



مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اضطراب کرونا و افراد عادی

*پریسا صابری مهرفروزانی^۱، مریم نوروزی^۲، نگین رحمانی^۳، خدیجه مصباح^۴

چکیده

زمینه و هدف: کرونا و اضطراب ناشی از آن جهان را با چالش‌های جدی رو برو کرده است. به نظر می‌رسد، افراد مستعد، آسیب‌های بیشتری را در برابر این بیماری، تجربه می‌کنند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اضطراب کرونا و افراد عادی انجام گرفت. روش بررسی: این پژوهش از نوع علی- مقایسه‌ای بود و جامعه پژوهش را کلیه افراد عادی و مبتلا به اضطراب کرونا در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش شامل ۶۰ نفر آزمودنی زن و مرد (۳۰ نفر عادی و ۳۰ نفر مبتلا به اضطراب کرونا) بین سالین ۱۸ تا ۴۰ سال بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به منظور اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش از پرسشنامه مقیاس اضطراب بیماری کرونا و فرم کوتاه پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار یانگ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرمافزار SPSS و به روش تحلیل دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور معناداری در گروه افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می‌باشد ($p=0.04$). همچنین طرحواره‌های ترک شدن ($p=0.049$)، معیارهای ناعادلانه ($p=0.015$) و بدبینی- نگرانی ($p=0.027$) به طور معناداری در افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می‌باشد. نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌های معیارهای ناعادلانه و بدبینی/ نگرانی در افراد دارای اضطراب کرونا بیشتر می‌باشد. لذا برای کاهش اضطراب کرونا می‌توان بر روی این دو طرحواره، اقدامات درمانی انجام داد.

کلیدواژه‌ها: کرونا، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اضطراب، اضطراب کرونا

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد خمینی شهر، دانشگاه آزاد اسلامی، خمینی شهر، ایران (نویسنده مسئول)
parisa.saberymehr1365@gmail.com

^۲ کارشناسی مشاوره، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد سپاهان شهر، دانشگاه شهید اشرفی اصفهانی، سپاهان شهر، ایران

^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، فارس، ایران

^۴ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد نجف آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف آباد، ایران



۱ مقدمه

شیوع بیماری کرونا، جهان را با مسائل اجتماعی، سیاسی، فرهنگی و آسیب‌های روانی جدی روبرو کرده است (چیت سازقمی، ۱۳۹۹). از طرفی سرعت شروع، تلفات و مرگ و میر ناشی از این بیماری، عدم شناسایی درمان‌های دارویی موثر و وضعیت نامطلوب مراقبت از بیماران، سیستم بهداشت و درمان را به چالش کشیده است (ژیانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۰؛ بو^۲ و همکاران، ۲۰۲۱).

از منظر روانشناسی، بیماری‌های واگیردار^۳، علاوه بر به خطر انداختن جان انسان، آسیب‌های جسمانی و روانی (اوہند^۴ و همکاران، ۲۰۰۷)، زیان‌های مالی (بالارد^۵ و همکاران، ۲۰۰۵) را نیز به دنبال دارند. ناشناخته بودن مدت و نوع پیشرفت بیماری نیز، نگرانی نسبت به ابتلا و عدم کنترل بیماری را به ویژه در افراد مستعد و دارای بیماری‌های زمینه‌ای، افزایش می‌دهد. این آشفتگی در بیماران، بر لزوم اجرای مداخلات روانی تاکید دارد (هانگ و ژائو، ۲۰۲۰). از طرفی انجام قرنطینه خانگی و فاصله گذاری اجتماعی و تعطیلی بسیاری از اجتماعات و محدودیت ارتباط با نزدیکان و دوستان (اندرسون^۶ و همکاران، ۲۰۲۰) و همچنین تعطیلی بسیاری از مراکز تفریحی، منع سفر و نگرانی به تهیه ملزمات اولیه بهداشتی و غذایی، در فرایند طبیعی زندگی انسانی با ایجاد وحشت و ترس تعییم یافته تداخل ایجاد نموده اضطراب و سردرگمی را در افراد افزایش داده است (دانگ و بوئی^۷، ۲۰۲۰).

سوگ ناشی از کرونا نیز منجر به شکل گیری اندوه اجتماعی^۸ شده است. چرا که، علی‌رغم درگیری مستقیم افراد به یک بیماری جسمانی، با خسارات ناشی از پیامدهای روانی بیماری نیز مواجه بوده و نوعی اندوه مشترک اجتماعی شکل گرفته است (ویر، ۲۰۲۰). این درحالیست که افراد مواجه با سوگ، امکان عزاداری و تخلیه هیجانات منفی را نداشته و تحت فشار روانی مرگ عزیزان قرار گرفته و بدون دریافت حمایت اجتماعی رها می‌شوند (فراهتی، ۱۳۹۹). همچنین در فرایند همه‌گیری^۹ کرونا بسیاری از مشاغل تعطیل و نیمه تعطیل شده و عده کثیری با ضررها مالی شدیدی روبرو شده‌اند به‌گونه‌ای که به اضطراب و پریشانی اقتصادی دامن زده است (بروکس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰).

لذا با توجه به عدم برنامه‌ریزی و نبود فرایندهای حمایتی اقتصادی و اجتماعی کافی، تغییرات ایجاد شده در سبک زندگی^{۱۱} افراد در زمان اپیدمی کرونا، اضطراب و فشار روانی شدیدی را بر افراد وارد نموده (ویر، ۲۰۲۰) و افراد را نسبت به اختلال‌های روانی آسیب پذیر می‌کند. همچنین منجر به تشدید حساسیت و اضطراب افراد، نسبت به ابتلا و مرگ می‌شود. که این امر نیز نهایتاً با افزایش طول مدت درگیری با بیماری و تغییرات در روند بهبودی افراد همراه است (لی^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰).

^۱ Xiang

^۲ Bo

^۳ contagious diseases

^۴ Ouwehand

^۵ Ballard

^۶ Huang & Zhao

^۷ Anderson

^۸ Dong & Bouey

^۹ Social sadness

^{۱۰} Weir

^{۱۱} Epidemic

^{۱۲} Brooks

^{۱۳} life style

^{۱۴} Li



بنابراین می‌توان گفت بیماری کرونا منجر به ایجاد اضطراب در سطح جامعه شده است (یانگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۰، ژانگ^۲ و همکاران، ۲۰۲۰) که شایع‌ترین علامت روانشناختی مرتبط با این بیماری شناخته می‌شود (آبراموویتز و برادوک^۳). لذا می‌توان گفت تهدید سلامتی، منجر به اضطراب نسبت به بیماری کرونا می‌شود (کمرا و کلاوت^۴ ۲۰۱۲) و تفسیرهای افراطی افراد از علائم بیماری را به دنبال دارد (ایفترت^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). اضطراب کرونا، به معنای اضطراب از آلوده شدن و ابتلا به بیماری می‌باشد که عمدتاً حاصل عدم شناخت و ابهام می‌باشد (سیگر لیروس، کاروالو و نوبرت^۶، ۲۰۱۹). ساختار شناختی افراد بر شکل‌گیری و تداوم اضطراب نسبت به یک بیماری تاثیرگزار می‌باشد. یکی از عوامل ساختار شناختی که می‌تواند اضطراب بیماری را تحت تاثیر قرار دهد؛ طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۷ می‌باشد (قاسمی و الهی، ۱۳۹۸).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه به صورت الگوهای فرآگیر و ناکارآمد که شامل خاطره‌ها، هیجان‌ها، افکار و احساسات بدنی درمورد خود و رابطه با دیگران هستند، بازنمایی می‌شوند و وقتی طرحواره‌ها فعال شوند، افراد به گونه‌ای که این طرحواره‌ها را در طول زمان حفظ کرده‌اند پاسخ می‌دهند (کالوت، اور و هانکینگ^۸، ۲۰۱۵). آسیبی که طرحواره‌های اولیه می‌توانند وارد کنند، صرفاً منوط به یک موقعیت خاص نیست و می‌توان ردپایی از آن را در تصمیمات اساسی زندگی مشاهده کرد. طرحواره به عنوان چهارچوب یا قالب تعریف می‌شود (احمدیان گرجی و همکاران، ۱۳۸۷). برای اولین بار "بارتلت"^۹ مفهوم طرحواره را در سال ۱۹۳۰ برای روان‌شناسان بسط داد. او متوجه شد که فراخوانی حافظه در فرد صرفاً براساس سرشت و منش تعیین می‌شود و گذشته فرد در جریان اتفاقات کنونی به طور مستمر بازسازی می‌شود. طرحواره‌ها به صورت خودکار و بدون آگاهی بر سیستم ادراکی افراد تأثیر می‌گذارند. در دهه‌ی ۱۹۸۰ نظریه‌ی طرحواره وسیله‌ای برای درک جنبه‌ی روان‌شناختی فرهنگ شد و در حوزه‌ی شناختی نیز به عنوان «نقشه‌ی شناختی^{۱۰}» در نظر گرفته شد که راهنمایی برای تفسیر اطلاعات و حل مسئله است (садوک^{۱۱}، ۲۰۰۹).

هجده نوع طرحواره‌ی اولیه در پنج حوزه طبقه‌بندی شده‌اند که عبارتند از: بخش بریدگی و طرد^{۱۲} شامل رهاشدن/عدم ثبات^{۱۳}، عدم اعتماد/ Riftar بد^{۱۴}، محرومیت هیجان^{۱۵}، نقص/ شرم^{۱۶}، گوشه گیری اجتماعی/ بیگانگی^{۱۷}، بخش خودگردانی و عملکرد مختلط شده^{۱۸} شامل آسیب‌پذیر بودن نسبت به بیماری و آسیب^{۱۹}، طرحواره‌های وابستگی/ عدم کفایت^{۲۰}، عدم موفقیت^{۲۱}،

¹ Yang

² Zhang

³ Abramowitz & Braddock

⁴ Cámara & Calvete

⁵ Eifert

⁶ Sigre-Leirós, Carvalho & Nobre

⁷ Early Maladaptive Schemas

⁸ Calvete, Orue & Hankin

⁹ Bartlett

¹⁰ cognitive maps

¹¹ Sadock

¹² Disconnection and Rejection

¹³ Abandonment/ Instability

¹⁴ Mistrust/ Abuse

¹⁵ Emotional Deprivation

¹⁶ Defectiveness/shame

¹⁷ Social isolation/ Alienation

¹⁸ Impaired Autonomy and Performance

¹⁹ Vulnerability to Harm or Illness

²⁰ Dependence/Incompetence

²¹ Failure



خودتحول نایافته/ گرفتار^۱، بخش محدودیت‌های مختلف^۲ مشتمل بر طرحواره خویشتن‌داری/ خودانضباطی ناکافی^۳، استحقاق^۴/ بزرگ‌منشی^۵، بخش جهتمندی نیز شامل طرحواره ایثار^۶، اطاعت^۷، پذیرش‌جویی/ جلب توجه^۸ و بخش گوش بهزنگی مضاعف و بازداری دربرگیرنده طرحواره‌های بازداری‌هیجانی^۹، منفی‌گرایی و بدینی، تنبیه، معیارهای سرسختانه/ عیب‌جویی افراطی^{۱۰} (برازنده^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۶).

برخی از طرحواره‌ها دارای ارتباط مستقیمی با هیجانات منفی هستند. از جمله می‌توان به آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری اشاره نمود. در همین راستا جعفری و همکاران (۱۳۹۲) اثربخشی طرحواره درمانی در تعديل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی را مورد تایید قرار دادند همچنین قاسمی و الهی (۱۳۹۸) در پژوهش خود نشان دادند طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب بیماری ارتباط دارد و مکانیسم اثرگذار در تداوم اضطراب بیماری می‌باشد نتایج پژوهش اورعی و نشاط دوست (۱۳۹۴) نیز نشان داد عامل اختلال اضطراب بیماری که همان شکایات جسمانی می‌باشد با طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزه‌ی بردگی و طرد، حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختلف و حوزه‌ی گوش بهزنگی بیشازحد و بازداری) ارتباط دارد. همچنین در پژوهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختلف می‌تواند اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب فraigیر (شوری^{۱۲} و همکاران، ۱۵) و اضطراب اجتماعی را در افراد پیش‌بینی نماید (پینتو‌گویا^{۱۳} و همکاران، ۲۰۰۶).

با توجه به موارد مطرح شده می‌توان گفت بیماری کرونا به واسطه تحت الشاعع قرار دادن سلامتی فردی، ارتباطات و تعاملات اجتماعی و منابع مالی و درآمدی، بسیار اضطراب زا می‌باشد. از طرفی اضطراب کرونا، افراد را مستعد بیماری‌های جسمی و روانی متعدد می‌نماید و شناخت عوامل تاثیرگذار بر آنچه منظور کاهش اثرات و پیامدهای آن است از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. همچنین نتایج مطالعات انجام شده در زمینه طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان می‌دهد که با هیجان‌های منفی از جمله اضطراب ارتباط دارد. لذا می‌توان انتظار داشت اضطراب کرونا تحت تاثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه قرار داشته باشد و افراد مبتلا به اضطراب کرونا در مقایسه با افراد عادی، از منظر طرحواره‌های ناسازگار اولیه تقاضوت داشته باشند. لذا پژوهش حاضر سعی دارد، به مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد مبتلا به اضطراب کرونا و افراد عادی بپردازد.

۲ روش بررسی

این پژوهش از منظر هدف کاربردی و از لحاظ روش علی – مقایسه‌ای از نوع نیمه تجربی بود. جامعه پژوهش را کلیه افراد عادی و مبتلا به اضطراب کرونا در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ تشکیل می‌داد. با توجه به آنکه در پژوهش‌های علی مقایسه‌ای حداقل تعداد نمونه در هر گروه ۱۵ نفر می‌باشد (۳۵)، نمونه پژوهش حاضر نیز شامل ۶۰ نفر آزمودنی زن و مرد (۳۰ نفر عادی و ۳۰ نفر مبتلا به اضطراب کرونا) بین سنین ۱۸ تا ۴۰ سال بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت کنندگان در گروه آزمایش، ابتلا به اضطراب کرونا و ملاک خروج نیز شامل عدم ابتلا به بیماری‌های روانپزشکی در طول یکسال گذشته و عدم تمایل به ادامه همکاری بود. به منظور جمع آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

¹ Enmeshment/Undeveloped Self

² Impair limits

³ Insufficient Self- control/ Self- discipline

⁴ Entitlement/Grandiosity

⁵ Self- Sacrifice

⁶ Subjugation

⁷ Approval- seeking/ Recognition- seeking

⁸ Emotional Inhibition

⁹ Unrelenting standards/ Hyper criticalness

¹⁰ Barazandeh

¹¹ Shorey

¹² Pinto-Gouveia

پژوهشی مقیاس اضطراب بیماری کرونا^۱: این ابزار توسط علی پور و همکاران در سال ۱۳۹۸ جهت سنجش اضطراب ناشی از شیوع ویروس کرونا در کشور ایران تهیه و اعتباریابی شده است. نسخه نهایی این ابزار دارای ۱۸ گویه و ۲ مؤلفه (عامل) است. گویه‌های ۱ تا ۹ علائم روانی و گویه‌های ۱۰ تا ۱۸ علائم جسمانی را می‌سنجد. این ابزار در طیف ۴ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۰، گاهی اوقات=۱، بیشتر اوقات=۲ و همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود؛ بنابراین بیشترین و کمترین نمره‌های که افراد پاسخ دهنده در این پرسشنامه کسب می‌کنند بین ۰ تا ۵۴ است. نمرات بالا در این پرسشنامه نشان دهنده سطح بالاتری از اضطراب در افراد است. پایایی این ابزار با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای عامل اول ($\alpha=0.879$)، عامل دوم ($\alpha=0.861$) و برای کل پرسشنامه ($\alpha=0.919$) به دست آمد. همچنین مقدار $\lambda_{\text{گاتمن}}^2$ برای عامل اول ($\lambda_{\text{گاتمن}}^2=0.882$)، عامل دوم ($\lambda_{\text{گاتمن}}^2=0.864$) و برای کل پرسشنامه ($\lambda_{\text{گاتمن}}^2=0.922$) به دست آمد. جهت بررسی روایی وابسته همبستگی به ملاک این پرسشنامه از همبسته کردن این ابزار با پرسشنامه GHQ-28 استفاده شد که نتایج نشان داد پرسشنامه اضطراب کرونا با نمره کل پرسشنامه GHQ-28 و مؤلفه اضطراب، نشانه‌های جسمانی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب برابر با ۰/۴۱۸، ۰/۵۰۷، ۰/۴۸۳ و ۰/۳۳۳ است و کلیه این ضرایب در سطح ۰/۰ معنادار بود (علیپور و همکاران، ۱۳۹۸).

- فرم کوتاه پرسشنامه یانگ^۲: نسخه سوم پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ۲۳۲ سؤال (در سال ۲۰۰۵ از سوی یانگ) ارائه شده است. فرم کوتاه نسخه سوم (فرم کوتاه پرسشنامه یانگ)، ۹۰ سؤال دارد. که ۱۸ حیطه از طرحواره‌های ناسازگار اولیه از قبیل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی ثباتی، بی اعتمادی، بدرفتاری، انزوای اجتماعی، بیگانگی، نقص، بی مهربی (بی عشقی) شکست در پیشرفت، وابستگی بی کفایتی عملی، آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار (فداکاری) بازداری هیجانی، معیارهای سختگیرانه، استحقاق داشتن، برتری داشتن، خویشتن داری، خود انصباطی ناکافی، تحسین، جلب توجه، نگرانی، بدینبی، خود - تنبیهی را اندازه می‌گیرد. در این پرسشنامه بیمار خود را براساس سبک مقیاس لیکرت پنج درجه ای بر مبنای این که تا چه اندازه هر سؤال وی را توصیف می‌نماید، رتبه بندی می‌کند. این ابزار در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت (کاملاً صحیح=۵، اکثراً صحیح=۴، به میزان متوسطی صحیح است=۳، اکثراً غلط است=۲ و کاملاً غلط است=۱) نمره گذاری می‌شود. ضرایب آلفای به دست آمده در مطالعه یانگ و همکاران (۲۰۰۳) برای ۱۳ خرده مقیاس در دامنه‌های بین ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ قرار داشت. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در ایران نیز در بازه ۰/۶۷ تا ۰/۹۴ گزارش شده است (فتی و همکاران، ۱۳۸۸).

در این پژوهش، آزمودنی‌ها پس از تکمیل فرم اضطراب کرونا، چنانچه بالاتر از نقطه برش این پرسشنامه قرار داشتند، طی یک مصاحبه بالینی و تشخیصی اضطراب به گروه، افراد دارای اضطراب کرونا اختصاص داده شدند و چنانچه نمره کمتری از نقطه برش، دریافت نمودند، مصاحبه بالینی و تشخیصی به منظور شناسایی سایر اختلالات روانشناختی صورت پذیرفت. افرادی که مبتلا به سایر اختلالات روانشناختی، تشخیص داده شدند از فرایند، پژوهش حذف شدند. قبل از اجرای پژوهش همتایی دو گروه پژوهش از منظر سن و جنس مورد تایید قرار گرفت. از هر دو گروه افراد عادی و افراد مبتلا به اختلال اضطراب کرونا خواسته شد فرم کوتاه پرسشنامه یانگ را تکمیل نمایند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل دو گروه مستقل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

۳ یافته‌ها

یافته‌ها نشان می‌دهد. میانگین سنی افراد مورد مطالعه در این پژوهش برابر با ۲۷/۱۱ و انحراف معیار ۶/۹۹ می‌باشد. در جدول ۱ اطلاعات توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

¹ Corona Disease Anxiety Scale

² Gutman

³ Yang



جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، چولگی و کشیدگی متغیرهای مورد مطالعه

عامل خالص	شاخص متغیر	میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
	محرومیت هیجانی	۱۱/۵۸	۳/۹۶	۱/۰۵	۱/۳۶۱
	انزوای اجتماعی / بیگانگی	۱۳/۲۳	۴/۷۷	۰/۶۲۵	-۰/۰۰۸
	محرومیت هیجانی	۱۱/۵۸	۳/۹۶	۱/۰۵	۱/۳۶۱
انفال و طرد	نقص	۹/۴۳	۴/۰۰	۰/۷۹۵	۰/۰۸۲
	ترک شدن	۱۳/۳۶	۴/۳۱	۰/۱۱۶	-۰/۵۲۷
	انفال و طرد(کل)	۵۸/۶۷	۱۵/۳۸	۰/۲۴۲	-۰/۴۷۶
	فداکردن	۱۰/۸۲	۳/۴۹	۰/۸۱۶	۰/۳۵۰
هدایت شدن	خودقربانی کردن	۱۴/۹۷	۴/۲۵	۰/۱۲۱	-۰/۴۹۰
توسط دیگران	تاییدجویی/جلب توجه	۱۷/۵۸	۴/۰۸	-۰/۴۶۸	-۰/۳۶۰
	هدایت شدن توسط دیگران (کل)	۴۳/۳۹	۹/۰۱	-۰/۴۳۱	۰/۳۵۰
خودگردانی و عملکرد مختل	شکست در پیشرفت	۱۰/۸۶	۴/۰۸	۱/۴۲	۲/۳۲۰
	وابستگی/ای کفایتی	۱۰/۱۹	۴/۱۱	۰/۷۸۳	-۰/۱۱۹
	آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری	۱۰/۰۸	۴/۶۲	۱/۱۲۲	۱/۱۸۵
	به هم ریختگی	۱۷/۷۶	۳/۳۰	۰/۵۱۷	۰/۴۷۶
	خودگردانی و عملکرد مختل(کل)	۴۸/۹۱	۱۲/۸۴	۰/۶۶۲	-۰/۰۹۵
	بازداری هیجانی	۱۱/۴۲	۴/۱۲	۰/۷۹۳	۰/۲۴۶
گوش به زنگی	معیارهای ناعادلانه	۱۵/۶۰	۲/۹۵	-۰/۳۶۵	۰/۳۶۲
بیش از حد و بازداری	تبیه	۱۲/۷۳	۳/۷۸	-۰/۱۵۶	۰/۳۵۰
	بدبینی / نگرانی	۱۲/۲۶	۳/۹۱	۰/۴۷۴	-۰/۰۰۲
	گوش به زنگی بیش از حد و بازداری (کل)	۵۱/۷۳	۱۲/۱۱	۰/۳۶۹	۰/۳۵۴
	خویشتنداری	۱۳/۵۳	۳/۵۲	۰/۱۳۹	-۰/۵۶۵
حد و مرزهای مختل	بی اعتمادی	۱۱/۰۴	۳/۶۳	۰/۴۰۸	-۰/۷۴۱
	حد و مرزهای مختل(کل)	۲۸/۷۴	۵/۷۲	-۰/۱۳۳	-۰/۴۱۳
	کل	۲۳۲/۰۹	۴۸/۸۵	۰/۱۹۶	-۰/۱۹۲
	مقیاس روانی	۱۰/۹۷	۵/۸۵	۰/۰۵۷	-۰/۱۱۵
	مقیاس جسمانی	۲/۳۶	۳/۳۰	۲/۴۴	۶/۷۳
	اضطراب کرونا	۱۳/۳۴	۸/۳۸	۱/۲۲	۱/۹۱

جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین زیرمقیاس روانی در بعد اضطراب میانگین بالاتری نسبت به مقیاس جسمانی دارد از سوی دیگر مقیاس اضطراب بالاترین میانگین را در بین سایر مقیاس‌ها دارد.

جدول ۲. نتایج آزمون میانگین t اضطراب در بین دو گروه مورد بررسی

آماره t	سطح معناداری	آماره F	درجه آزادی
---------	--------------	---------	------------

۴۴

۶.۷۲

۰.۰۰

-۶.۹۵

با توجه به این که سطح معناداری در جدول ۲ از سطح آزمون 0.01 کمتر است بنابراین فرض برابری میانگین اضطراب ناشی از کرونا در بین دو گروه مورد مطالعه باهم برابر نبوده و اختلاف معناداری در بین آنان وجود دارد ($p < 0.01$)، هم چنین جدول زیر مقدار میانگین هر گروه را به تفکیک نشان می‌دهد که تایید کننده فرض عدم برابری میانگین در بین دو گروه مورد مطالعه است.

جدول ۳. مقدار میانگین اضطراب در هر گروه

انحراف معیار	میانگین	حجم نمونه	
۳.۲۶	۷.۳۴	۲۳	گروه اول
۷.۶۰	۱۹.۳۴	۲۳	گروه دوم

جدول ۴. نتایج آزمون میانگین t یانگ در بین دو گروه مورد بررسی

درجه آزادی	F آماره	سطح معناداری	آماره t
۴۰	۲.۳۴	۰.۰۴	-۲.۰۵۳

با توجه به این که سطح معناداری در جدول ۴ از سطح آزمون 0.05 کمتر است نتیجه می‌گیریم فرض برابری میانگین اضطراب ناشی از کرونا در بین دو گروه مورد مطالعه باهم برابر نیست و اختلاف معناداری در بین آنان وجود دارد ($p < 0.05$)، هم چنین جدول زیر مقدار میانگین هر گروه را به تفکیک نشان می‌دهد که تایید کننده فرض عدم برابری میانگین در بین دو گروه مورد مطالعه است.

جدول ۵. مقدار میانگین اضطراب در هر گروه

انحراف معیار	میانگین	حجم نمونه	
۳۹.۴۲	۲۱۷.۱۹	۲۳	گروه اول
۵۳.۵۹	۲۴۷.۰۰	۲۳	گروه دوم

جدول ۶. مقدار میانگین اضطراب در هر گروه

p-value*	اضطراب		شاخص متغیر	عامل خالص
	دارد	ندارد		
۰.۸۵۵	۱۱.۶۹ \pm ۴.۰۰	۱۱.۴ \pm ۴.۰۰	محرومیت هیجانی	
۰.۱۱۶	۱۴.۳۴ \pm ۵.۰۹	۱۲.۱۳ \pm ۴.۲۸	انزوای اجتماعی / بیگانگی	انفصال و طرد
۰.۲۷۴	۱۰.۰۸ \pm ۴.۴۷	۸.۷۸ \pm ۳.۴۵	نقص	
۰.۰۴۹	۱۴.۵۶ \pm ۴.۳۶	۱۲.۱۴ \pm ۳.۹۹	ترک شدن	
۰.۳۱۷	۱۱.۳۴ \pm ۴.۳۶	۱۰.۳۰ \pm ۲.۳۲	فداکردن	هدایت شدن توسط دیگران



۰.۰۷۷	16.08 ± 4.67	13.86 ± 3.55	خودقریانی کردن	
۰.۱۲۱	18.52 ± 3.55	16.65 ± 4.42	تاییدجویی/جلب توجه	
۰.۳۱۷	11.47 ± 4.65	10.26 ± 3.40	شکست در پیشرفت	
۰.۱۸۸	11.00 ± 4.75	9.39 ± 3.25	وابستگی/بی کفایتی	
۰.۱۲۸	11.13 ± 5.87	9.04 ± 2.65	آسیب پذیری در برابر ضرر و بیماری	خودگردانی و عملکرد مختل
۰.۷۵۹	17.60 ± 3.51	17.91 ± 3.16	به هم ریختگی	
۰.۵۳۵	11.81 ± 5.05	11.04 ± 3.07	بازداری هیجانی	
۰.۰۱۵	16.65 ± 2.83	14.56 ± 2.74	معیارهای ناعادلانه	
۰.۴۴۲	13.17 ± 4.23	12.30 ± 3.30	تبیه	گوش به زنگی بیش از حد و بازداری
۰.۰۲۷	13.52 ± 4.22	11.00 ± 3.06	بدبینی / نگرانی	
۰.۰۷۹	14.45 ± 3.34	12.57 ± 3.51	خویشتنداری	حد و مرزهای مختل
۰.۱۰۵	11.91 ± 4.04	10.17 ± 3.00	بی اعتمادی	

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد طرحواره‌های ترک شدن ($p < 0.01$)، معیارهای ناعادلانه ($p < 0.05$) و بدبینی- نگرانی ($p < 0.05$) نیز به طور معناداری در افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می‌باشد.

۴ بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد طرحواره‌های ناسازگار اولیه به طور معناداری در گروه افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می‌باشد. همچنین طرحواره‌های ترک شدن، معیارهای ناعادلانه و بدبینی / نگرانی نیز به طور معناداری در افراد دارای اضطراب کرونا بالاتر می‌باشد. در راستای یافته پژوهش مبنی بر بالاتر بودن طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه افراد دارای اضطراب کرونا، می‌توان به پژوهش جعفری، جعفری و همکاران (۱۳۹۲) اشاره نمود در این پژوهش اثربخشی طرحواره درمانی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی را مورد تایید قرار دادند. از طرفی نتایج پژوهش قاسمی و الهی (۱۳۹۸) نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب بیماری ارتباط دارد و مکانیسم اثرگذار در تداوم اضطراب بیماری می‌باشد. همچنین عامل اختلال اضطراب بیماری که همان شکایات جسمانی می‌باشد با طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حوزه‌ی بردگی و طرد، حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل و حوزه‌ی گوش به زنگی بیش از حد و بازداری) ارتباط دارد (اورعیو نشاط دوست، ۱۳۹۴). طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند اختلالات اضطرابی (کامارا و کالوت، ۲۰۱۲) از جمله اضطراب فراگیر (شوری و همکاران، ۲۰۱۵) و اضطراب اجتماعی (پینتو گویا، ۲۰۰۶) را در افراد پیش‌بینی نماید.

در تبیین آنکه طرحواره‌های ترک شدن در افراد دارای اضطراب کرونا، بالاتر از افراد عادی می‌باشد، می‌توان به این نکته اشاره نمود که افراد دچار این طرحواره، همواره انتظار دارند افراد مهم زندگی‌شان، آن‌ها را ترک و یا رها نمایند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). در همین راستا پیرانی (۲۰۱۷)^{۵۵} نشان می‌دهد طرحواره درمانی منجر به کاهش بی ثباتی هیجانی و احساس ترک شدن تاثیرگذار می‌باشد. همچنین نتایج کامارا و کالوت (۲۰۱۲) نشان می‌دهد که طرح واره ترک شدن افراد را نسبت به علائم اضطراب در حضور رویدادهای استرس‌زا آسیب پذیرتر کند. لذا با شیوع ویروس کرونا، و احتمال وقوع مرگ عزیزان و اضطراب ناشی از آن، افراد دارای طرحواره رهاسنگی، اضطراب بیشتری را تجربه نمایند. افراد درگیر با طرحواره رها شدگی از تنها‌یابی ترس شدیدی



دارند و در برابر جدایی‌های کوتاه مدت نیز، اضطراب شدیدی را تجربه می‌نمایند. همچنین این افراد دلبستگی مضطرب و اجتنابی را تجربه می‌کنند تا حدی که انتظار دارند دیگران آن‌ها را رها سازند (دروزاریو و پیلکینگتون^{۵۶}، ۲۰۲۲)، بنابراین می‌توان انتظار داشت با شیوع کرونا و ایجاد قرنطینه‌های اجتماعی، افراد با طرحواره‌های رها شدگی، به واسطه کاهش تعاملات اجتماعی به افراد نزدیک، و ترس از رها شدن توسط دیگران، اضطراب بیشتری را نسبت به افراد عادی تجربه نمایند.

در تبیین آنکه طرحواره‌های معیارهای ناعادلانه در افراد دارای اضطراب کرونا، بالاتر از افراد عادی می‌باشد، می‌توان به این نکته اشاره نمود که در این طرحواره فرد برای دستیابی به معیارهای سرسختانه تلاش می‌نماید و براین باور هستند که هرکاری که انجام می‌دهند ناقص می‌باشد (یانگ، ۱۹۹۹)، لذا می‌توان انتظار داشت این افراد در زمان اپیدمی ویروس کرونا، اصول و معیارهای زیاد و سختگیرانه‌ای را به منظور ممانعت از انتقال ویروس، برای خود و دیگران بکار گیرند، که از آن جمله می‌توان به رعایت اصول بهداشتی، حفظ فاصله اجتماعی و غیره اشاره نمود، که منجر به تجربه اضطراب شود بنابراین می‌توان انتظار داشت که افراد با معیارهای سرسختانه، با توجه به تلاش به دستیابی به اصول کمال گرایانه بهداشتی، نگرانی بیشتری داشته و اضطراب بیشتری را نیز تجربه خواهند کرد. همچنین این افراد در مواجهه با افرادی که پایین‌دی کمتری نسبت به مقررات بهداشتی مرتبط با کرونا دارند، رویکرد انتقادی سختگیرانه خواهند داشت و احتمالاً تنفس و اضطراب زیادی را تجربه می‌نمایند. از طرفی یان و همکاران (دروزاریو و پیلکینگتون، ۲۰۲۲) معتقدند طرحواره معیارهای ناعادلانه پیش‌بینی کننده اختلال اضطرابی می‌باشند. لذا می‌توان انتظار داشت طرحواره‌های معیارهای ناعادلانه در افراد دارای اضطراب کرونا، بالاتر از افراد عادی باشد. همچنین طرحواره معیارهای ناعادلانه پیش‌بینی کننده متمايز فوبی اجتماعی (دروزاریو و پیلکینگتون، ۲۰۲۲) می‌باشند. بنابراین می‌توان انتظار داشت با رشد همه‌گیری، این افراد خطر حضور در اجتماع را بیش برآورد نموده و در صورت اجبار به حضور در اجتماع به واسطه فعال شدن فوبی اجتماعی اضطراب بیشتری را نیز تجربه نمایند.

در تبیین تفاوت معنadar طرحواره بدینی/ نگرانی در افراد دارای اضطراب کرونا نسبت به افراد عادی، می‌توان به این نکته اشاره نمود که افراد دارای این طرحواره، نسبت به دیگران بدینی بوده و همواره این نگرانی در آن‌ها وجود دارد که از سوی دیگران مورد آسیب قرار گیرند. و همواره احساس می‌کنند حقوق آن‌ها از سوی دیگران زیر پا گذاشته می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). از طرفی یکی از عوامل ایجاد کننده اضطراب کرونا، ویژگی همه‌گیری آن، می‌باشد. به عبارتی این ویروس، خاصیت انتقالی داشته و از فردی به فرد دیگر منتقل می‌شود. بنابراین می‌توان انتظار داشت که افراد در گیر در طرحواره بدینی/ نگرانی، خود را در برابر دیگران آسیب پذیر دانسته و اضطراب شدیدی را تجربه نمایند. همچنین این افراد بر جنبه‌های منفی زندگی از جمله درد، مرگ، از دست دادن، نامیدی، تمرکز مضاعف و مدام‌العمر دارند (یانگ و همکاران، ۱۹۹۹). لذا می‌توان پیش‌بینی نمود این افراد در هنگام مواجهه با همه‌گیری کرونا بیش از حد به جنبه‌های درد و مرگ ناشی از بیماری متمرکز شوند و اضطراب مضاعفی را نیز تجربه نمایند. از طرفی این افراد بیش از حد از انعام اشتباهات که ممکن است منجر به ضرر و زیان و گرفتاری شود، ترس دارند و از آنجا که آن‌ها پیامدهای منفی بالقوه را اغراق می‌کنند، این افراد اغلب با نگرانی مزمن، اضطراب مزمن توصیف می‌شوند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) که می‌توان پیش‌بینی نمود که آن‌ها ترس و اضطراب بیش از حدی را نسبت به بیماری کرونا تجربه می‌کنند. براساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت اضطراب کرونا در افراد دارای طرحواره‌های خاص، بیشتر از سایر افراد می‌باشد. و این افراد حتی پیش از ابتلا به بیماری، تجربه دردناک و اضطراب‌زاوی نسبت به بیماری دارند. لذا پیشنهاد می‌شود به منظور کاهش اضطراب کرونا در جامعه، افراد مبتلا به این طرحواره‌ها، تحت درمان‌های روانی مبتنی بر طرحواره قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود، در سایر پژوهش‌ها، به منظور تعمیم نتایج، گروه‌ها و جامعه‌های آماری مختلف نیز مورد بررسی قرار گیرند.

^{۵۶} D'Rozario & Pilkington

منابع

احمدیان گرجی، م.، و فتنی، ل.، و اصغرنژادفرید، ع.، و ملکوتی، س. (۱۳۸۷). مقایسه طرح واره های ناسازگارانه اولیه در بیماران افسرده اقدام کننده به خودکشی با بیماران افسرده غیر اقدام کننده به خودکشی و جمعیت غیربالینی. *تازه های علوم شناختی*، ۱۰ (۴) (مسلسل ۴۰)، ۴۹-۵۹.

اورعی، ز. و نشاط دوست، ح. (۱۳۹۴). رابطه تنظیم هیجان با خود بیمار انگاری در زنان متاهل شهر تهران. *کنفرانس بین‌المللی یافته های نوین پژوهشی در روانشناسی و علوم تربیتی*، تهران. جعفری، ا.، و پویامنش، ج.، و قربانیان، ن.، و کبیری، م. (۱۳۹۲). اثر بخشی طرح واره درمانی در تعديل طرح واره های ناسازگار اولیه و کاهش حساسیت اضطرابی در دانشجویان. *آموزش و ارزشیلی (علوم تربیتی)*، ۲۴(۶)، ۹۱-۷۹.

چیت سازقمی، م. (۱۳۹۹). کرونا و دینداری: چالش ها و تحلیل ها ارزیابی تاثیرات اجتماعی، ۱ (۲) (ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا-کووید ۱۹)، ۱۵۱-۱۶۲.

علی پور، ا.، و قدمی، ا.، و علی پور، ز.، و عبدالله زاده، ح. (۱۳۹۸). اعتباریابی مقدماتی مقیاس اضطراب بیماری کرونا (CDAS) در نمونه ایرانی. *روانشناسی سلامت*، ۸ (۴) (پیاپی ۳۲)، ۱۷۵-۱۶۳.

فتی، ل.، موتابی، ف.، دابسون، ک.، مولودی، ر.، ضیایی، ک. (۱۳۸۸). ساختار عاملی نسخه ایرانی پرسشنامه طرحواره‌ی یانگ-فرم ۲۳۳ سؤالی در یک نمونه‌ی غیربالینی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناسی*، ۱۶(۴)، ۲۴۶-۲۲۷.

فراهتی، م. (۱۳۹۹). پیامدهای روان‌شناختی شیوع ویروس کرونا در جامعه. *ارزیابی تاثیرات اجتماعی*، ۱ (۲) (ویژه نامه پیامدهای شیوع ویروس کرونا-کووید ۱۹)، ۲۰۷-۲۲۵.

قاسمی، ک.، و الهی، ط. (۱۳۹۸). رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه با اضطراب بیماری: نقش واسطه ای اجتناب تجربی. *پژوهش در سلامت روانشناسی*، ۱۳ (۳)، ۵۵-۴۷.

Abramowitz, J. S., & Braddock, A. E. (2006). Hypochondriasis: conceptualization, treatment, and relationship to obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics*, 29(2), 503-519.

Anderson, R. M., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. D. (2020). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The lancet*, 395(10228), 931-934.

Ballard, K., Elston, M. A., & Gabe, J. (2005). Beyond the mask: women's experiences of public and private ageing during midlife and their use of age-resisting activities. *Health*., 9(2), 169-187.

Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., & Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences*, 94, 130-139.

Bo, H. X., Li, W., Yang, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Cheung, T., ... & Xiang, Y. T. (2021). Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. *Psychological medicine*, 51(6), 1052-1053.

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The lancet*, 395(10227), 912-920.

Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2015). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 85-99.

Cámará, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68.

Dong, L., & Bouey, J. (2020). Public mental health crisis during COVID-19 pandemic, China. *Emerging infectious diseases*, 26(7), 1616.



- D'Rozario, A. B., & Pilkington, P. D. (2022). Parental separation or divorce and adulthood attachment: The mediating role of the Abandonment schema. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(2), 664-675.
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and behavioral practice*, 16(4), 368-385.
- Huang, Y., & Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry research*, 288, 112954.
- Li, S., Wang, Y., Xue, J., Zhao, N., & Zhu, T. (2020). The impact of COVID-19 epidemic declaration on psychological consequences: a study on active Weibo users. *International journal of environmental research and public health*, 17(6), 2032.
- Ouwens, C., De Ridder, D. T., & Bensing, J. M. (2007). A review of successful aging models: Proposing proactive coping as an important additional strategy. *Clinical psychology review*, 27(8), 873-884.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.
- Pirani, Z. (2017). The Effectiveness of Schema Therapy on Reducing Emotional Instability and Feeling of Abandonment among Patients with the Borderline Personality Disorder in Arak. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 7(1), 77-88.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh edition.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). Early maladaptive schemas and aggression in men seeking residential substance use treatment. *Personality and individual differences*, 83, 6-12.
- Sigre-Leirós, V., Carvalho, J., & Nobre, P. J. (2015). Adult interpersonal features of subtypes of sexual offenders. *Journal of forensic and legal medicine*, 34, 5-10.
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., Cheung, T., & Ng, C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *The lancet psychiatry*, 7(3), 228-229.
- Yang, L., Wu, D., Hou, Y., Wang, X., Dai, N., Wang, G., ... & Ruan, L. (2020). Analysis of psychological state and clinical psychological intervention model of patients with COVID-19. *MedRxiv*.1-8.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. A Division of Guilford Publications.
- Zhang, F., Shang, Z., Ma, H., Jia, Y., Sun, L., Guo, X., ... & Liu, W. (2020). High risk of infection caused posttraumatic stress symptoms in individuals with poor sleep quality: A study on influence of coronavirus disease (COVID-19) in China. *MedRxiv*.1-20.

Comparison of Primary Maladaptive Schemas in People with Corona Anxiety and Normal People

Parisa Sabery Mehrforouzany⁵⁷, Maryam Norouzi⁵⁸, Negin Rahmani⁵⁹, Khadijeh Mesbah⁶⁰

Abstract

Background and purpose: Corona and the anxiety caused by it have faced the world with serious challenges. It seems that susceptible people experience more damage from this disease. The present study was conducted with the aim of comparing the primary maladaptive schemas in people suffering from corona anxiety and normal people.

Research method: This research was of a causal-comparative type and the research population consisted of all normal people suffering from corona anxiety in the city of Isfahan in the year 1400. The research sample consisted of 60 male and female subjects (30 normal subjects and 30 subjects with corona anxiety) between the ages of 18 and 40 years old, who were selected by available sampling method. In order to measure the research variables, the Corona Disease Anxiety Scale Questionnaire and the short form of Young's Incongruent Schemas Questionnaire were used. The data was analyzed using SPSS software and by the analysis method of two independent groups. The significance level of the tests was considered 0.05.

Findings: The findings showed that the primary maladaptive schemas are significantly higher in the group of people with corona anxiety. Also, the schemas of unfair standards and pessimism/worry are significantly higher in people with corona anxiety. Conclusion: It can be concluded that the schemas of unfair criteria and pessimism/worry are more in people with corona anxiety. Therefore, to reduce the anxiety of Corona, it is possible to carry out therapeutic measures on these two schemas.

Keywords: Corona, Early Maladaptive Schemas, Anxiety, Corona Anxiety

⁵⁷ MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Khomeinishahr Branch ,Islamic Azad University, Khomeinishahr,Iran

⁵⁸ Bachelor of Counseling, Department of Psychology and Counseling, Sepahan Shahr Branch, Shahid Ashrafi Isfahani University, Sepahan Shahr, Iran.

⁵⁹ M.A in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, College of Education and Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran.

⁶⁰ M.A in Clinical Psychology, Department of Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.