بودن اشاره کرد که تعمیم‌پذیری نتایج را دشوار می‌کند. محدودیت دیگر فقدان زمان کافی بـرای انجام آزمون پیگیری جهت بررسی ماندگاری مداخله درمانی بود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگتر و وجـود دوره‌های پیگیری جهت بررسی ماندگاری این اثر استفاده شـود. در نهایت به منظور سنجش متغیرها فقط از پرسشـنامه اسـتفاده شد که این نیز به نوبه خود نتـایج تحقیـق را تحـت تـاثیر قـرار می‌دهد.

تقدیر و تشکر

از کلیه دانشجویان و مراجعان شرکت‌کننـده در ایـن پـژوهش و مسئولان مربوطه کمال تشکر و سپاس را داریم.

References

1. Besharat MA, Zahedi Tajrishi K, Noorbal A. Alexithymia and emotion regulation strategies in patients with somatization, anxiety disorders and normal individuals: A comparative study. Contemporary Psychology. 2014; 8 (2):3-16. [In Persian].
2. Hanel G, Henningsen P, Herzog W. Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. J Psychosom Res. 2009; 67 (3):189–97.
3. Rief W, Martin A. How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: A critical evaluation and a proposal for modifications. Annu Rev Clin Psychol. 2014; 10:339–67.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd Ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
5. Williams SE, Zahka NE. Treating somatic symptoms in children and adolescents. New York, NY: The Guilford Press; 2017.
6. Hughes EK, Gullone E. Emotion regulation moderates relationships between body image concerns and psychological symptomatology. Body Image. 2011; 8 (3):224-31.
7. Waller E, Scheidt CE. Somatoform disorders as disorders of affect regulation: A development perspective. Int Rev Psychiatry. 2006; 18 (1):13-24.
8. Berthoz S, Pouga L, Wessa M. Alexithymia from the social neuroscience perspective. In: Decety J, Cacciopo J, editors. The Oxford handbook of social neuroscience. New York: Oxford University Press; 2011.
9. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. New York: Cambridge University Press; 1997.
10. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, Joukamaa M. Alexithymia and somatization in general population. Psychoso Med. 2008; 70 (6):716-22.
11. Mears GS. Examining the relationship between emotional schemas emotional intelligence and relationship satisfaction. Doctoral Dissertations and Projects. Liberty University, School of Behavioral Sciences; 2012.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]

[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

12. Leahy RL, Tirch D, Poonam S. Process's underlying depression: Risk aversion, emotional Schemas, and psychological flexibility. Int J Cogn Ther. 2012; 5 (4):362-79.
13. Silberstein LA, Tirch D, Leahy RL, McGinn. Mindfulness, Psychological Flexibility and Emotional Schemas. Int J Cogn Ther. 2012; 5 (4):406–19.
14. Izadi F, Ashrafi E, Fathi Ashtiani A. The Structural Pattern of the Relationship between Negative Emotional Schemas and Somatic Symptoms by Mediating Alexithymia and Emotional Expressiveness. J Res Behav Sci. 2018; 16 (3):311-323. [In Persian].
15. Allen LA, Woolfolk RL. Cognitive behavioral therapy for somatoform disorders, Psychiatr Clin North Am. 2010; 33 (3):579-93.
16. Kroenke K. Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. Psychosomatic medicine. 2007 Nov 1; 69 (9):881-8.
17. Newby JM, McKinnon A, Kuyken W, Gilbody S, Dalgleish T. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. Clinical psychology review. 2015 Aug 1; 40:91-110.
18. Barsky AJ. Assessing the new DSM-5 diagnosis of somatic symptom disorder. Psychosom Med. 2016; 78 (1):2-4.
19. Leahy RL. Emotional schema therapy: a bridge over troubled waters. Acceptance and Mindfulness in Cognitive Behavior Therapy: Understanding and Applying the New Therapies. 2011 Feb 2:109-31.
20. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. Guilford Press; 2011 Oct 1. Translated by: Mansouri Rad. Tehran: Arjmand. 2014.
21. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. American Psychological Association; 2015.
22. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. Guilford press; 2011 Mar 14.
23. Greenberg LS, Safran JD. Emotion in psychotherapy. American psychologist. 1989 Jan; 44 (1):19.
24. Rezaei M, Ghadampur E, Kazemi R. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on rumination and severity of depression in patients with major depressive disorder. J Clin Psychol; 2016; 7 (4): 45-58 [In Persian].
25. 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. Journal of Clinical Psychology. 2016; 2 (30). [In Persian].
26. Erfan A, Noorbala AA. , Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of emotional schema therapy on the severity and frequency of physical symptoms and life quality of patients with irritable bowel syndrome: single-subject design. Scientific - Research Journa l of Shahed University 24th Year; 2016; No. 12. [In Persian].
27. Leahy R L. Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder, Cognitive and Behavioral Practice. 2007; 14: 297-302.
28. Leahy RL, Robert L. Emotional schema as predictors of relationship dissatisfaction. American Institute for cognitive therapy, New York; 2002.
29. Leahy RL, Tirch D. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2011.
30. Khanzadeh K, Edrisi F, Mohammadkhani S, Saeedian M. Investigation of the factor structure and psychometric properties of emotional schema scale on a normal sample of Iranian students. Clinical Psychology Study. 2013; 11:91-120. [In Persian].
31. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. J Psychosom Res. 1994; 38 (1):33-40.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

32. Besharat MA. Reliability and factorial validity of Farsi version of the Toronto alexithymia Scale with a sample of Iranian students. Psycho Resp. 2007; 101 (1): 209-20.
33. Berger S, Elliott C, Ranzenhofer LM, Shomaker LB, Hannallah L, Field SE, et al. Interpersonal problem areas and alexithymia in adolescent girls with loss of control eating. Compr Psychiatry. 2014; 55 (1):170-8.
34. Toussaint A, Murray AM, Voigt K, Herzog A, Gierk B, Kroenke K, Rief W, Henningsen P, Löwe B. Development and Validation of the Somatic Symptom Disorder–B Criteria Scale (SSD-12). Psychosom Med. 2016; 78 (1):5–12
35. Barsky AJ. Assessing the new DSM-5 diagnosis of somatic symptom disorder. Psychosom Med. 2016; 78 (1):2-4.
36. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. Applied multivariate research: Design and interpretation. Sage publications; 2016 Nov 22.
37. Daneshmandi S, Izadikhah Z, Kazemi H, Mehrabi H. The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2014 Jan 1; 22 (5):1481-94. [InPersian].
38. Erfan A, Noorbala AA, Amel SK, Mohammadi A, Adibi P. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on the Emotional Schemas and Emotional Regulation in Irritable Bowel Syndrome: Single Subject Design. Advanced biomedical research. 2018. [InPersian].
39. Kozlowska K, Williams LM. Self-protective organization in children with conversion and somatoform disorders. J Psychosom Res. 2009; 67 (3):223-33.
40. Chen J, Xu T, Jing J, Chan RC. Alexithymia and emotional regulation: A cluster analytical approach. BMC Psychiatry. 2011; 11: 33.
41. Mattila AK, Kronholm E, Jula A, Salminen JK, Koivisto AM, Mielonen RL, Joukamaa M. Alexithymia and somatization in general population. Psychosom Med 2008; 70 (6):716-22.
42. Allen LB, Lu QT, Hayes LP, Zeltzer LK. Depression partially mediatesthe relationship between alexithymia and somatizationin a sample of healthy children. J Health Psychol. 2011; 16 (8):1177-86
43. Cox BJ, Swinson RP, Shulman ID, and Bourdeau D. Alexithymia in panic disorder and social phobia. Compr Psychiatry. 1995; 36 (3):195-8.
44. Frawley W, Smith RN. A processing theory of alexithymia. Cogn Syst Res. 2001; 2 (3):189-206.
45. Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt MM, Novin S, Nasiri H, Latifan M. Relationship between alexithymia, mood and internalizing symptoms in children and young adolescents: Evidence from an Iranian sample. Pers Individ Dif. 2010; 48 (4):425-30.
46. Leahy RL. Emotional schema therapy. Translated by Jahangiri S. Tehran: Ibn Sina; 2015. [In Persian].
47. Leahy RL, Tirch D. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2011.
48. Grabe HJ, Frommer J, Ankerhold A. Alexithymia and outcome in psychotherapy. Psychother Psychosom. 2008; 77 (3):189–94.
49. Dadomo H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M. Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. Frontiers in psychology. 2016; 7:1987.
50. Shahsavani S. The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy in Reducing Headache Stroke and Improving Emotion Cognitive regulation Strategies in Migraine Women. Unpublished MS thesis. Ferdowsi University of Mashhad. 2016. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

51. Sheikhi TB. The Effectiveness of Emotional regulation Therapy on Reducing Chronic Pain in Chronic Pain Patients in Tehran, Fifth Research Conference on Educational Sciences and Psychology, Social and Cultural Diseases of Iran, Tehran. 2016. [In Persian].
52. Agar-Wilson M, Jackson T. Are emotion regulation skills related to adjustment among people with chronic pain, independent of pain coping. European journal of pain. 2012; 16 (1):105-14.
53. Kinnunen ML, Kokkonen M, Kaprio J, Pulkkinen L. The associations of emotion regulation and dysregulation with the metabolic syndrome factor. Journal of psychosomatic research. 2005; 58 (6):513-21.
54. Khanzadeh M. Prediction of Pain Perception in the Elderly Based on Emotional Schemas and Problems in Emotional Regeneration. Unpublished MS thesis. Shiraz University. 2011. [In Persian].
55. Hasas O. The Effectiveness of Group Emotional Schema Therapy on Emotional Schemas, Quality of Life, Cognitive Emotion Regulation Strategies and Symptoms of Patients with Bipolar Mental Disorder, Unpublished MS thesis. Ferdowsi University of Mashhad. 2016. [In Persian].
56. Rezaei F. The Comparison of the Effect of Cognitive Behavioral Therapy on based Emotions and Emotional Schema therapy on the Pain, Pain Painful Impressions, and Difficulty in Emotion Regulation and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. Unpublished MS thesis. Isfahan University. 2012. [In Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]

The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reduction of the Negative Emotional Schemas, Alexithymia and Signs of Patients with somatic Symptoms

Fatemeh izadi[1], **Emad Ashrafi**[2], **Ali Fathi Ashtiani**[3]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Somatic symptoms make a significant part of admittances to health centers. Since clinical observations have linked these symptoms with emotions, the present study was conducted to investigate the effectiveness of emotional schema therapy on decreasing negative emotional schemas, Alexithymia And Signs of Patients with somatic Symptoms.

Methods and Materials: The present study was a type of semi-experimental research with pre-test post-test design with control group. The population of this study was all female patients with somatic symptoms of Isfahan province and sample included 30 referents from counseling centers of Isfahan and Khomeini shahr with somatic symptoms that were selected based on Judgment sampling and with psychiatrist's and psychologist's discriminant and divided into two experimental (15) and control (15) groups. The experimental group received 12 sessions of emotional schema therapy approach. The Leahy Emotional Schematic Scale (LESS), Toronto Alexithymia Scale (TAS_20), and the B-Score Somatic Symptom Inventory (SSD-12) were used for participants. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance in SPSS 24.

Findings: After the implementation of emotional schema therapy, there was a significant difference in the negative emotional schemas (F: 8. 24, P<0. 008), alexithymia (F: 250. 89, P<0. 001) and somatic symptoms (F: 374. 59, P<0. 001) in the experimental group compared to the control group and the mean scores of the experimental group were significantly lower than the control group.

Conclusions: The results of this study showed The Emotional Schema Therapy Model, based on the existence of a relationship between negative emotional schemas and alexithymia with somatic symptoms, by modifying the underlying emotional processes and improving the maladaptive strategies of individuals toward emotions, reduced the negative emotional schema and alexithymia and somatic Symptoms.

Keywords: Emotional Schema Therapy, Negative Emotional Schemas, Alexithymia, somatic Symptoms.

Citation: Izadi F, Ashrafi E, Fathi Ashtiani A. **The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Reduction of the Negative Emotional Schemas, Alexithymia and Signs of Patients with somatic Symptoms.** J Res Behav Sci 2019; 17(2): 232-243.

Received: 2018.10.10 Accepted: 2019.02.24

1- Ph.D. Student of clinical psychology, Department of Psycology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
2- Assisstant Professor, Department of Psycology, Faculty of Humanities, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
3- Professor, Behavioral Sciences Research Center of Baqiyatallah University of Medical Sciences and Department of Clinical Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran.
Corresponding Author: Emad Ashrafi Email: Ashrafi@usc.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-16]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1398.17.2.7.2]
[DOI: 10.52547/rbs.17.2.232]