

## تدوین پروتکل طرحواره درمانی برای کاهش اضطراب کودکان ۸ تا ۱۳ سال و مقایسه‌ی اثربخشی آن با درمان شناختی - رفتاری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۳/۲۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۰۳

### خلاصه

**مقدمه:** پژوهش حاضر به تدوین پروتکل طرحواره درمانی برای کاهش اضطراب کودکان ۸ تا ۱۳ سال و مقایسه‌ی اثربخشی آن با درمان شناختی - رفتاری می‌پردازد. اضطراب اصطلاح کلی است که به دو مفهوم مجزا یعنی عوامل اضطراب‌زا (ویژگی‌های محیطی یا افکاری که واکنش ناخوشایندی در فرد ایجاد می‌کنند) و فشار (واکنش ناخوشایند فرد به عوامل اضطراب‌زا) اطلاق می‌شود. پژوهش حاضر با هدف کاهش اضطراب در کودکان انجام شد.

**روش کار:** روش مطالعه، نیمه آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. نمونه‌ی آماری این پژوهش شامل 31 نفر دانش‌آموزان ۸ تا ۱۳ ساله در یک مدرسه دوشیفته در منطقه‌ی یک شهرستان قم در سال ۱۳۹۸ هستند که در ۳ گروه به مدت ۴ ماه مورد آزمون قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون نیز بعد از ۴ ماه آزمون پیگیری انجام شد. گروهها شامل گروه دانش‌آموزان دارای نشانگان اضطراب با رویکرد طرحواره‌درمانی، گروه دانش‌آموزان دارای نشانگان اضطراب با رویکرد درمان شناختی - رفتاری و گروه گواه که هیچ درمانی را دریافت نکردند در نظر گرفته شد که نمونه‌های آزمایشی به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و وارد پژوهش شدند. در این پژوهش از پرسشنامه‌ی مصور طرحواره دوسلدف برای کودکان (DISC) (۲۰۱۷) و مقیاس اضطراب کودکان اسپنس فرم ولدین (SCAS) (۱۹۷۷) استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در نرم‌افزار SPSS-23 استفاده شده است.

### نتایج

یافته‌ها نشان داد که بین نمره‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مرحله پیگیری، اضطراب در گروه طرحواره‌درمانی و نیز در گروه درمان شناختی - رفتاری تفاوت معناداری وجود دارد؛ همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس نشان داد که بین میانگین نمره‌ی اضطراب در بین اعضای سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. ( $P < 0/05$ ).

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی در درمان اضطراب کودکان و نوجوانان موثر است و می‌توان از آن به عنوان یک عامل در کنترل اضطراب استفاده کرد.

### کلمات کلیدی

اضطراب، طرحواره درمانی، کودکان، شناختی رفتاری  
**پی نوشت:** این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

نفیسه حبیبیان<sup>۱</sup>

حسن میرزاحسینی<sup>۲\*</sup>

نادر منیرپور<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران. (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دانشیار، گروه روانشناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

Email: Mirzahoseini.hasan@yahoo.com



## مقدمه

اضطراب اصطلاح کلی است که به دو مفهوم مجزا یعنی «عوامل اضطراب‌زا» (ویژگی‌های محیطی یا افکاری که واکنش ناخوشایندی در فرد ایجاد می‌کنند) و «فشار» (واکنش ناخوشایند فرد به عوامل اضطراب‌زا) اطلاق می‌شود (۱). تعاریف مختلفی از اضطراب ارائه شده است، که این تعاریف بر موقعیت‌های اضطراب‌زای خاص، واکنش‌های فرد به این موقعیت‌ها، یا هر دو تأکید می‌کنند (۲). نمونه‌هایی از موقعیت‌های اضطراب‌زا، شامل سر و صدای بیش از حد، گرمای شدید، درآمد ناکافی، کار بیش از حد، ازدحام و شلوغی، تحریک خیلی کم، مرگ یکی از اعضای خانواده، طلاق یا محکومیت به زندان است. اضطراب واکنش نامطلوب افراد است که باید فشار زیاد و انواع خواسته‌ها جایگزین آن شود (۳). اضطراب واکنش غیراختصاصی است که تحت تأثیر تنش‌زاهای گوناگونی در ارگانسیم ایجاد می‌شود و بهزیستی جسمی و روان‌شناختی فرد را تهدید می‌کند (۴). اگر چه برخی از ترس‌ها و اضطراب‌ها در دوران کودکی به عنوان بخشی از تحول بهنجار کودک محسوب می‌شوند، اما برخی از مشکلات اضطرابی در طول زمان نسبتاً پدیدارند و ممکن است تا نوجوانی و بزرگسالی مشاهده می‌شوند، معمولاً شروعی زودرس دارند (۵). هودسون و همکاران (۶) حاکی است که به مقدار بسیار زیادی، همزمانی بین اختلالات اضطرابی در دوران کودکی وجود دارد، یعنی ممکن است یک کودک، تشخیص دو یا چند اختلال اضطرابی را همزمان دریافت کند.

طرحواره‌درمانی یکی از روش‌های روان‌درمانی است که از رویکردهای مختلف درمانی مانند رفتاردرمانی، پویایی، گشتالت، انسان‌گرایانه، نشأت گرفته است (۷) و در سال‌های اخیر به جهت اثربخشی و سودمندی آن به‌ویژه در بیماران مبتلا به اختلالات روانی مورد توجه بسیاری از درمانگران قرار گرفته است (۸). مطالعات متعدد بیانگر افزایش روزافزون شیوع

اضطراب در کودکان و نوجوانان و ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه با این اختلالات روانی است؛ مرواریدی و همکاران (۹) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌درمانی بر اضطراب اجتماعی موثر بود. همچنین امام زمانی و همکاران (۱۰) در پژوهش خود نشان دادند که گروه درمانی مبتنی بر طرحواره‌درمانی بر اضطراب موثر است. همین امر سبب شده در دهه‌ی اخیر، علاقه‌ی پژوهشگران به پژوهش در زمینه‌ی علائم اختلال‌های اضطرابی در کودکان و نوجوان و بررسی رابطه‌ی طرحواره‌ها با این اختلالات در آنان افزایش یابد. در این راستا پروتکل‌هایی نیز تدوین گردیده است که کارایی و اثربخشی آنها در ایران مورد بررسی و سنجش قرار نگرفته‌اند. یکی از کاربردهای اصلی علم روان‌شناسی، کاربست اصول آن در یافتن شیوه‌های نوین زندگی، تعدیل مخاطرات، پیشگیری از مسائل و مشکلات فردی، خانوادگی و ارتقای سلامت و خودکارآمدی است. که یکی از انواع مداخله‌های تعدیل‌کننده‌ی بسیاری از نشانه‌ها خودکارآمدی و تمایز یافتگی، طرح‌واره‌درمانی می‌باشد (۱۱). رشد طرحواره اغلب به دوران کودکی بازمی‌گردد. مطابق نظر یانگ<sup>۴</sup> (۱۲) بعضی از افراد به خاطر تجارب کودکی منفی طرحواره‌های ناسازگارانه اولیه‌ای<sup>۴</sup> را ایجاد می‌کنند که بر شیوه تفکر، احساس و رفتار آنها در روابط صمیمانه بعدی و سایر جنبه‌های زندگی شان تأثیر می‌گذارد (۱۳).

یکی از این روش‌ها درمان گروهی شناختی-رفتاری<sup>۵</sup> می‌باشد که توسط هیمبرگ (۱۴) تدوین شد. مداخله‌ای است گروه-مدار که به طور خاص برای این اختلال طراحی شده است، که در آن بازسازی شناختی در زمینه‌ای از تمرینات مواجهه‌ساختگی (شبه‌سازی نمادین) صورت می‌گیرد (۱۵). بازسازی شناختی، نقش مهمی در شکستن چرخه اضطراب بازی می‌کند و از طریق چالش بین درمان‌گر و مراجعین در طی جلسات گروه به افراد کمک می‌کند که باورهای منفی ناکارآمد خود را تغییر دهند. همچنین از اجتناب و اضطراب

<sup>4</sup> Early Maladaptive Schemas

<sup>5</sup> Cognitive behavioral group therapy

<sup>1</sup> . stressors

<sup>2</sup> . Strain

<sup>3</sup> Young

اسپنس و همچنین وجود ۶ طرحواره ناسازگار از ۱۸ طرحواره پرسشنامه دوسلدف در کودکان، تعهد درمانی درمانگر با والدین جهت حضور مستمر یک دوره ۴ ماهه درمانی در فرایند تحقیق و ۴ ماه بعد حضور در جلسه پیگیری

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر نیز به شرح ذیل بود:

تمامی افراد به شکل شفاهی در یک جلسه اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کردند و در صورت تمایل در پژوهش مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت کنندگان ثبت نشد که این روش اجرا توسط کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم به تایید رسید. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه درمان مؤثرتر اجرا شد.

لازم به ذکر است که قبل از انجام این پژوهش، به منظور ارزیابی اعتبار پروتکل طراحی شده طرحواره درمانی، اثربخشی این شیوه را در یک دوره سه ماهه بر اضطراب و افسردگی ۷ شرکت کننده دیگر مورد بررسی قرار دادیم. گفتنی است که ۴ نفر از این شرکت کنندگان دختر و ۳ نفر پسر بودند و میانگین و انحراف استاندارد سنی آنها به ترتیب برابر با ۱۲/۴۳ و ۰/۵۳ سال بود. جدول ۳-۱ میانگین و انحراف استاندارد افسردگی و اضطراب در دو مرحله پیش و پس آزمون و نتایج آزمون t وابسته در مقایسه اثر پروتکل طراحی شده بر متغیرهای مزبور را نشان می دهد.

#### جدول ۱- آزمون t وابسته اثر اجرای پروتکل

متغیر		پیش آزمون		پس آزمون		df	P
میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف		
۱۴۲/۲۸	(۱۶/۸۹)	۹۱/۷۱	(۱۴/۲۵)	۵/۸۸	۶	۰/۰۰۱	افسردگی
۴۳/۷۱	(۸/۱۰)	۲۱/۲۹	(۵/۹۰)	۷/۱۲	۶	۰/۰۰۱	اضطراب

پیش‌بینانه مراجعین می‌کاهد و به توانایی آن‌ها برای دریافت تقویت مثبت از دیگران و تفکر سازگارانه درباره تجربیات خودشان (به جای تبدیل کردن موفقیت‌ها به شکست) می‌افزاید (۱۶). هدف اصلی درمان شناختی در گروه به صورت انفرادی از بین بردن خطاها و تحریف‌ها و سوگیری‌ها در تفکر است، تا افراد بتوانند کارآمدتر عمل کنند (۱۷). با توجه به اهمیت درمان اختلالات روانی در کودکان این پژوهش به دنبال تدوین یک پروتکل طرحواره‌درمانی برای نوجوانان، سنجش اثربخشی آن در کاهش اضطراب کودکان دختر و پسر ۸ تا ۱۳ و نیز مقایسه‌ی آن با درمان شناختی، رفتاری است.

#### روش کار

جامعه‌ی پژوهش کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر و پسر ۸ تا ۱۳ ساله در یک مدرسه در منطقه ۱ شهرستان قم در سال ۱۳۹۸ هستند. پس از اخذ مجوز از اداره آموزش و پرورش استان جهت ورود به مدرسه، بعد از ارزیابی‌های اولیه توسط مشاهدات بالینی و گزارش‌های والدین با ابزارهای پژوهش که شامل پرسشنامه طرحواره دوسلدف و پرسشنامه اضطراب اسپنس بود، کودکانی که دارای نشانگان اضطراب طرحواره‌های ناسازگار بودند تشخیص داده شده و سپس به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب و وارد پژوهش شدند. برای این پژوهش ۳ گروه شامل گروه دانش‌آموزان دارای نشانگان اضطراب با رویکرد طرحواره‌درمانی، گروه دانش‌آموزان دارای نشانگان اضطراب با رویکرد درمان شناختی- رفتاری و گروه گواه در نظر گرفته شد که ۱۳ نفر در هر گروه آزمایشی حضور داشتند و این تعداد بعد از ریزش نهایی با ۱۱ نفر در گروه آزمایشی طرحواره درمانی، ۱۰ نفر در گروه آزمایشی شناختی- رفتاری و ۱۰ نفر در گروه کنترل انجام شد. بعد از ورود به مدرسه و هماهنگی‌های لازم، جلسه‌ای توجیهی برای والدین و مربیان در مدرسه برای هر دو شیفت دخترانه و پسرانه برگزار شد که معیارهای ورود نمونه‌ها برای تحقیق را تبیین میکرد.

معیارها شامل مشارکت داوطلبانه نمونه‌ها، سن بین ۸ تا ۱۳ سال، داشتن حداقل سه علائم اضطرابی از ۶ ایت‌م پرسشنامه

پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند؛ و شش عامل پرسشنامه نیز با روش تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفت.

### پرسشنامه‌ی مصور طرحواره دوسلدف برای کودکان (DISC) که برای درک عمیق‌تر طرحواره‌های

ناهنجار پیشین در دوران کودکی، مبتنی بر مدل طرحواره‌ی ۱۸ عاملی یانگ ساخته شده است، استفاده شد. تصاویر طراحی شده که هر یک طرحواره‌ای را به تصویر کشیده است، به کودکان این اجازه را می‌دهد تا با ادراک بصری منظور هر طرحواره را در نظر بگیرد و براساس آن پاسخ دهد (۲۱). این پرسش‌ها به صورت گزارشاتی ارائه شده است و تأیید کودکان از این اظهارات با استفاده از مقیاس رتبه‌بندی ۴ امتیازی، مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. این پرسشنامه در نسخه‌ی نهایی خود شامل ۳۶ پرسش می‌شود و در مقایسه با سایر پرسشنامه‌های طرحواره‌ی کودکان، از پایایی (از طریق آزمون - بازآزمون) و روایی همگرایی کافی برخوردار است (۲۲). برای تجزیه و تحلیل داده‌ها نرم افزار SPSS-23 به کار گرفته شد.

جدول ۱ نشان می‌دهد که اجرای متغیر مستقل منجر به کاهش میانگین نمرات اضطراب و افسردگی در مرحله پس آزمون در مقایسه با پیش آزمون شده است. براین اساس می‌توان گفت پروتکل طراحی شده طرحواره درمانی از اعتبار قابل قبول برخوردار است.

### ابزار پژوهش

#### مقیاس اضطراب کودکان اسپنس<sup>۱</sup> فرم

**والدین (SCAS):** این پرسشنامه برای ارزیابی اضطراب کودکان ۸-۱۵ ساله بر اساس طبقه‌بندی تشخیصی و آماری DSM-IV در سال ۱۹۷۷ توسط اسپنس طراحی شد (۱۸). پرسشنامه‌ی اسپنس دارای دو نسخه‌ی کودک (۴۵ ماده) و والد (۳۸ ماده) است. که در این پژوهش از فرم والدش استفاده شد. نمره‌گذاری براساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است. پرسشنامه دارای ۶ خرده‌مقیاس اضطراب جدایی، اضطراب اجتماعی، وسواس فکری - عملی، پنیک - بازارهراسی، اضطراب فراگیر و ترس از صدمات جسمانی را می‌سنجد. پایایی این مقیاس برای اضطراب عمومی برابر با ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (۱۹). در ایران نیز موسوی و همکاران (۲۰) پایایی این

جدول ۲. جلسات پروتکل طرحواره درمانی بر اساس آموزش‌های درمانی پروفیسور لوز (۲۰۱۷)

جلسه	موضوع و محتوا
جلسه اول و دوم	تکمیل فرم تاریخچه‌ی زندگی و مشکلات فعلی مربوط به کودکان توسط والدین و تقویت رابطه‌ی درمانی با کودک و ایجاد حس مثبت نسبت به درمانگر و سپس تکمیل فرم رضایت درمانی کودک و والدین
جلسه سوم	معرفی و سنجش اولیه و معرفی طرحواره‌ها به کودک با تکنیک *عینک‌های رنگی *عروسک دالی
	*سنجش احساسات در موقعیت‌های مختلف از طریق مصاحبه و سنجش از طریق زبان بدن: توجه به بدن برای ردیابی احساسات و شناخت حالات مختلف بدنی با احساسات مربوطه
	*سنجش از طریق داستان: داستان علی کوچولو و احساسات او با توجه به پرسشنامه مصور
	*سنجش از طریق معرفی خود با نمایش صورتک‌ها
	*تشکیل پرونده برای کودکان و ترسیم طرح درمان
جلسه چهارم	گزارش وضعیت کودکان به والدین و تکمیل پرسشنامه طرحواره توسط والدین، گزارش طرحواره‌های هر کودک به والدین، ارائه‌ی طرح درمان به والدین، بیان تکالیف والدین در این جهت
جلسه پنجم	آموزش طرحواره‌های حوزه‌ی یک؛ بریدگی و طرد با محتوای نیازهای اساسی انسان

<sup>۱</sup> . Spence Children Anxiety Scale (SCAS)

- \* نیاز به محبت با ثبات، امنیت، پذیرش و ارتباط سالم (با ترسیم ادمک و کشیدن نیازهای او بالای سرش)  
 \* آموزش سبک‌های مقابله‌ای (تسلیم، اجتناب، جبران) از طریق زیر و بمی موسیقی ارف  
 \* آموزش پیام‌های مثبت و منفی طرحواره با استفاده از عینک  
 \* تکنیک خنده‌ی ۱۵ ثانیه‌ای، تنفس، تجسم خلاق حباب شیشه‌ای، تمرین ریاضی جهت راه‌اندازی کرتکس، راه امنیت روانی با تمرین توپ به سمت هم و رفت و برگشت یویو، پیدا کردن پیام‌های سالم با کمک کودک، فلش کارت، عکس گرفتن از خود، پیام صوتی مثبت درمانگر
- جلسه ششم  
 آموزش طرحواره‌های حوزه‌ی دوم: عملکرد مختل با محتوای نیاز به ارزشمندی، مستقل بودن و توانمندی  
 \* آموزش از طریق موسیقی زوتوپیا و همخوانی با آن  
 \* تصویر کانگرو و آموزش با عروسک  
 \* نوشتن ترس‌ها بر روی کاغذ و دورانداختن یا خندیدن به ترس‌ها  
 \* کشیدن تیم خردمند باهوش جهت آموزش عزت نفس و گفتن جملات خوب در مورد کودک و پیدا کردن پیام‌های سالم و تهیه فلش کارت
- جلسه هفتم  
 آموزش طرحواره‌های حوزه‌ی سوم؛ دگرجهتمندی با محتوای بیان نیازها، خواسته‌ها و احساسات  
 \* آموزش مهارت جرأت‌ورزی از طریق تکنیک سایکودرام، تمرین نه گفتن از طریق بازی نقش و تصور خلاق  
 برای آموزش طرحواره‌ی اطاعت و ایثار
- جلسه هشتم  
 آموزش طرحواره‌های حوزه‌ی چهارم؛ گوش به‌زنگی و بازداری بیش از حد  
 \* مزایا و معایب کاکتوس  
 \* تمرین جملات احساسی و تمرین‌های خوش‌بینی  
 \* تکنیک پنجره، دوربین و زوم در عکاسی  
 \* اجرای نمایش پادشاه ظالم و آموزش گام‌های بخشش  
 \* جمع آرزوها و لذت‌ها، گول چراغ جادو، نوشتن جملات معیاردار در صورتک والد معیاری و پرتوقع  
 \* تکنیک ماشین و سرنشینهایش و پیدا کردن پیام‌های سالم و تکنیک فلش کارت
- جلسه نهم  
 آموزش طرحواره‌های حوزه‌ی پنجم؛ محدودیت‌های مختل با محتوای نیاز به نظم و انضباط، کنترل خود، صبر و تحمل، احترام به نیازهای دیگران  
 \* تکنیک حبه‌ی مزه‌ها  
 \* راه رفتن با آب و کتاب  
 \* تکنیک شمع، مجسمه‌سازی، رنگ‌آمیزی، نقش‌های ریز، یادداشت نمایشنامه پادشاه خوب، بازی برد برد، دیگران چه می‌خواهند؟ پیدا کردن پیام‌های سالم با کمک بچه‌ها و فلش کارت
- جلسه دهم  
 ارائه‌ی گزارش و سوال در مورد وضعیت کودکان از والدین با محتوای ارائه‌ی مختصر از اقدامات انجام شده، سوال در مورد نگرش بچه‌ها به جلسات درمانی، وضعیت انجام تکالیف، وضعیت بهبود، گرفتن پیشنهاد و انتقاد
- جلسه یازدهم  
 آشنایی با مفهوم ذهنیت‌ها  
 \* محتوا: نمایش فیلم سرنشین‌ها و صحبت در مورد آن  
 \* ترسیم ادمک و کشیدن انواع ذهنیت‌ها:  
 - شناسایی و نام‌گذاری ذهنیت‌های مهم (مثلا سعید کوچولو به عنوان ذهنیت کودک اسب پذیر)  
 - اطمینان از حضور ذهنیت‌های مهم (کودک اسب پذیر، کودک شاد، کودک دانا و توانا)  
 - کار با هیجان‌ها، احساسات بدنی، تمایلات رفتاری و شناخت‌های مرتبط با هر ذهنیت  
 \* تکنیک پادشاه و وزیر اعظم برای برقراری ارتباط با ذهنیت کودک اسب پذیر و مهم شمردن این ذهنیت  
 - گفت و گو بین درمان‌گر و ذهنیت با کشف نیازها (سعید کوچولو به چی نیاز داره؟) و همدلی، اعتباردهی و حمایت از همه ذهنیت‌ها

جلسه دوازدهم و سیزدهم	مرور آموزش ذهنیت‌ها و با هدف تقویت ذهنیت کودک شاد و بزرگسال سالم (متناسب با سن) * مشخص کردن عملکرد هر یک از ذهنیت‌ها، کشف ریشه‌های ذهنیت‌ها و عملکرد آن‌ها، ایجاد ارتباط بین ذهنیت‌ها و مشکل فعلی، شناسایی موقعیت‌ها یا افرادی که ذهنیت را فعال می‌کنند، ارتباط ذهنیت‌ها با یک دیگر، شناسایی مزایا و معایب هر ذهنیت و نتایج کوتاه مدت و بلند مدت آن‌ها * تکنیک صندلی با هدف تغییر و از طریق گفتگو با جنبه‌های مختلف ذهنیتی (تقویت ذهنیت‌های مثبت، تضعیف ذهنیت‌های ناکارآمد)
جلسه چهاردهم	ایجاد روابط جدید بین ذهنیت‌ها، تشکر از ذهنیت‌های ناکارآمد و متوقف کردن‌ها، تشویق کودک دانا و توانا برای حضور فعال و رهبری سایر ذهنیت‌ها، حضور والد حامی و حمایت از کودک آسیب‌پذیر، کمک به ذهنیت کودک عصبانی برای بیان احساسات به شیوه صحیح، تضعیف ذهنیت‌های انتقادگر و تنبیه‌گر به صورت مواجهه همدلانه، هدایت ذهنیت کودک بی‌انضباط برای افزایش خودکنترلی
جلسه پانزدهم	مرور آموزش ذهنیت‌ها و با هدف انتقال به زندگی روزمره و پیدا کردن مثال‌هایی از زندگی روزمره، مشارکت اعضای خانواده، استفاده از یاداورها (تصاویر، فلش کارت، اشیاء انتقالی، اشیاء لمسی) *روش‌های مختلف کار با ذهنیت‌ها
جلسه شانزدهم	مرور مسیر درمانی و سنجش مجدد محتوا: سنجش مجدد با استفاده از ابزارهای تشریح شده در جلسه دوم و سوم، استخراج موارد نیازمند تقویت بیشتر توسط والدین، تشخیص مواردی که نیازمند درمان بیشتر است
جلسه هجدهم	خداحافظی با طرحواره‌های ناسازگارو ذهنیت‌های ناکارآمد، در آغوش گرفتن نماد ذهنیت سالم و آشنایی با طرحواره‌های مثبت و ذهنیت‌های سالم و شاد *تکنیک ترکوندن بادکنک * جشن تولد طرحواره‌های کارآمد و سازگار

## جدول ۲. جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	موضوع و محتوا
جلسه اول و دوم	ایجاد رابطه، اعتمادسازی، آشنایی بیشتر با درمانگر. معارفه‌ی و آشنایی، آماده‌سازی کودکان و انجام فعالیت‌های هنری برای موضوع اختیاری
جلسه سوم و چهارم	محتوا و فعالیت جلسه: معارفه و آشنایی، آماده‌سازی کودکان و انجام فعالیت‌های هنری با موضوع اختیاری برون‌ریزی هیجان‌ها با هدف کشف مسایل کودکان
جلسه پنجم	محتوا و فعالیت جلسه: فعالیت گروهی هنری با استفاده از خرده‌های کاغذ افزایش امیدواری، غلبه بر تنهایی و ناامیدی، بازسازی شناختی با هدف پرهیز از خودگویی‌های منفی و بررسی نقش آن‌ها در ایجاد ناامیدی
جلسه ششم و هفتم	محتوا و فعالیت جلسه: قصه‌گویی (داستان شیر غمگین) و تهیه صورتک‌هایی از آن و اجرای نمایش خلاق غلبه بر ناامیدی، جایگزینی افکار مثبت با منفی، کاهش انزوا، بهبود روابط اجتماعی و کاهش غم و اندوه، بهره‌گیری از خودگویی‌های مثبت در هنگام غم
جلسه هشتم و نهم	محتوا و فعالیت جلسه: فعالیت گروهی هنری و داستانی ماهی بیمار در قالب قصه و نقاشی امید به آینده، شادی، مهارت مقابله با هیجان‌های منفی، به اشتراک گذاشتن احساسات، تجربه فعالیت گروهی مشترک، حس ارزشمندی
جلسه دهم	محتوا و فعالیت جلسه: تجربه فعالیت هنری درخت شادی با استفاده از ابزارهای هنری با تمرکز بر پس‌خورانده‌های مثبت بین اعضای گروه آشکارسازی تعارضات، برون‌ریزی هیجان‌ها و احساسات منفی، کسب سازگاری و بهبود راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات و نگرانی‌ها

جلسه یازدهم	محتوا و فعالیت جلسه: ساخت پازل گروهی، رنگ آمیزی و توسعه و تکمیل آن با تمرکز بر تعامل سازنده بین اعضای گروه مواجهه با اضطراب ناشی از ابزارهای پزشکی، ابراز ترس ها و اضطراب ها، کاهش اضطراب و حالات هیجانی ناخوشایند
جلسه دوازدهم	محتوا و فعالیت جلسه: محتوا و فعالیت جلسه: تهیه کاردستی با استفاده از ابزارهای پزشکی و تکنیک های هنری کاهش اضطراب، سازگار کردن کودکان با وسایل پزشکی در بیمارستان، افزایش احساس کنترل و تجربه احساسات مثبت
جلسه سیزدهم	محتوا و فعالیت جلسه: محتوا و فعالیت جلسه: ترسیم نقاشی با استفاده از گواش و آموپول برونی سازی و عینی سازی بیماری، غلبه بر اضطراب ناشی از ناشناخته های بیماری، کاهش اضطراب و آرام سازی روانی
جلسه چهاردهم	محتوا و فعالیت جلسه: محتوا و فعالیت جلسه: نامه و نقاشی به غول بیماری و انجام فعالیت توپ زشت یکپارچه کردن دریافت ها، انسجام بخشی به شناخت ها و تعمیم آن ها به زندگی واقعی محتوا و فعالیت جلسه: جمع بندی جلسات پیشین، آماده سازی کودکان برای اختتام گروه

## نتایج

بود. در گروه طرحواره درمانی ۶ دختر و ۵ پسر، در گروه درمان شناختی رفتاری ۴ دختر و ۶ پسر و در کنترل ۶ نفر دختر و ۴ پسر حضور داشتند. جدول ۱ میانگین (انحراف استاندارد) و مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) مؤلفه های اضطراب در شرکت کنندگان گروه های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

در این پژوهش ۳۱ شرکت کننده در سه گروه طرحواره درمانی (۱۱ نفر)، درمان شناختی رفتاری (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) حضور داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه طرحواره درمانی به ترتیب برابر با ۱۰/۰۳ و ۱/۲۴ سال، در گروه درمان شناختی رفتاری به ترتیب برابر با ۹/۷۰ و ۱/۵۷ سال و در گروه کنترل به ترتیب برابر با ۱۰/۶۰ و ۱/۵۳ سال

## جدول ۳. میانگین (انحراف استاندارد) مؤلفه های اضطراب در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

اضطراب	گروه	میانگین (انحراف استاندارد)			مقادیر شاپیرو- ویلک (سطح معناداری)		
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اضطراب جدایی	طرحواره درمانی	۶/۳۶ (۲/۳۳)	۲/۲۸ (۰/۹۰)	۲/۸۲ (۱/۴۰)	۰/۸۵۷ (۰/۰۵۳)	۰/۸۹۹ (۰/۱۸۱)	۰/۹۱۲ (۰/۲۵۶)
	شناختی- رفتاری	۷/۵۰ (۲/۷۶)	۴/۹۰ (۱/۳۷)	۵/۲۰ (۱/۶۲)	۰/۹۴۵ (۰/۶۰۵)	۰/۹۲۶ (۰/۴۰۷)	۰/۹۵۰ (۰/۶۷۳)
	کنترل	۷/۴۰ (۲/۱۷)	۷/۶۰ (۱/۷۱)	۷/۱۰ (۲/۲۳)	۰/۹۶۱ (۰/۷۹۸)	۰/۸۹۷ (۰/۲۰۴)	۰/۹۴۵ (۰/۶۱۴)
اضطراب اجتماعی	طرحواره درمانی	۹/۷۳ (۲/۵۸)	۴/۶۴ (۲/۲۰)	۵/۳۶ (۱/۵۷)	۰/۹۵۶ (۰/۷۲۵)	۰/۸۴۹ (۰/۶۴۲)	۰/۹۵۰ (۰/۶۴۵)
	شناختی- رفتاری	۱۰/۱۰ (۲/۴۷)	۵/۰۰ (۲/۱۶)	۵/۵۰ (۱/۵۴)	۰/۹۸۱ (۰/۹۶۹)	۰/۹۵۶ (۰/۷۳۴)	۰/۹۶۶ (۰/۸۴۹)
	کنترل	۹/۵۰ (۲/۹۵)	۹/۳۰ (۲/۳۱)	۹/۷۰ (۲/۳۶)	۰/۹۰۴ (۰/۲۴۲)	۰/۹۴۹ (۰/۶۵۵)	۰/۹۲۴ (۰/۳۹۲)
وسواس- فکری عملی	طرحواره درمانی	۵/۸۲ (۱/۷۲)	۴/۲۷ (۱/۷۴)	۴/۰۰ (۱/۵۵)	۰/۹۰۵ (۰/۲۱۲)	۰/۹۰۷ (۰/۲۲۶)	۰/۹۲۹ (۰/۳۹۹)
	شناختی- رفتاری	۵/۶۰ (۲/۰۶)	۴/۷۰ (۲/۳۱)	۴/۰۰ (۱/۶۳)	۰/۹۳۰ (۰/۴۴۵)	۰/۹۶۰ (۰/۷۸۲)	۰/۸۸۵ (۰/۱۵۱)
	کنترل	۶/۰۰ (۲/۱۱)	۶/۳۰ (۱/۸۹)	۶/۳۰ (۲/۲۱)	۰/۹۰۷ (۰/۲۶۲)	۰/۹۰۹ (۰/۲۷۵)	۰/۹۷۳ (۰/۹۱۵)
هراس	طرحواره درمانی	۶/۳۶ (۱/۶۹)	۲/۲۷ (۱/۰۰)	۲/۸۲ (۱/۶۰)	۰/۸۵۷ (۰/۰۵۳)	۰/۸۸۹ (۰/۱۳۴)	۰/۸۹۵ (۰/۱۶۲)
	شناختی- رفتاری	۵/۵۰ (۱/۴۳)	۳/۷۰ (۱/۸۳)	۳/۹۰ (۱/۶۶)	۰/۸۸۶ (۰/۱۵۱)	۰/۹۳۷ (۰/۵۱۶)	۰/۹۴۸ (۰/۶۴۶)
	کنترل	۵/۵۰ (۱/۵۱)	۵/۸۰ (۱/۹۳)	۵/۶۰ (۲/۴۱)	۰/۸۶۵ (۰/۰۸۷)	۰/۸۸۱ (۰/۱۳۶)	۰/۸۵۲ (۰/۰۶۱)
اضطراب فراگیر	طرحواره درمانی	۷/۹۱ (۲/۷۷)	۳/۰۰ (۱/۴۱)	۲/۹۰ (۱/۴۵)	۰/۹۱۳ (۰/۲۶۸)	۰/۹۲۷ (۰/۳۷۷)	۰/۹۱۵ (۰/۲۸۱)
	شناختی- رفتاری	۹/۳۰ (۲/۴۱)	۴/۸۰ (۲/۸۶)	۴/۹۰ (۱/۷۳)	۰/۹۳۵ (۰/۴۹۵)	۰/۸۶۸ (۰/۰۹۴)	۰/۸۴۰ (۰/۰۴۴)
	کنترل	۸/۰۰ (۲/۳۰)	۸/۱۰ (۱/۹۷)	۷/۸۰ (۲/۶۸)	۰/۹۳۰ (۰/۴۴۷)	۰/۹۴۴ (۰/۵۹۳)	۰/۹۵۶ (۰/۷۴۴)
ترس از صدمات اجتماعی	طرحواره درمانی	۷/۰۰ (۲/۳۷)	۳/۰۰ (۱/۵۵)	۳/۲۷ (۱/۴۹)	۰/۹۳۶ (۰/۴۷۳)	۰/۸۸۲ (۰/۱۱۰)	۰/۹۵۵ (۰/۷۱۰)
	شناختی- رفتاری	۷/۴۰ (۲/۱۲)	۳/۹۰ (۱/۷۳)	۴/۳۰ (۱/۹۵)	۰/۹۰۸ (۰/۲۶۶)	۰/۹۶۸ (۰/۸۷۴)	۰/۹۰۵ (۰/۲۴۷)
	کنترل	۷/۴۰ (۲/۷۲)	۷/۴۰ (۲/۲۹)	۷/۳۰ (۲/۶۷)	۰/۹۱۲ (۰/۲۹۴)	۰/۹۶۲ (۰/۸۰۹)	۰/۹۶۴ (۰/۸۲۸)



جدول ۳ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌های اضطراب در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است. اگرچه جدول ۱ نشان می‌دهد که ارزش شاپیرو- ویلک مربوط به مؤلفه اضطراب فراگیر در گروه درمان شناختی رفتاری در مرحله پیگیری و مؤلفه اضطراب اجتماعی در گروه طرحواره درمانی در مرحله پس آزمون در سطح ۰/۰۵ معنادار است. با وجود این با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای ارزش شاپیرو- ویلک آن‌ها مؤلفه، حجم نمونه نزدیک در گروه‌ها و مقاومت آزمون‌های آماری

خانواده تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها، می‌توان گفت انحراف از مفروضه شدید نبوده و بنابراین می‌توان انتظار داشت که این موضوع نتایج تحلیل را بی اعتبار نسازد. جدول ۴ نتایج ارزیابی مفروضه‌های همگنی واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون،<sup>۱</sup> برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس با استفاده از آماره ام.باکس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی را نشان می‌دهد.

#### جدول ۴. نتایج آزمون مفروضه همگنی واریانس‌های خطا، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

مؤلفه‌های اضطراب	مقادیر F آزمون لون			برابری ماتریس واریانس کوواریانس خطاها		شاخص موخلی $\chi^2$
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	M.Box	F	
اضطراب جدایی	۰/۴۹	۲/۹۸	۲/۲۳	۱۰/۳۵	۰/۷۳	۳/۲۲
اضطراب اجتماعی	۰/۳۰	۰/۱۶	۱/۳۵	۹/۲۸	۰/۶۵	۲/۳۸
وسواس- فکری عملی	۰/۸۹	۰/۳۰	۱/۱۶	۱۸/۴۹	۱/۳۰	۳/۷۱
هراس	۰/۱۱	۲/۷۷	۲/۸۵	۱۰/۳۸	۰/۷۳	۰/۷۲
اضطراب فراگیر	۰/۸۳	۲/۰۸	۲/۸۸	۲۱/۱۴	۱/۴۸	۱/۴۶
ترس از صدمات اجتماعی	۰/۱۸	۰/۸۲	۱/۵۷	۲۳/۹۷	۱/۶۸	۷/۶۴*

نتیجه آزمون لون در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از مؤلفه‌های اضطراب در سه گروه و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به

مؤلفه‌های اضطراب برقرار است. منطبق بر جدول ۴ نتایج تحلیل نشان داد که آماره ام.باکس برای هیچ یک از مؤلفه‌های اضطراب در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این موضوع بیانگر آن است که مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته برای هر شش مؤلفه اضطراب در سطح ۰/۰۵ برقرار

است. منطبق بر نتایج جدول ۴ تست موخلی نشان داد که ارزش مجذور کای مربوط به مؤلفه ترس از صدمات اجتماعی ( $p=0/022$ ) معنادار است. بدین ترتیب مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به ترس از صدمات اجتماعی با استفاده از روش گیسر-گرینهوس اصلاح شد. پس از ارزیابی مفروضه‌های

تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آزمون شد. جدول ۵ نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر اجرای طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر اضطراب

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	Df	p	$\eta^2$
اضطراب جدایی	۰/۶۶۱	۳/۱۰	۴ و ۵۴	۰/۰۲۳	۰/۱۸۷
اضطراب اجتماعی	۰/۶۲۴	۳/۶۰	۴ و ۵۴	۰/۰۱۱	۰/۲۱۰
وسواس-فکری عملی	۰/۷۸۰	۱/۷۸	۴ و ۵۴	۰/۱۴۶	۰/۱۱۷
هراس	۰/۵۱۶	۵/۳۰	۴ و ۵۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸۲
اضطراب فراگیر	۰/۶۲۸	۳/۵۴	۴ و ۵۴	۰/۰۱۲	۰/۲۰۸
ترس از صدمات اجتماعی	۰/۶۱۶	۳/۶۹	۴ و ۵۴	۰/۰۱۰	۰/۲۱۵

منطبق بر نتایج جدول ۵ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های هراس ( $P=0/001$ )، ترس از صدمات اجتماعی ( $P=0/010$ )، اضطراب جدایی ( $P=0/023$ )، اضطراب اجتماعی ( $P=0/011$ ) و اضطراب فراگیر ( $P=0/012$ ) معنادار است. لازم به ذکر است همچنان که جدول ۳ نشان می‌دهد اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه وسواس-فکری عملی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. در ادامه جدول ۶ نتایج

تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای درمان طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری بر مؤلفه‌های اضطراب را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های اضطراب

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	P	$\eta^2$
اضطراب جدایی	اثر گروه	۲۰۰/۴۹	۱۱۸/۶۸	۲۳/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲۸
	اثر زمان	۶۴/۹۱	۱۱۸/۴۶	۱۵/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۵۴
	تعامل گروه × زمان	۵۳/۴۸	۱۸۶/۳۹	۴/۰۲	۰/۰۰۶	۰/۲۲۳
اضطراب اجتماعی	اثر گروه	۱۵۹/۰۴	۱۱۹/۶۹	۱۸/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
	اثر زمان	۱۳۲/۰۰	۱۳۴/۲۷	۲۷/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۹۶

۰/۲۴۷	۰/۰۰۴	۴/۶۰	۳۱۵/۶۸	۱۰۳/۷۸	تعامل گروه × زمان	
۰/۲۳۲	۰/۰۲۵	۴/۲۲	۱۴۵/۸۰	۴۳/۹۸	اثر گروه	
۰/۱۷۸	۰/۰۲۰	۶/۰۷	۷۷/۰۸	۱۶/۷۱	اثر زمان	وسواس- فکری
۰/۰۸۹	۰/۲۵۵	۱/۳۷	۱۶۴/۷۲	۱۶/۱۵	تعامل گروه × زمان	عملی
۰/۳۴۳	۰/۰۰۱	۷/۳۲	۱۰۲/۸۴	۵۳/۸۰	اثر گروه	
۰/۳۶۲	۰/۰۰۱	۱۵/۹۱	۷۷/۰۱	۴۳/۷۵	اثر زمان	
۰/۲۹۱	۰/۰۰۱	۵/۷۴	۱۴۱/۵۲	۵۸/۰۳	تعامل گروه × زمان	هراس
۰/۵۶۷	۰/۰۰۱	۱۸/۳۷	۱۳۵/۵۱	۱۷۷/۸۰	اثر گروه	
۰/۵۳۳	۰/۰۰۱	۳۱/۹۱	۱۳۹/۰۰	۱۵۸/۴۰	اثر زمان	
۰/۲۶۰	۰/۰۰۱	۴/۹۲	۲۸۳/۴۱	۹۹/۵۴	تعامل گروه × زمان	اضطراب فراگیر
۰/۵۶۰	۰/۰۰۱	۱۷/۸۲	۱۱۳/۱۶	۱۴۴/۰۰	اثر گروه	
۰/۳۰۰	۰/۰۰۱	۱۱/۹۷	۱۹۲/۹۹	۸۲/۴۸	اثر زمان	ترس از صدمات
۰/۱۸۰	۰/۰۲۴	۳/۰۷	۲۶۷/۳۲	۵۸/۵۵	تعامل گروه × زمان	اجتماعی

نبود. در ادامه جدول ۷ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به مؤلفه‌های اضطراب در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه × زمان برای مؤلفه‌های اضطراب جدایی ( $P = ۰/۰۰۶$ )، اضطراب اجتماعی ( $P = ۰/۰۰۴$ )، هراس ( $P = ۰/۰۰۱$ )، اضطراب فراگیر ( $P = ۰/۰۰۱$ ) و ترس از صدمات اجتماعی ( $P = ۰/۰۲۴$ ) معنادار است. لازم به ذکر است منطبق بر نتایج جدول ۶ اثر تعاملی گروه × زمان برای مؤلفه وسواس- فکری عملی در سطح  $۰/۰۵$  معنادار

**جدول ۷.** نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مؤلفه‌های اضطراب در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

#### پیگیری

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	زمان‌ها		متغیر
۰/۰۰۱	۰/۴۷	۲/۱۶	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	اضطراب جدایی
۰/۰۰۱	۰/۵۲	۲/۰۵	پیگیری	پیش‌آزمون	

۱/۰۰	۰/۳۹	-۰/۱۲	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۹	۳/۴۶	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۶	۲/۹۲	پیگیری	پیش آزمون	اضطراب اجتماعی
۱/۰۰	۰/۵۶	-۰/۵۴	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱/۸۶	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۶۸	پیگیری	پیش آزمون	هراس
۱/۰۰	۰/۴۲	-۰/۱۸	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۶۳	۳/۱۰	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۵۷	۳/۲۰	پیگیری	پیش آزمون	اضطراب فراگیر
۱/۰۰	۰/۵۲	۰/۱۰	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۰/۴۳	۲/۵۰	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۵	۰/۶۷	۲/۳۱	پیگیری	پیش آزمون	ترس از صدمات اجتماعی
۱/۰۰	۰/۵۵	-۰/۱۹	پیگیری	پس آزمون	

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۷ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های اضطراب در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار اما تفاوت آن میانگین‌ها در مراحل پس آزمون- پیگیری غیر معنادار بود.

#### جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی بر ای مؤلفه‌های اضطراب در در گروه‌های مختلف

متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
طرحواره شناختی- درمانی	شناختی- رفتاری	-۲/۰۵	۰/۵۲	۰/۰۰۱
اضطراب جدایی	طرحواره درمانی	-۳/۵۵	۰/۵۲	۰/۰۰۱
شناختی- رفتاری	شناختی- رفتاری	-۱/۵۰	۰/۵۲	۰/۰۲۶
طرحواره درمانی	شناختی- رفتاری	-۰/۲۹	۰/۵۲	۱/۰۰
اضطراب اجتماعی	طرحواره درمانی	-۲/۹۲	۰/۵۲	۰/۰۰۱
شناختی- رفتاری	شناختی- رفتاری	-۲/۶۳	۰/۵۲	۰/۰۰۱
هراس	طرحواره درمانی	-۰/۵۵	۰/۴۸	۰/۷۹۹

۰/۰۰۱	۰/۴۸	-۱/۸۲	کنترل	طرحواره درمانی	
۰/۰۴۷	۰/۴۸	-۱/۲۷	کنترل	شناختی- رفتاری	
۰/۰۱۳	۰/۵۵	-۱/۷۳	شناختی- رفتاری	طرحواره درمانی	
۰/۰۰۱	۰/۵۵	-۳/۳۸	کنترل	طرحواره درمانی	اضطراب فراگیر
۰/۰۲۳	۰/۵۵	-۱/۶۳	کنترل	شناختی- رفتاری	
۰/۴۱۲	۰/۵۱	-۰/۷۸	شناختی- رفتاری	طرحواره درمانی	ترس از صدمات اجتماعی

در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های شناختی-رفتاری سنتی بنا شده است. طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی، افراد را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه‌ی این مدل روان درمانی، ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها است. در طرحواره درمانی کودک و نوجوان بیشتر با تنظیم هیجانات آنها در موقعیت‌های رنجش آور سروکار داریم. ذهنیت‌های طرحواره ای کودکان حالت‌های عاطفی لحظه ای است که از رویدادهای روزمره برای کودک اتفاق می‌افتد و از طریق بازی ذهنیت‌های ناکارآمد تغییر داده شده و همین امر باعث بهبود اضطراب کودکان می‌گردد. در واقع این روش درمانی خود را در عمل ثابت کرده است و به طور کلی در میان کودکان یک درمان سرگرم کننده شناخته می‌شود. تمرکز بر تایید نیازهای عاطفی کودکان و کمک به آنها برای ارضا نیازهایشان یکی از بزرگترین اهداف طرحواره درمانی کودک و نوجوان است. شواهد متعدد نشان می‌دهد که اگر چه طرحواره درمانی در

مقایسه اثر گروه‌ها در آزمون بن فرونی نشان داد که طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش میانگین مؤلفه‌های اضطراب شده و تغییرات ناشی از آن دو شیوه درمان بر مؤلفه‌های اضطراب بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که طرحواره درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، میانگین مؤلفه‌های اضطراب جدایی ( $p=0/001$ ) و اضطراب فراگیر ( $p=0/013$ ) اضطراب را به صورت معناداری بیشتر کاهش داده است. اما تفاوت اثر دو شیوه درمان درباره دیگر مؤلفه‌های اضطراب در سطح  $0/05$  معنادار نبود.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی در درمان اضطراب کودکان و نوجوانان موثر است، همچنین بین میانگین نمره‌ی اضطراب و طرحواره در بین اعضای سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش با پژوهش مرواریدی و همکاران (۹) و امام زمانی و همکاران (۱۰) همسو بود.

و برداشت ما را از واقعیت دچار اشکال نمایند و به دنبال آن روحيات و رفتارهای نامناسب ظاهر گردند.

با توجه به مقایسه دو اثر درمانی بر مولفه‌های اضطراب و همچنین نمرات پیگیری در تحقیق، شاهد اثربخشی بیشتر طرحواره درمانی خصوصا درمان اضطراب جدایی و اضطراب فراگیر در کودکان نسبت به درمان شناختی-رفتاری هستیم. از آنجایی که مخرب ترین طرحواره‌های ناسازگار در حوزه یک (حوزه طرد و جدایی) قرار دارد، کودک مدام در یک ترس از دست دادن زندگی میکند و در نتیجه طرحواره ناکارآمد رهاشدگی در او شکل می‌گیرد. وقتی این طرحواره در او فعال باشد، شخصیت وابسته و اجتنابی در او تقویت شده و بنابراین همیشه در یک ناامنی آزار دهنده بسر میرود. شکایتهای زیاد والدین مبنی بر علائم اضطراب و ترس جدایی کودکانشان به هنگام جدا شدن آنها از والدین در محیط خانه و خانواده می‌باشد. این دسته از کودکان همواره ترس جدایی از والدین خود را در دل دارند و همواره نگران از دست دادن آنها می‌باشند. بنابراین، کودک به خارج شدن از خانه و رفتن به مکان‌های دیگر، خانه آشنایان و حتی محیط مدرسه تمایلی نشان نمی‌دهد. که از دیگر نشانه‌های تاثیر گذار این نوع اضطراب، کابوس دیدن و بی خوابی می‌باشد. نشانه‌های جسمانی نیز می‌تواند در زمره دیگر علائم اضطراب جدایی در کودکان به شمار رود. بر این اساس، کودک به محض جدا شدن از افراد که وابستگی و دلبستگی شدید با آنها دارد، دچار مشکلات جسمانی و فیزیکی نظیر دل درد، استفراغ و تهوع می‌شود.

این ترس سبب شکل گرفتن اضطراب مستمر و فراگیری در وجود آنها می‌شود که در نهایت موجب مختل شدن عملکرد مستقلانه و خودگردانی در او میشود. عملکرد مختل در کودک موجب تقویت رفتار وابستگی در او شده و در نهایت نوعی بی کفایتی در رفتار و سبکهای مقابله ای او در رابطه با محیط و روابط بین فردی را سبب میشود. به مرور زمان حس نقص/شرم هم در او پدیدار خواهد شد که اعتماد به نفس کودک نیز تحت الشعاع قرار می‌گیرد و

اصل به صورت فردی تنظیم شده، لیکن وجود عوامل گروهی، فعال سازی تکنیک‌های طرحواره درمانی را تسهیل نموده و آثار جبرانی مهمی بر طرحواره‌های مرکزی از قبیل طرد و بریدگی، انزوای اجتماعی، بی اعتمادی و محرومیت هیجانی دارد (۲۳). در واقع به دلیل ایجاد پیوندها و تعاملات نزدیک بین اعضای گروه امکان مواجهه واقعی و مرتبط ساختن تجارب اولیه با فرایندهای طرحواره‌ای اینجا و اکنون در یک محیط حمایت گرانه نیز افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش فرصت‌های یادگیری جانشینی، حس خودکارآمدی خطرپذیری اعضا برای انجام رفتارهای جدید نیز تقویت می‌شود (۲۴)؛ همچنین اعضای گروه یاد می‌گیرند که به جای کناره گیری از هیجانات خود، به ابراز همدلی و برآورده ساختن نیازهای عاطفی خود در گروه بپردازند.

همچنین گروه درمانی شناختی- رفتاری، نخست این زمینه را فراهم می‌کند تا بیماران آزادانه و بدون ترس افکار و باورهای ناکارآمد و تحریف‌های شناختی خود را بیان کنند، سپس به بررسی و اصلاح افکار، باورها زیربنایی و تحریف‌های شناختی پرداخته می‌شود. بر طبق مدل شناخت درمانی بک، درمان شناختی زمانی بیشترین اثربخشی خود را خواهد داشت که درمان گر به اصلاح این فرض‌های زیربنایی در بیماران پرداخته و تفکرات مثبت و منطقی و غیر افراطی را جانشین این تحریفات فکری نماید (۲۵). بازسازی شناختی که به عنوان تجربه‌گرایی منطقی نیز شناخته شده است، کمک می‌کند تا افراد با استفاده از استدلال منطقی برای آزمون عملی محتوای افکار پر از اضطراب خود در مقابل واقعیت تجربه-های زندگی‌شان، جریان افکار مملو از اضطراب خود را شناسایی کنند و حتی افکار اضطرابی غالب خود را مورد آزمایش رفتاری قرار دهند (۲۶). بدین ترتیب ارزیابی شناختی حوادث، بر پاسخ به آن حوادث تاثیر گذشته و مقدمه‌ای برای تغییر فعالیت شناختی خواهد بود. آموزش شناختی- رفتاری در ایجاد یا تغییر شناخت و نگرش در افراد نقش تاثیر گذاری دارد. با توجه به این که پیروان رویکرد شناختی- رفتاری اعتقاد دارند وجود برخی خطاهای رایج ذهنی می‌تواند تفسیر

خود کارآمدی، سبک زندگی و خود مدیریتی از کودکی تا بزرگسالی که منجر به بهزیستی روانشناختی فرد و در نهایت سلامت یک جامعه خواهد شد، پیشنهاد میکنم از پروتکل طراحی شده در درمان انواع اختلالات دوران کودکی که بیشتر به معنای داشتن مشکلات ارتباطی و تحصیلی و همچنین عدم توانایی کنترل هیجانات درونیست، در گروه‌های مختلف کودک و نوجوان بکار برده شود و از این طریق پشتوانه پژوهشی سودمندی برای پژوهشگران علاقمند به این حوزه فراهم شود. همچنین برای تأیید به کارگیری طرحواره درمانی کودک و نوجوان به عنوان یک روش درمانی، به داده‌های تجربی بیشتر با نمونه‌های بزرگ‌تر نیاز است. در نهایت پیشنهاد می‌شود که برای بررسی بهتر در زمینه پایداری اثرات درمان، تحقیقات بعدی پیگیری‌های ۱۲ ماهه و ۲۴ ماهه را در مورد اثرات درازمدت مداخلات طرحواره درمانی کودک و نوجوان مدنظر قرار دهند و بعد از تعیین اثربخشی، این پروتکل بعنوان یکی از مبانی مهم آموزشی در مدراس مورد توجه مربیان و مشاوران قرار گیرد.

### تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران می‌باشد." و دارای کد اخلاق IR.IAU.QOM.REC.1400.052 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم می‌باشد. در پایان از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

### تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

### References

1. Grist R, Croker A, Denne M, Stallard P. Technology delivered interventions for depression and anxiety in children and

طرحواره "من به اندازه کافی خوب و ارزشمند نیستم" در او شکل می‌گیرد و در طول فرایند رشد، زندگی او را بر این مبنا می‌سازد. بک (۱۹۷۶) این ایده را مطرح نمود که طرحواره‌های ناسازگار به صورت الگوهای افکار تحریف شده با ریشه‌هایی عمیق در مورد جهان، خود فرد و ارتباط وی با اطرافیان بازتاب می‌یابند (۲۷). در واقع در صورت عدم اقدام برای درمان، اغلب تا سنین بزرگسالی ادامه می‌یابد و با آثار منفی در زندگی شخص همراهند (۲۸). محدودیت‌های پژوهش

محدود بودن جامعه پژوهش به شهر قم و همچنین محدود شدن نمونه آن به کودکان و نوجوانان یک مدرسه در شهر قم از جمله محدودیت‌هایی است که باید تعمیم نتیجه‌ی پژوهش به سایر جامعه‌های آماری با احتیاط صورت گیرد. محدودیت دیگر استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی برای سنجش اضطراب کودکان بود. ممکن است افراد هنگام تکمیل آن‌ها خوشبینی کافی نداشته باشند و مسئولانه به گویه‌ها پاسخ ندهند. محدودیت دیگر نبود پیشینه پژوهشی مکفی در زمینه طرحواره درمانی کودک و نوجوان در داخل و خارج از ایران بود.

با توجه به محدودیت‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از ابزارهای دقیق‌تری مانند مصاحبه بالینی برای ارزیابی اضطراب استفاده شود. همچنین نمونه‌های بیشتری در مدارس مختلف بکار گرفته شود. با توجه به نتایج مثبت طرحواره درمانی برای اضطراب کودکان، به کارگیری این روش درمانی جدید هم برای پیشگیری و هم درمان مبتلایان به اختلال اضطراب در کودکان و نوجوانان ضروری به نظر می‌رسد. از انجایی که پیشگیری از گرایش‌های طرحواره‌ای در دوران کودکی و کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد به منظور افزایش خودکنترلی و توانمندسازی و ارتقای سلامت روان، ارتقای سطح

adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2019; 22(2):147-71.

2. Cobham VE, Hickling A, Kimball H, Thomas HJ, Scott JG, Middeldorp CM. Systematic review: anxiety in children and adolescents with chronic medical conditions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020; 1:59(5):595-618.
3. Palmer S, Cooper C, Thomas K. Model of organisational stress for use within an occupational health education/promotion or wellbeing programme-A short communication. *Health Education Journal*. 2001; 60(4):378-80.
4. Hashemi, M., and A. Garshad. "Assesment job stress it in nursing personal in a selected teaching hospital of North Khorasan University of Medical Sciences 2008; (2012): 95-103. (in Persian)
5. Bahrami M, Khayatan F, Farhadi H, Aghaei A. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Children's Anxiety in Restructured Families. *Community Health Journal*. 2019; 13(4):44-53. (in Persian)
6. Hudson JL, Rapee RM, Lyneham HJ, McLellan LF, Wuthrich VM, Schniering CA. Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 2015;1:72:30-7.
7. Kellogg SH, Young JE. Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*. 2006; 62(4):445-58.
8. Peeters N, van Passel B, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. 2021;23: 543-549
9. Morvaridi M, Mashhadi A, Shamloo ZS, Leahy RL. The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2019; 12(1):16-24. (in Persian)
10. Emam Zamani Z, Mashhadi A, Sepehri Shamloo Z. The Effectiveness of Group Therapy Based on Emotional Schema Therapy on Anxiety and emotional schemas on Women with Generalized Anxiety Disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2019;23;9(1):5-24. (in Persian)
11. Dadomo H, Panzeri M, Caponcello D, Carmelita A, Grecucci A. Schema therapy for emotional dysregulation in personality disorders: A review. *Current opinion in psychiatry*. 2018;1:31(1):43-9.
12. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy*. New York: Guilford. 2003; 254: 653-658
13. Khasho DA, Van Alphen SP, Heijnen-Kohl SM, Ouwens MA, Arntz A, Videler AC. The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*. 2019;1: 124-129
14. Heimberg RG. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological psychiatry*. 2002;51(1):101-8.
15. Cuijpers P, Cristea IA, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJ. How



- effective are cognitive behavior therapies for major depression and anxiety disorders? A meta-analytic update of the evidence. *World psychiatry*. 2016;15(3):245-58.
16. Alavi SS, Ghanizadeh M, Mohammadi MR, Jannatifard F, Esmaili Alamuti S, Farahani M. The effects of cognitive-behavioral group therapy for reducing symptoms of internet addiction disorder and promoting quality of life and mental health. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2021;43:47-56. (in Persian)
  17. Berardelli I, Bloise MC, Bologna M, Conte A, Pompili M, Lamis DA, Pasquini M, Fabbri G. Cognitive behavioral group therapy versus psychoeducational intervention in Parkinson's disease. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2018;14:399.
  18. Spence M. Consumer misperceptions, product failure and producer liability. *The Review of Economic Studies*. 1977;44(3):561-72.
  19. Spence SH, Barrett PM, Turner CM. Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. *Journal of anxiety disorders*. 2003;17(6):605-25.
  20. Mousavi R, Moradi A, Mahdavi Hersini E. The Effectiveness of Structural Family Therapy on Treating Children's Separation Anxiety Disorder. *Journal of Psychological Studies*. 2007;3(2):7-28.
  21. Lozova O, Lytvynenko O. Narrative Indicators of Adolescents' Maladaptive Cognitive Schemas. *PSYCHOLINGUISTICS*. 2019;26(1):228-45.
  22. Loose C, Meyer F, Pietrowsky R. The Dusseldorf Illustrated Schema Questionnaire for Children (DISC). *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2018;15:31-43
  23. Jacob GA, Hauer A, Köhne S, Assmann N, Schaich A, Schweiger U, Fassbinder E. A schema therapy-based eHealth program for patients with borderline personality disorder (prioivi): naturalistic single-arm observational study. *JMIR Mental Health*. 2018;5(4):e10983.
  24. Karimipour A, Asgari P, Makvandi B, Fard RJ. Effects of Schema Therapy for Children and Adolescents on the Externalizing Behaviors of the Adolescents Referred to the Counseling Centers in Ahvaz, Iran. *International Journal of Health and Life Sciences*. 2021;7(4):324-331
  25. Lebowitz ER, Marin C, Martino A, Shimshoni Y, Silverman WK. Parent-based treatment as efficacious as cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety: A randomized noninferiority study of supportive parenting for anxious childhood emotions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2020;1;59(3):362-72.
  26. Villabø MA, Narayanan M, Compton SN, Kendall PC, Neumer SP. Cognitive-behavioral therapy for youth anxiety: An effectiveness evaluation in community practice. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2018;86(9):751.
  27. Muris P. Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical*

- Psychology and Psychotherapy 2006;  
13: 405-13.
28. Khodapanahi.m.k, ghanbari.s,  
nadeali,h. mosavi, The quality of  
Mother- Child relationships and  
Anxiety Symptos in Preschool children.  
Quarterly Journal of Transformational  
Psychology, Iranian  
Psychologists.2012: 33(9). (in Persian)

## Original Article

# Developing a schema therapy protocol to reduce the anxiety of children aged 8 to 13 and comparing its effectiveness with cognitive-behavioral therapy

Received: 11/06/2022 - Accepted: 25/07/2022

Nafise Habibian<sup>1</sup>  
Hasan Mirzahoseini<sup>2\*</sup>  
Nader Monirpoor<sup>3</sup>

*1 PhD student General Psychology ,  
Department of Psychology, Qom  
Branch , Islamic Azad University, Qom  
,Iran.*

*2 Assistant Professor Department of  
Psychology , Qom Branch, Islamic  
Azad University, Qom, Iran.*

*)Corresponding author(  
3 Associate Professor Department of  
Psychology , Qom Branch, Islamic  
Azad University, Qom, Iran.*

Email:  
Mirzahoseini.hasan@yahoo.com

### Abstract

#### Introduction

Anxiety is a general term that refers to two separate concepts, namely anxiety-causing factors (environmental features or thoughts that cause an unpleasant reaction in a person) and pressure (a person's unpleasant reaction to anxiety-causing factors). The present study was conducted with the aim of reducing anxiety in children

#### Material and Method

The study method was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical sample of this research includes 31 students aged 8 to 13 years old in a two-shift school in a district of Qom in 2018, who were tested in 3 groups for 4 months. After the completion of the post-test sessions, a follow-up test was conducted after 4 months. The groups included the group of students with anxiety symptoms with the schema-therapy approach, the group of students with anxiety symptoms with the cognitive-behavioral therapy approach and the control group that did not receive any treatment. They were randomly selected and included in the study. In this research, Doselev Schema Illustrated Questionnaire for Children (DISC) 2017) and Spence Form Veldin Children's Anxiety Scale (SCAS (1977)) were used. Data analysis was done using analysis of variance with repeated measures in the software SPSS-23 was used.

#### Results

The findings showed that there is a significant difference between the pre-test, post-test and follow-up scores of anxiety in the schema-therapy group and also in the cognitive-behavioral therapy group; Also, the results of analysis of variance showed that there is a significant difference between the average anxiety score among the members of the three groups ( $P < 0.05$ ).

#### Conclusion

The results of the research showed that schema therapy is effective in treating anxiety in children and adolescents and it can be used as a factor in controlling anxiety.

#### Key words

Anxiety, schema therapy, children, cognitive behavior

**Acknowledgement:** There is no conflict of interest