

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت  
درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های  
شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی

المیرا کیانی پور<sup>۱</sup>، فریبا حسنی<sup>۲\*</sup>، امیرمحسن راه‌نجات<sup>۳</sup> و

افسانه قنبری پناه<sup>۴</sup>

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بود. این پژوهش شبیه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش زنان با اختلال وحشت‌زدگی بودند که در سال ۱۳۹۶ به یکی از بیمارستان‌های روان‌پزشکی در تهران برای درمان سرپایی مراجعه کرده بودند و از میان آن‌ها تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جای داده شدند. هر دو گروه آزمایش جداگانه در طی ۱۱ جلسه، هفته‌ای دو جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت انفرادی، تحت درمان قرار گرفتند. مقیاس‌های تحریف شناختی و باور هراس پیش از آغاز درمان و پایان جلسات درمان اجرا شد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کواریانس تک متغیره تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد هر دو روش طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحریف شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی تأثیرگذار بود و موجب کاهش تحریف شناختی دو گروه آزمایش شد، اما تفاوتی معنادار در اثرگذاری دو روش درمانی وجود نداشت، همچنین تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. بنابراین، می‌توان از این دو روش در جهت بهبود تحریف شناختی استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال وحشت‌زدگی؛ تحریف شناختی؛ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی؛ طرحواره درمانی هیجانی

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. [elmirakianipour@gmail.com](mailto:elmirakianipour@gmail.com)

۲. \*نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: [hasanif949@gmail.com](mailto:hasanif949@gmail.com)

۳. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی آجا، تهران، ایران. [arahnedjat@yahoo.com](mailto:arahnedjat@yahoo.com)

۴. استادیار گروه روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. [ghanbary@yahoo.com](mailto:ghanbary@yahoo.com)

## مقدمه

اختلال وحشت‌زدگی<sup>۱</sup> به حمله‌های مکرر و غیرمنتظره اطلاق می‌شود که عبارت است از ترس شدید و ناگهانی به همراه احساس قریب‌الوقوع مرگ و در طی آن ۴ مورد یا بیشتر از علائم شناختی و جسمانی رخ می‌دهد. در بین حملات، بیماران ممکن است درباره وقوع حمله بعدی اضطراب پیش‌بینی داشته باشند (سادوک، سادوک و رویز،<sup>۲</sup> ۲۰۱۵). نرخ تمام عمری اختلال وحشت‌زدگی بین ۳/۵ تا ۴/۷ درصد است (هابادی، اسیری، الوفی، الداندان، البالوی،<sup>۳</sup> ۲۰۱۹).

یکی از موضوعات مهم در اختلال وحشت‌زدگی تحریف‌شناختی<sup>۴</sup> است. تحریف‌شناختی به افکار غیر منطقی گفته می‌شود که سبب ایجاد اضطراب، مشکل در روابط و اختلالات روانی می‌شود (کاتونا، کوپر و روبرستون،<sup>۵</sup> ۲۰۱۵). تحریف‌شناختی تأثیر منفی بر تفسیر مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی نسبت به خود، دنیا، آینده و مقابله با این اختلال را دارد (کی‌واک و لی،<sup>۶</sup> ۲۰۱۵) و به شکل‌گیری و تداوم اضطراب منجر می‌شود (کوک، مییر و نولز،<sup>۷</sup> ۲۰۱۹).

تاکنون درمان‌های روان‌شناختی مؤثری برای اختلال وحشت‌زدگی ارائه شده است، اما تنها در نیمی از موارد بهبودی پس از درمان باقی می‌ماند (شهریاری، زارع، دهکردی؛ صرامی فروشانی، ۱۳۹۷). در میان این درمان‌های مؤثر می‌توان به طرحواره درمانی هیجانی<sup>۸</sup> اشاره کرد (لیهی،<sup>۹</sup> ۲۰۱۵). طرحواره‌درمانی هیجانی، به باور و راهبردهایی اطلاق می‌شود که هنگام تجربه هیجان به‌کار می‌رود. این درمان با استفاده از شناسایی باور و راهبردهای دردسر ساز هیجانی، چالش با آن‌ها و اعتبار بخشی هیجانی نقش مهمی در اصلاح تحریف‌شناختی هیجانی و راهبردهای سازگارانه‌تر در مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی دارد (لیهی، ۲۰۱۵). رضائی، سپهوندی و میرزائی هابیلی (۱۳۹۶)، نشان دادند که طرحواره درمانی هیجانی در کاهش علائم

1. panic disorder
2. Sadock, Sadock and Ruiz
3. Habadi, Asiri, Aloufi, Aldandan and Albalawi
4. cognitive distortions
5. Katona, Cooper and Robertson
6. Kwak and Lee
7. Cook, Meyer and Knowles
8. emotional schema therapy
9. Leahy

اختلال اضطراب فراگیر مؤثر است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup>، از دیگر مداخلات مؤثر است. این درمان نوعی شناخت درمانی است که از ذهن آگاهی بهره می‌گیرد، ذهن آگاهی به معنی توجه به شیوه خاص، هدفمند، در زمان حال، بدون قضاوت و پیشداوری است (آرمسترانگ و رایمز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶) و شامل مراقبه‌های مختلف، آموزش درباره اضطراب، افسردگی و تمرینات شناختی است (یانگ، لی یو، ژنگ و لی یو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۵). این روش کمک می‌کند فرد خالی از قضاوت نظاره‌گر افکار خود باشد و درگیری با الگوهای تفکر منفی را کنار بگذارد و این گونه اضطراب کاهش می‌یابد (پارسنز، کرین، پارسنز و جوربک<sup>۴</sup>، ۲۰۱۷؛ شاهمرادی، خالقی‌پور و مسجدی، ۱۳۹۷). مطالعات نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در بهبود مبتلایان به اختلالات اضطرابی مؤثر باشد (نی‌نومیا، سادو، پارک، فوجیسوا<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). با توجه به شیوع وحشت‌زدگی در ایران و در بین زنان و هزینه‌های درمان و نقش کلیدی تحریف شناختی که در سبب‌شناسی و تداوم حملات وحشت‌زدگی مطرح است، اجرا و مقایسه درمان‌های مؤثر نظیر طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی لازم به نظر می‌رسد که سبب افزایش حس کنترل و کاهش تحریف شناختی و اضطراب در مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی می‌شود. لذا پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی می‌پردازد.

## روش

پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان با اختلال وحشت‌زدگی بودند که برای درمان سرپایی در سال ۱۳۹۶، به بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش در تهران مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند استفاده شد. از بین آن‌ها صد نفر با

1. mindfulness-based cognitive therapy
2. Armstrong and Rimes
3. Yang, Liu, Zhang and Liu
4. Parsons, Crane, Parsons and Fjorback
5. Ninomiya, Sado, Park and Fujisawa

تشخیص روان‌پزشک مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی شناسایی شدند، سپس فرم‌های مربوط به پژوهش و مقیاس باور هراس بین مبتلایان توزیع شد. از بین مبتلایان ۴۵ نفر که ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند و خط برش مقیاس یعنی نمره ۱۱۷ به بالا را رد می‌کردند، به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش (هرگروه ۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. سپس پیش‌آزمون در تمام گروه‌ها اجرا شد و بعد مداخله‌ها در گروه‌های آزمایش مشتمل بر ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو بار در هفته و به صورت انفرادی انجام شد، گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد و در نهایت پس از دو ماه دوره پیگیری اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از داشتن سن بین ۲۰ - ۴۰ سال، نداشتن همبودی با اختلالات خلقی، شخصیتی، سایر اختلالات اضطرابی، مرتبط با تروما و استرس، و سواسی جبری، تشخیص اختلال وحشت‌زدگی بر پایه معیارهای ویراست پنجم راهنمای آماری و تشخیص اختلالات روانی، جنسیت مونث، تحصیلات دیپلم به بالا و تحت سایر درمان‌های روان‌شناختی نباشند و تمایل به شرکت در پژوهش داشته باشند. در پژوهش حاضر برای اندازه‌گیری متغیرها از دو ابزار به شرح زیر استفاده شد:

مقیاس تحریف‌های شناختی (CDS)<sup>۱</sup>: مقیاس حاضر را عبدالله‌زاده و سالار در سال ۱۳۸۹، برای آگاهی از تحریف‌های شناختی در زندگی روزمره طراحی شد و شامل ۲۰ گویه است که به سنجش ۱۰ تحریف شناختی تعریف شده توسط الیس<sup>۲</sup> پرداخته، هر تفکر نامعقول ۲ گویه دارد. ۱ و ۲ تفکر دو قطبی<sup>۳</sup>، ۳ و ۴ تعمیم افراطی<sup>۴</sup>، ۵ و ۶ فیلتر منفی<sup>۵</sup>، ۷ و ۸ دست کم گرفتن نکات مثبت<sup>۶</sup>، ۹ و ۱۰ نتیجه‌گیری شتابزده<sup>۷</sup>، ۱۱ و ۱۴ درشت‌بینی و ریزبینی<sup>۸</sup>، ۱۲ و ۱۳ استدلال هیجانی<sup>۹</sup>، ۱۵ و ۱۶ بایدها<sup>۱</sup>، ۱۷ و ۱۸ برجسب زدن<sup>۱</sup>، ۱۹ و ۲۰ شخصی‌سازی<sup>۲</sup> را می‌سنجد.

1. cognitive distortions scale
2. Ellis
3. unfair comparisons
4. overgeneralization
5. negative filter
6. minimizing positives
7. Jumping to conclusions
8. magnifying and minimization
9. emotional reasoning
10. Shoulds

نمره‌گذاری براساس طیف لیکرت (۱- کاملاً موافقم تا ۵- کاملاً مخالفم) انجام شده و تنها گویه شماره ۱ به صورت معکوس نمره‌گذاری شده است. دامنه کل نمرات از ۲۰ تا ۱۰۰ است، کسب نمره بالا به معنی تحریف شناختی کم‌تر و کسب نمره پایین به معنی تحریف‌های شناختی بیشتر است. این مقیاس دارای اعتبار و روایی داخلی است و توسط عبدالله‌زاده و سالار در سال ۱۳۸۹ بر روی جمعیت ایرانی، ۱۵۱ زن و ۱۴۶ مرد هنجاریابی شد. اطلاعات جمع‌آوری شده توسط این ابزار تحقیق به وسیله آزمون T مستقل برای مقایسه دو جنس زن و مرد (با میانگین سنی ۲۵/۸) بررسی شد، برای تعیین همسانی درونی از آزمون آلفا کرونباخ استفاده شد، ضریب آلفا کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۸۰ است (جلو‌خانیان و خادمی، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر آلفا کرونباخ برای نمره کل مقیاس ۰/۸۲ به دست آمد.

**مقیاس باور هراس (PBI):** این مقیاس را گرینبرگ در سال ۱۹۸۹، برای ارزیابی باورهایی طراحی کردند که موجب واکنش فاجعه‌آمیز نسبت به تجارب بدنی و هیجانی در اختلال وحشت‌زدگی می‌شود. این مقیاس دارای ۴۲ گویه و ۴ خرده مقیاس شامل؛ اضطراب انتظار<sup>۴</sup> (تا ۱۳)، فاجعه بدنی<sup>۵</sup> (۱۴ تا ۲۲)، فاجعه هیجانی<sup>۶</sup> (۲۳ تا ۳۲) و نارضایتی از خود<sup>۷</sup> (۳۲ تا ۴۲) است. افراد در یک طیف ۶ درجه‌ای لیکرت (۱- کاملاً مخالفم تا ۶- کاملاً موافقم) قرار گرفته. دامنه کل نمرات از ۴۲ تا ۲۵۲ است، کسب نمره بالا به معنی شدت باور هراس است. ونزل، شارپ، براون، گرینبرگ و بک<sup>۸</sup> (۲۰۰۶) روایی محتوایی مقیاس را مناسب و پایایی را توسط آلفا کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ به دست آوردند. در ایران، هدایت (۱۳۹۴) پایایی کل مقیاس را به روش آلفا کرونباخ ۰/۹۲ به دست آورده است. در پژوهش حاضر نیز آلفا کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ به دست آمد.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، پس از جمع‌آوری و تنظیم اطلاعات حاصل از مقیاس‌ها،

1. labeling
2. personalization
3. Panic belief inventory
4. waiting for anxiety
5. physical disaster
6. emotional disaster
7. self discontent
8. Wenzel, Sharp, Brown, Greenberg and Beck

از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و تحلیل کواریانس تک متغیره استفاده شد.

جلسات طرحواره درمانی هیجانی برای اختلال وحشت‌زدگی بر اساس مدل لیبی (۲۰۱۵) طراحی شد، سپس توسط متخصص روان‌شناس بالینی بررسی شد و در آخر پس از اعمال نظر متخصصان، راهنمای نهایی درمان تهیه شد. این برنامه طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو بار در هفته و انفرادی اجرا شد. ابتدای هر جلسه تکلیف جلسه قبل بررسی می‌شد. خالقی، محمد خانی و حسنی (۱۳۹۵) در اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر، درصد بهبودی و درصد کاهش نمرات را نسبتاً بالا گزارش کرده‌اند.

جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس مدل سگال (۲۰۱۲) و طی ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو بار در هفته و انفرادی اجرا شد. در شروع هر جلسه تکلیف جلسه قبل بررسی می‌شد. سهرابی، جعفری فرد، زارعی و اسکندری (۱۳۹۱) در مطالعه‌ای موردی نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش علائم اختلال وحشت‌زدگی تأثیر مثبت دارد و درصد بهبودی بیمار به میزان ۷۲/۴ درصد به دست آمده و این اثرات در دوره پیگیری هم تا میزان زیادی باقی می‌ماند.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرحواره درمانی هیجانی (لیهی، ۲۰۱۵)

جلسه	هدف	محتوی	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
اول	معارفه و پیش‌آزمون	ارزیابی و اجرای مقیاس تحریف شناختی و دشواری در تنظیم هیجان، معرفی مدل	آگاهی از ارتباط هیجان‌ها و نیازها	تمایز بین فکر، احساس و رفتار و شناخت کارکرد هیجان
دوم	اعتبار بخشی هیجانی	فرمول‌بندی موردی، شناسایی راهبردها و طرحواره‌های هیجانی	حمایت و شناسایی راهبردهای دردمساز	ترسیم مدل توسط مراجع و شناسایی راهبردها
سوم	شناسایی و برجسب‌زنی به هیجان‌ها	اعتبار بخشی هیجانی، شناسایی و برجسب‌زنی هیجان‌ها	شناسایی و افتراق هیجان‌های اولیه و ثانویه	ثبت، مشاهده و توصیف هیجان
چهارم	عادی‌سازی هیجان	اعتبار بخشی هیجانی، عادی سازی هیجان و کاهش استرس	مقابله با دیدگاه منفی هیجانی و پذیرش هیجان	شناسایی هیجان‌های دیگران در همان شرایط
پنجم	چالش با باور غلط و پذیرش هیجان	اعتبار بخشی هیجانی، در نظر گرفتن هیجان به صورت موج	پذیرش هیجان و کاهش هیجان‌های منفی	شناسایی باورهای غلط، مطالعه حقایق هیجانی
ششم	تحمل احساسات آمیخته	اعتبار بخشی هیجانی، چالش با راهبردهای دردمساز، شناسایی راهبرد مفید	نشخوار و نگرانی کم‌تر	تحمل احساسات آمیخته
هفتم	چالش با باور ناسازگار هیجانی	چالش با باور درباره مدت هیجان، کنترل هیجان و پذیرش هیجان	ایجاد باورهای سازگارانة درباره مدت هیجان و...	شناسایی باورهای مراجع از هیجان (مدت، کنترل و...)
هشتم	چالش با باورهای ناسازگار هیجانی	اعتبار بخشی هیجانی، چالش با باورهای حس گناه، شرم و...	ایجاد باورهای سازگارانة درباره حس گناه، شرم و...	تمرینات متناسب با باورهای هیجانی (گناه، شرم و...)
نهم	بالارفتن از نردبان معانی	اعتبار بخشی هیجانی، چالش با باورهای هیجانی، ارتباط هیجانان با ارزش‌ها	آگاهی از ارتباط هیجان‌ها و ارزش‌ها	پیوند با ارزش‌های والاتر
دهم	فضاسازی هیجانی	اعتبار بخشی هیجانی، فضاسازی برای هیجان و گفتگو درباره مسائل باقی مانده	آگاهی و پذیرش مفاهیم و هیجان‌های متنوع	فضاسازی برای هیجان
یازدهم	پس‌آزمون	اجرای مجدد پرسشنامه‌ها	کاهش علائم اختلال	

جدول ۲: خلاصهٔ جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ۲۰۱۲)، به نقل از سهرابی و همکاران

جلسه	هدف جلسه	محتوی	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف خانگی
اول	پیش‌آزمون، آگاهی از ذهن آگاهی	ارزیابی و اجرای مقیاس تحریف شناختی و دشواری در تنظیم هیجان، معرفی مدل	آگاهی از ذهنیت‌ها و تغییر الگوی تفکر	شناسایی هدف مراجع از شرکت در جلسات
دوم	هدایت خودکار	هدایت خودکار، تمرین کشمش خوری	آگاهی از هر لحظه	مسواک زدن ذهن آگاهانه
سوم	آگاهی از آنچه در بدن می‌گذرد	تمرکز بر حس‌های بدنی، کاهش واکنش به حملات وحشت زدگی	تمرکز بیشتر بر بدن و مقابله با موانع	ثبت گزارش از تجربه خوشایند، واریسی بدنی
چهارم	آشنایی با مراقبه نشسته	مراقبه نشسته و منطبق اجرای آن، ثبت وقایع ناخوشایند	سرگردانی فکر و بازگشت به حال	ثبت وقایع ناخوشایند
پنجم	ماندن در زمان حال	مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، اصوات، افکار، تکنیک زمان تنفس	اجرای آن در زمان های ناخوشایند	تمرین تنفس و مراقبه نشسته
ششم	پذیرش و مجوز حضور	مراقبه نشسته، به ذهن‌آوری عمدی مشکلات و همراهی با حس‌های بدنی	تماشای افکار بدون قضاوت و پذیرش	مراقبه نشسته
هفتم	جداسازی فکر از واقعیت	آموزش اینکه افکار حقایق نیستند، کار کردن با دردهای جسمانی، مراقبه نشسته	انجام کارهایی برای سلامتی و شفا	جداسازی فکر از واقعیت
هشتم	راهنمایی برای پیشگیری از عود	شناسایی نشانگان عود و مقابله با عود، مراقبه نشسته	اجرای راهبردهای مقابله ای برای عود	پیشگیری و مقابله با عود
نهم	واریسی بدنی	شروعی نو برای باقی زندگی، واریسی بدن و ذهن آگاهی جهت حفظ تعادل در زندگی	تمرین منظم ذهن آگاهی	انجام تمرینات مربوط به ذهن آگاهی
دهم	سنگ، تپله و مهره	بازنگری تمرینات و ترغیب مراجع برای ادامه تمرینات، اجرای آخرین مراقبه	یافتن دلایل مثبت جهت انجام تکالیف	اجرای تمرین سنگ، تپله و مهره
یازدهم	پس‌آزمون	اجرای مجدد مقیاس‌ها	کاهش علائم اختلال	



### یافته‌ها

در جدول (۳)، آماره‌های توصیفی متغیر مورد مطالعه به تفکیک نوع آزمون و گروه‌ها ارائه شده است. مفروضه‌های پژوهش با استفاده از آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، لوین و کرویت موخلی بررسی شده است. کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی طبیعی بودن داده‌ها و به عنوان یکی از پیش فرض‌های تحلیل کواریانس ارائه شده است. نتایج آزمون K-S نشان داد که داده‌ها در سطح معناداری ( $P > 0/05$ ) جمع‌آوری شده، در همه، متغیرها به جز پس آزمون تحریف شناختی در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نرمال هستند و پیش فرض طبیعی بودن داده‌ها رعایت شده است. همگنی واریانس توسط آزمون لوین محاسبه شده است که نتایج آن به عنوان یکی از پیش فرض‌های تحلیل واریانس و کواریانس به کار می‌رود. تحریف شناختی به دست آمده در پیش آزمون  $F(42 و 2) = 0/07$  و  $P = 0/92$  و چون از مقدار  $0/05$  بزرگتر است، از مفروضه همگنی واریانس‌ها تخطی صورت نگرفته است، اما درباره نمرات پس آزمون و پیگیری از این مفروضه تخطی کردیم. یکی از پیش فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری مکرر، پیش فرض تساوی کواریانس‌ها بین متغیرهای وابسته است که می‌توان آن را با آزمون کرویت موخلی ارزیابی کرد. نتایج آزمون موخلی در بررسی ماتریس کواریانس معنادار است ( $p < 0/05$ ) این بدان معناست که ناهمگنی کواریانس وجود دارد و به دلیل نقض این مفروضه، گزینه اصلاحی آزمون گرین هاوس کیسر<sup>۲</sup> استفاده شده است.

1. levene
2. greenhouse-geisser

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار نمرات تحریف شناختی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری در گروه‌ها

گروه	آزمون‌ها	میانگین (M)	گروه کنترل (SD)
طرحواره درمانی هیجانی	آزمون پیش	۷۱/۰۷	۴/۹۰
	آزمون پس	۵۵/۸۰	۲/۹۸
	پیگیری	۵۵/۹۳	۲/۸۱
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	آزمون پیش	۷۳/۶۷	۵/۳۵
	آزمون پس	۵۶/۲۰	۲/۹۳
	پیگیری	۵۶/۴۷	۳/۱۸
بدون درمان (کنترل)	آزمون پیش	۷۲/۸۷	۵/۰۹
	آزمون پس	۷۳/۰۰	۵/۴۷
	پیگیری	۷۳/۰۰	۵/۵۱

در جدول (۴)، نتایج تجزیه و تحلیل واریانس در اندازه‌های مکرر برای بررسی تحریف شناختی در اثرهای درون گروهی (زمان) و بین گروهی (طرحواره درمانی هیجانی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و کنترل) قابل مشاهده است، اندازه اثر اصلی زمان  $P=0/001$  و  $F(1/06)=309/01$  تفاوت معناداری را نشان می‌دهد و  $0/88$  تغییرات درون گروهی به وسیله اثر زمان تبیین می‌شود. درباره اثر تعاملی درون گروهی بین زمان و گروه‌های درمان و کنترل نیز  $P=0/001$  و  $F(2/12)=80/18$  نیز تفاوت معناداری وجود دارد و  $0/79$  تعامل بین زمان با گروه قابل تبیین است. در اثر بین گروهی نیز همان‌طور که قابل مشاهده است، اثر بین گروهی معنادار است  $P=0/001$  و  $F(2/24)=42/14$  و نشان از مقایسه‌پذیری تحریف شناختی در میان گروه‌های درمانی و گروه کنترل دارد. همچنین  $66\%$  تغییرات بین گروه‌ها قابل تبیین است.

جدول ۴: نتایج تجزیه و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در اثرهای درون گروهی و بین گروهی

منبع	آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر
زمان	گرین‌هاوس کیسر	۳۴۹۹/۶۰	۱/۰۶	۳۲۹۷/۹۲	۳۰۹/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸
زمان* گروه	گرین‌هاوس کیسر	۱۸۱۶/۸۹	۲/۱۲	۸۵۵/۷۱	۸۰/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۹
خطا	گرین‌هاوس کیسر	۴۷۵/۶۴	۴۴/۵۶	۱۰/۶۷			
عرض از مبدا		۵۷۶۲۴/۰۰	۱	۵۷۶۲۴/۰۰	۱۲۲۸۶/۴۲	۰/۰۰۰	۰/۹۹
گروه		۳۹۵۲/۸۴	۲	۱۹۷۶/۴۲	۴۲/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۶۶
خطا		۱۹۶۹/۸۲	۴۲	۴۶/۹۰			

مقادیر F درخصوص تفاوت بین آزمون‌های مختلف و بین گروه‌های مختلف معنادار است ( $p < ۰/۰۱$ ). بنابراین، در جدول ۵ با استفاده از مقایسه زوجی رابطه دو به دوی اثر بین گروهی (گروه‌های درمانی و کنترل) و درون گروهی (زمان) بررسی شد و به دلیل رعایت نشدن فرض همگنی واریانس‌ها در پس‌آزمون و پیگیری از آزمون تقریبی دنت<sup>۱</sup> استفاده شده است. بین اثر دو درمان در نمرات تحریف‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما تفاوت هر یک از این روش‌های درمانی با گروه کنترل معنادار است، به عبارتی اگرچه بین این دو روش درمانی تفاوت معناداری قابل مشاهده نیست، اما هر یک به تنهایی در کاهش نمرات تحریف شناختی مؤثر است. علاوه بر آن اثر درون گروهی (زمان) بررسی شده است. بین نمرات پیش‌آزمون تحریف شناختی با نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر روش‌های درمانی مؤثر بوده، اما بین نمرات پس‌آزمون تحریف شناختی با پیگیری

1. Dunnett's

تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.

جدول ۵: نتایج بررسی میانگین‌های متغیرهای بین گروهی و درون گروهی

منبع (I)	منبع (J)	تفاوت میانگین‌ها I-J	انحراف استاندارد	سطح معناداری
شناخت درمانی مبتنی بر هیجانی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	-۱/۱۸	۱/۱۱	۰/۶۴۶
شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	کنترل	-۱۲/۰۲	۱/۵۵	۰/۰۰۱
پس آزمون	کنترل	-۱۰/۸۴	۱/۶۱	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پس آزمون	۱۰/۸۶	۰/۶۰	۰/۰۰۱
پیش آزمون	پیگیری	۱۰/۷۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
پیگیری	پیگیری	-۰/۱۳	۰/۱۲	۰/۸۵۵

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف‌های شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت زدگی بود. نتایج نشان داد که تحریف شناختی در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است و هر دو روش درمانی بر کاهش تحریف شناختی زنان مبتلا به وحشت زدگی مؤثر واقع شده‌اند. به علاوه مقایسه دو روش درمانی فوق حاکی از عدم تفاوت معنادار در اثرگذاری آن‌ها است. این نتیجه در راستای یافته‌های رضائی و همکاران (۱۳۹۶)، شاهمرادی و همکاران (۱۳۹۷)، لیهی (۲۰۱۵)، سادوک و همکاران (۲۰۱۵)، آرمسترانگ و رایمز (۲۰۱۶) و پارسنز و همکاران (۲۰۱۷)، کوک و همکاران (۲۰۱۹)، نی‌نومیا و همکاران (۲۰۲۰) بود. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که تحریف شناختی با وحشت زدگی ارتباط دارد و موجب درک منفی از هیجان‌ها، موقعیت‌ها و افزایش آسیب‌پذیری فرد در برابر اختلالات می‌شود (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵). در طی جلسات درمانی، تحریف‌های شناختی فاجعه‌سازی، سرزنش خود، نشخوار فکری و باورهای نظیر کنترل اضطراب، ترکیب فکر و عمل در افراد گروه‌های آزمایش

شناسایی شد. تحقیقات نشان می‌دهد که تحریف‌های شناختی به شکل‌گیری و تداوم اضطراب منجر می‌شود (کوک و همکاران، ۲۰۱۹). با توجه به نتایج پژوهش حاضر طرحواره درمانی هیجانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تحریف شناختی زنان مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی مؤثر واقع شده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت در طرحواره درمانی هیجانی هنگامی که یک هیجان بر انگیزنده می‌شود، تفسیرها، واکنش‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان تعیین خواهند کرد که آیا این هیجان تداوم خواهد یافت، تشدید شده یا کاهش می‌یابد (رضائی و همکاران، ۱۳۹۶). در این درمان تفسیر منفی از هیجان، موجب فعال شدن باورهای ناسازگار هیجانی و شکل‌گیری اضطراب خواهد شد، در نتیجه اصلاح تفسیر منفی می‌تواند در اصلاح باورهای ناکارآمد و کاهش علائم مبتلایان به اختلال وحشت‌زدگی مؤثر باشد (لیهی، ۲۰۱۵). طرحواره درمانی هیجانی با استفاده از شناسایی باورها و راهبردهای دردرساز هیجانی و چالش با آنها، تکنیک‌های عادی‌سازی هیجان، فضا‌سازی هیجان، اعتباربخشی هیجانی و پذیرش هیجان می‌تواند در ایجاد راهبردهای سازگارانه‌تری نسبت به هیجان‌ها و اصلاح تحریف شناختی در مبتلایان به وحشت‌زدگی نقش داشته باشد (لیهی، ۲۰۱۵). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی شناخت درمانی است که از ذهن آگاهی بهره می‌گیرد و به معنی توجه به شیوه خاص، هدفمند، در زمان حال، بدون قضاوت و پیشداوری است (آرمسترانگ و رایمز، ۲۰۱۶). این درمان با تکنیک‌های ماندن در زمان حال، مراقبه نشسته و زمان تنفس شریطی را فراهم می‌کند تا فرد بتواند خالی از قضاوت نظاره‌گر افکار و احساسات منفی خود باشد و در دام تحریف شناختی گیر نکند و درگیری با الگوهای منفی تفکر و هیجان را کنار بگذارد و این گونه اضطراب را کاهش می‌دهد (پارسنز و همکاران، ۲۰۱۷). همچنین نتایج نشان داده که اثرگذاری دو روش درمانی بر بهبود تحریف شناختی تفاوت معناداری ندارد. دلیل این امر را می‌توان به این موضوع مرتبط ساخت که تمرینات توجه در ذهن آگاهی، باعث تغییر در الگوی حسی گیرنده‌های داخلی عضلانی و الگوی رمزها در مدل ذهنی طرحواره‌ای می‌شود و تغییر الگوی طرحواره‌های مشکل‌دار به اوج می‌رسد (شاهمرادی و همکاران، ۱۳۹۷). در واقع درست است که هر دو روش با روش‌های متفاوتی اثر می‌گذارند، اما در اثربخشی بر تحریف‌های شناختی به یک میزان اثربخش هستند.

اجرای این پژوهش تنها بر روی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال مبتلا به اختلال وحشت‌زدگی بود که

جهت درمان سرپایی به بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش در تهران مراجعه کرده بودند، لذا تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی زنان و مردان مبتلا به وحشت‌زدگی و افراد عادی را با محدودیت مواجه می‌کند. طرحواره درمانی هیجانی درمانی طولانی مدت است، کاهش تعداد جلسات آن به ۱۱ جلسه و حضور زنان به عنوان تنها افراد شرکت‌کننده از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. همچنین پیشنهاد می‌شود، طرحواره درمانی هیجانی در زمان طولانی‌تر و تعداد جلسات بیشتری به منظور اثر بخشی بهتر ارائه شود. ضروری است در پژوهش‌های آتی اثرگذاری درمان‌های فوق در گروه‌های مختلف اعم از سنین مختلف، مردان، تحصیلات مختلف، متأهل، مجرد، شاغل و غیر شاغل بررسی و مقایسه شود و زمان پیگیری به حداقل ۶ ماه افزایش یابد. به علاوه به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت محرمانه باقی خواهند ماند.

### تشکر و قدردانی

مطالعه حاضر برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی است. بدین وسیله از ریاست بخش روان‌شناسی بالینی بیمارستان روان‌پزشکی ۵۰۵ ارتش و تمامی افرادی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر می‌شود.

### منابع

- جلو‌خانیان، مریم و خادمی، علی (۱۳۹۲). بررسی تأثیر آموزش تحریف‌های شناختی بر میزان رضایت زناشویی در زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره بهزیستی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۲۹(۸): ۱۱۱-۸۹.
- خالقی، محمد، محمدخانی، شهرام و حسنی، جعفر (۱۳۹۵). اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی در کاهش نگرانی و علائم و نشانه‌های اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۲(۸): ۴۳-۵۶.
- رضائی، فاطمه، سپهوندی، محمد علی و میرزایی‌هابیلی، خدیجه (۱۳۹۶). اثر بخشی طرحواره درمانی هیجانی بر اجتناب شناختی رفتاری و شدت نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در دانشجویان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱(۱۳): ۴۳ - ۶۲.

سهرابی، فرامرزی، جعفری فرد، سلیمان، زارعی، سلمان و اسکندری، حسین (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال وحشت زدگی: مطالعه موردی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴ (۴): ۳۱-۴۰.

شاهمرادی، ذبیح الله، خالقی پور، شهناز و مسجدی، محسن (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طرحواره های ناسازگار و سلامت عمومی بیماران مبتلا به ویتلیکو. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، ۶ (۷): ۴۱-۵۱. شهریار، حسینه، زارع، حسین، علی اکبر دهکردی، مهناز و صرامی فروشانی، غلامرضا (۱۳۹۷). اثربخشی مداخلات شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر: یک مطالعه مروری با رویکرد فرا تحلیل. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۵ (۱۷): ۴۶۱-۴۷۸.

هدایت، میثم (۱۳۹۴). *بررسی رابطه اختلال یادگیری با باورهای هراس*، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان.

- Armstrong, L. and Rimes, K. A. (2016). Mindfulness based cognitive therapy for neurotic's (stress vulnerability): A pilot randomized study. *Behavior Therapy*, 47(3): 287-298.
- Cook, S. I., Meyer, D. and Knowles, S. R. (2019). Relationships between psycho evolutionary fear of evaluation, cognitive distortions, and social anxiety symptoms: A preliminary structural equation model. *Australian Journal of Psychology*, 71(2): 92- 99.
- Habadi, M. I., Asiri, A. A., Aloufi, S. A., Aldandan, M. K. and Albalawi, A. A. (2019). Prevalence of panic disorder in the primary health care setting a systematic review and meta-analysis. *EC Microbiology*, 16(2): 01- 09.
- Hedayat, M. (2015). *Investigating the relationship between learning disability and panic beliefs*. Master thesis, Islamic Azad University Kerman Branch. (Text in Persian).
- Jelokhanian, M. and Khademi, A. (2011). Effectiveness of cognitive distortion training on marital satisfaction in women of Behzisty counseling centers in Esfahan. *Journal of Modern Psychological Research*, 29(8): 93- 115. (Textin Persian).
- Katona, C., Cooper, C. and Robertson, M. (2015). *Psychiatry at a Glance*. John Wiley & Sons.
- Khaleghi, M., Mohammadkhani, Sh. and Hasani, J. (2016). Effectiveness of emotional schema therapy in reduction of worry and anxiety signs and symptoms in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2 (8): 43-56 (Text in Persian)

- Kwak, K. H. & Lee, S. J. (2015). A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Research*, 230(3): 757-762.
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional schema therapy*. Guilford Publications.
- Ninomiya, A., Sado, M., Park, S., Fujisawa, D., Kosugi, T., Nakagawa, A., Shirahase, J. and Mimura, M. (2020). Effectiveness of mindfulness based cognitive therapy in patients with anxiety disorder in secondary care settings: A randomized controlled trial, *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 74(2):132 - 139.
- Parsons, C. E., Crane, C., Parsons, L. J., Fjorback, L. O. and Kuyken, W. (2017). Home practice in mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction: A systematic review and meta-analysis of participants' mindfulness practice and its association with outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 95(8): 29-41.
- Rezaee, F., Sepahvandi, M. and Mirzaeehaabili, Kh. (2017). The effectiveness of emotional schema therapy on cognitive behavioral avoidance and the severity of generalized anxiety symptom of female students with generalized anxiety disorder. *Psychological Studies*. 1(13): 43 – 62 (Text in Persian).
- Sadock, B. J., Sadock, V. A. and Ruiz, P. (2015). Selective serotonin reuptake inhibitors. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*, LWW.
- Shahmoradi, Z., Khaleghipour, Sh. and Masjedi, M. (2018). Comparing effectiveness of schema therapy and mindfulness based cognitive therapy on maladaptive schemas and general health in patients with vitiligo. *Journal of Health Promotion Management*, 6 (7): 41- 51 (Text in Persian).
- Shahriari, H., Zare, M., Aliakbari Dehkordi, M. and Sarami Foroushani, G. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral interventions in the treatment of generalized anxiety disorder: A systematic review and meta analysis. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences*, 5(17): 461–478. (Text in Persian).
- Sohrabi, F., JafariFard, S., Zarei, S. and Eskandari, H. (2012). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on Panic disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 4 (4): 31-40. (Text in Persian).
- Wenzel, A., Sharp, I. R., Brown, G. K., Greenberg, R. L. and Beck, A. T. (2006). Dysfunctional beliefs in panic disorder: The panic belief inventory. *Behavior Research and Therapy*, 44(6): 819-833.
- Yang, Y., Liu, Y. H., Zhang, H. F. and Liu, J. Y. (2015). Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapies on people living with HIV: A systematic review and meta-analysis, *International Journal of Nursing Sciences*, 2 (3): 283-294.



---

**Compare Effectiveness of Emotional Schema Therapy and  
Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Decrease of Cognitive  
Distortions in Women with Panic Disorder**

---

Elmira Kianipour<sup>1</sup>, Fariba Hassani\*<sup>2</sup>,

Amirmohsen Rahnejat<sup>3</sup> and Afsaneh Ghanbaripناه<sup>4</sup>

**Abstract**

The purpose of the study was to compare the effectiveness of Emotional Schema Therapy (EST) and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on cognitive distortion in women with panic attack disorder. This was quasi-experimental study pre-test, post-test, with the control and 2 months follow-up group. The statistical study population included all the women with panic attack disorder who referred to one of the Psychiatric Hospital in Tehran for out patient treatment during 2017. A sample of 45 participants were selected by available and purposive sampling method and randomly divided into two different treatments and one control group, having 15 women in each group. Both two experiments were under treatment individually within 11 sessions of 90 minutes, twice a week. While the control group received no treatment. Cognitive distortion scale and panic belief inventory were administered before treatment, the end of treatment sessions and after two months. Data were analyzed using Analysis of variance with repeated measure and

---

1. Ph.D student, Department of Psychology, Faculty of psychology and educational sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [elmirakianipour@gmail.com](mailto:elmirakianipour@gmail.com).

2. \*Corresponding Author: Assistant Professor, Department of general Psychology, Faculty of psychology and educational sciences, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [hasanif949@gmail.com](mailto:hasanif949@gmail.com).

3. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Medical Faculty, AJA University of Medical Sciences, Tehran, Iran. [arahnedjat@yahoo.com](mailto:arahnedjat@yahoo.com)

4. Assistant Professor, Department of general Psychology, Faculty of psychology and educational sciences ,Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. [af-ghanbary@yahoo.com](mailto:af-ghanbary@yahoo.com)

DOI: 10.22051/psy.2020.28863.2054

<https://psychstudies.alzahra.ac.ir/>

Abstracts .....

univariate covariance analysis. The results showed that both EST and MBCT methods was impressive on cognitive distortion of women with panic attack disorder and decreased cognitive distortion in two experimental groups, but there was no significant difference in the efficacy of the two treatments. Also, these two therapies were equally effective at follow-up was not significant. Therefore, these two therapies can be used either way to decrease cognitive distortions.

**Keywords:** *Cognitive distortion, emotional schema therapy, mindfulness-based cognitive therapy, panic disorder*