پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی)
سال نوزدهم، شماره ۴، پی در پی ۱۰۰، صفحات ۲۱۱ تا ۲۱۸
مهر و آبان ۱۳۹۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۳/۳/۹
تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۶/۳

اثربخشی و تداوم تأثیر طرحواره درمانی به شیوه گروهی در درمان دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

*دکتر مجید صفاری‌نیا[1]، دکتر حسین زارع[2]، دکتر جهانگیر کرمی[3]، زهرا سلگی[*4]*

۱. دانشیار، عضو هیأت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۲. استاد، عضو هیأت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران
۳. دانشیار، دانشگاه رازی کرمانشاه، ایران
۴. مربی، عضو هیأت علمی گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، کرمانشاه، ایران

چکیده

سابقه و هدف: این پژوهش با هدف تعیین اثر و تداوم طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی در درمان دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این کارآزمایی بالینی، ۳۵ نفر از دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به مراکز مشاوره دانشگاه‌های شهر کرمانشاه و اسلام آباد غرب، با تشخیص روانشناس و روانپزشک، به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به مدت ۱۰ جلسه، تحت درمان گروهی با مدل طرحواره درمانی یانگ قرار گرفتند. مرحله‌ی پی‌گیری نیز سه ماه پس از پایان درمان دنبال شد. گروه مداخله با گروه گواه (که مداخله‌ای دریافت نکردند)، مقایسه شد. به منظور گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون (MCMI)، مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های محور یک در DSM-IV (SCID)، پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی (SPIN) و پرسشنامه‌ی فرم بلند طرحواره‌ی یانگ (YSQ-L 2) استفاده شد.

یافته‌ها: طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی به طور معنادار باعث کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تمام حوزه‌ها و به دنبال آن، سبب کاهش معنادار در آماج‌های اصلی درمان و تداوم تأثیر آن در مرحله‌ی پی‌گیری شد.

نتیجه‌گیری: طرحواره درمانی، در درمان اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان، از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است.

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، اضطراب اجتماعی، دانشجویان

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:
Saffarinia M, Zare H, Karami J, Solgi Z. The Efficacy and continuing impact of group schema therapy in treating student's social anxiety disorder. Pejouhandeh 2014;19(4):211-218.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی (Social anxiety disorder - SAD) که از طریق مشخصه‌ی ترس از مشاهده و ارزیابی توسط دیگران شناخته می‌شود، به عنوان یک اختلال از طبقه‌ی اختلال‌های اضطرابی، یکی از رایج‌ترین بیماری‌های روانشناختی (۳،۲،۱)، شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی و سومین اختلال روانی از نظر شیوع در بین جمعیت عمومی است (۴). هر چند شماری از مطالعات نشان داده‌اند که این اختلال در سن ۸ سالگی تشخیص داده شده اما شروع آن به طور معمول در زمان بلوغ یا نوجوانی است (۵). شیوع کلی این اختلال در حدود ۱۳ درصد بوده و در جایگاه سوم اختلال‌های روانپزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار دارد (۶). اگر اختلال اضطراب اجتماعی درمان نشود، با دوره‌ای مزمن و پنهان همراه شده (۲) و با ایجاد اختلال اساسی در کار و حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی و شخصی (۸،۷)، سبب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (۱۰،۹،۸). این اختلال، در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه‌ی بهداشت همگانی در نظر گرفته شده (۱۱) و بر همین اساس، ظرف چندین سال گذشته، پژوهش‌ها به سمت ماهیت و درمان آن کشیده شده‌اند (۱۲).

ظهور نظریه‌های شناختی در آسیب‌شناسی روانی، به

*نویسنده مسؤول مکاتبات: **زهرا سلگی**؛ کرمانشاه، بزرگراه امام خمینی، دانشگاه پیام نور، ساختمان اداری، گروه روانشناسی؛ تلفن: ۰۹۱۸۳۵۷۱۸۶۰؛ نمابر: ۸۲۳۹۷۵۵ (۰۸۳۱)؛ **پست الکترونیک:** Zahrasolgi22@yahoo.com

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-14]

افزایش علاقه به ویژگی‌های شناخت و تنظیم آن منجر شده است. نتایج تحقیق Lampe (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که عوامل شناختی، اختلال اضطراب اجتماعی را حفظ کرده و عواملی همچون ژنتیک، شخصیت و خلق و خو، در ابتلا به SAD نقش دارند (۲). یک نوع از عوامل شناختی که در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند، طرحواره‌ها هستند (۵). طرحواره‌ها، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان و شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم داشته و ناکارآمد هستند. آنها ممکن است هسته‌ی اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلال‌های مزمن محور I قرار بگیرند (۱۳). بررسی‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به SAD طرحواره‌هایی دارند که می‌توانند به عنوان آماج مناسبی برای رویکرد طرحواره درمانی، تلقی شوند (۱۷،۱۶،۱۵،۱۴،۵).

در مجموع، مدل‌های شناختی معاصر SAD بیان می‌دارند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، طرحواره‌های غیرانطباقی در مورد خود و رابطه با دیگران دارند که وقتی در یک موقعیت اجتماعی فعال شوند، فرآیندهای شناختی را هدایت خواهند کرد (۱۵). با این وجود، بر خلاف مطالعات متعددی که نقش شناخت‌های سطحی در اختلال اضطراب اجتماعی را نشان داده‌اند، مطالعات اندکی به بررسی شناخت‌ها در سطح ثابت‌تر و عمیق‌تر طرحواره‌ها پرداخته‌اند. بهبود روش‌های فعلی و دستیابی به رویکردهای جدید در درمان اختلال اضطراب اجتماعی بسیار ضروری است، زیرا این اختلال، یکی از سخت‌ترین اختلالات اضطرابی نسبت به درمان بوده و کمترین اثر درمانی را در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی هم در بزرگسالان و هم در کودکان نشان داده است (۱۹،۱۸).

از آنجا که یافتن شیوه‌های درمان کوتاه مدت، کارا و مؤثر، از جمله ضرورت‌های پژوهش بوده و شیوه‌های درمانی مبتنی بر مدل طرحواره، در قالب درمان‌های کوتاه مدت به شمار می‌آید، این مطالعه با هدف تعیین اثر مدل درمانی جدید تحت عنوان طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی و ماندگاری آن در دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

در این کارآزمایی بالینی، دانشجویان حضوری دوره‌ی کارشناسی دانشگاه‌های پیام نور کرمانشاه و اسلام آباد غرب، بررسی شدند. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری هدفمند (purposeful sampling) استفاده شد. به استناد نظریه‌های برآورد حجم نمونه در تحقیقات آزمایشی که پیشنهاد شده حداقل حجم هر گروه ۱۵ نفر باشد (۲۰) و با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها، ۴۰ نفر از میان ۲۴۳ نفر داوطلب مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره‌ی دانشگاه‌های شهر کرمانشاه و اسلام آباد غرب در رشته‌های گروه علوم انسانی، علوم پایه و فنی- مهندسی در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ که همگی دختر بودند و به فراخوان محقق در مورد درمان علایم اضطراب اجتماعی پاسخ دادند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر)، قرار گرفتند.

پس از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه‌ی توجیهی شرکت کنند. در این جلسه، ضمن تشریح اهداف پژوهش، به منظور رعایت مسایل اخلاقی، از مراجعه‌کنندگان رضایت کتبی گرفته شد که در قبال ارایه خدمات روانشناختی، نتیجه‌ی پژوهش بدون ذکر نام گزارش شود. لازم به ذکر است که مراجعه‌کنندگان برای امضای این رضایت‌نامه، اختیار کامل داشتند. همچنین، با آگاهی دادن به آزمودنی‌های گروه کنترل در زمینه‌ی ضرورت دریافت درمان در پایان اجرای طرح پژوهشی، از آنها درخواست شد برای دریافت کمک به مراکز مشاوره دانشگاه مراجعه نمایند.

پس از اعمال طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی، ۴ نفر از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از سه جلسه، از پژوهش خارج شدند. در گروه کنترل نیز یک نفر به دلیل عدم همکاری در تکمیل پرسشنامه‌های پس آزمون و همچنین مرحله‌ی پیگیری، از پژوهش کنار گذاشته شد. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی (به تشخیص متخصص بالینی و بر اساس نتایج مصاحبه‌ی بالینی ساختمند و همچنین تکمیل پرسشنامه‌ی سنجش علایم اضطراب اجتماعی)، عدم دریافت هیچ‌گونه درمان (حداقل یک ماه قبل از انجام پژوهش)، عدم وجود سایر اختلالات روانی و نداشتن سوء مصرف مواد، سن (داشتن حداقل ۱۷ و حداکثر ۲۵ سال).

به منظور تشخیص عدم وجود اختلال شخصیتی در شرکت‌کنندگان، از پرسشنامه‌ی بالینی چند محوری میلون (Millon clinical multiaxial inventory- MCMI-III) استفاده شد. این پرسشنامه، یک مقیاس خودسنجی با ۱۷۵ گویه‌ی بلی و خیر بوده و برای بزرگسالان ۱۸ سال به بالا که برای درمان یا ارزیابی روانشناختی، به مراکز سلامت روان

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-14]

مراجعه می‌کنند، استفاده می‌شود. الگوهای بالینی شخصیت شامل ۱۱ زیر مقیاس شخصیت اسکیزوئید، دوری‌گزین، افسرده، وابسته، نمایشی، خودشیفته، ضد اجتماعی، آزارگر- دیگرآزار، وسواسی، منفی‌گرا و شخصیت آزارگر- خودآزار می‌باشد. ضریب پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ محاسبه شده برای خرده مقیاس‌های نشانگان بالینی و الگوهای بالینی شخصیت و کل پرسشنامه، به ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۹۲ به دست آمد که حاکی از ثبات و پایایی بسیار بالای این آزمون است (۲۱). افرادی که که در MCMI-III نمره‌ی نرخ پایه آنها بیشتر از ۸۴ بود، از پژوهش کنار گذاشته شدند.

پس از انتخاب نمونه‌ی واجد شرایط، طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی بر پایه الگوی یانگ (۱۳)، به مدت ۱۰ جلسه‌ی دو ساعتی به صورت هفتگی برای شرکت‌کنندگان به شرح زیر انجام گرفت:

جلسه‌ی اول. توضیح مدل طرحواره به زبان ساده و شفاف، چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرحواره‌ی ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی و حوزه‌های آن، عملکردهای طرحواره و سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار.

جلسه‌ی دوم. آموزش به بیمار در خصوص طرحواره‌ها، مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره- محور و جمع‌آوری کلیه‌ی اطلاعات به دست آمده در مرحله‌ی سنجش، شناسایی حوزه‌های مختل طرحواره مربوط به بیماران، بررسی شواهد عینی تأییدکننده و طردکننده‌ی طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار.

جلسه‌ی سوم. آموزش دو تکنیک از تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تأییدکننده‌ی طرحواره.

جلسه‌ی چهارم. آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی دیگر شامل ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیمار و برقراری گفتگو بین جنبه‌ی طرحواره و جنبه‌ی سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه‌ی سالم توسط بیمار.

جلسه‌ی پنجم. آموزش تکنیک‌های تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده‌ی طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها

جلسه‌ی ششم. ارایه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی، تصویرسازی ذهنی، مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره و اجرای گفتگوهای خیالی، تقویت مفهوم "بزرگسال سالم" در ذهن بیمار، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگیدن علیه طرحواره‌ها در سطح عاطفی.

جلسه‌ی هفتم. ایجاد فرصت برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش توسط آنها، کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حادثه‌ی آسیب‌زا و فراهم نمودن زمینه‌ی حمایت برای بیمار.

جلسه‌ی هشتم. پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی، تهیه‌ی فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌ساز و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج‌های درمانی.

جلسه‌ی نهم. تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید. بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم.

جلسه دهم. غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع بندی و نتیجه‌گیری و اجرای پس آزمون.

لازم به ذکر است که در این شیوه درمانی نیز در هر جلسه، علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه‌ی قبل، تکالیف خانگی نیز داده می‌شد.

Dugas و Robichaud (۲۰۰۷) معتقدند که وجود مرحله‌ی پیگیری دوماهه، برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان روان‌شناختی کافی است (۲۲). بنابراین به منظور ارزیابی پایایی اثربخشی درمان، با گذشت یک، دو و سه ماه از پایان درمان نیز مرحله‌ی پیگیری به مدت سه ماه صورت گرفت.

ابزار به‌کارگرفته شده در این مطالعه، شامل موارد زیر بود:

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال های محور یک (Structured clinical interview for DSM- IV axis I disorders) در DSM-IV (SCID):

این مصاحبه که توسط فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز برای تشخیص اختلال‌های روانی ساخته شده است، به صورت انعطاف‌پذیر انجام می‌شود (۲۳). Tran و Smith (۲۰۰۲، به نقل از تران و اسمیت، ۲۰۰۴) ضریب پایایی ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کردند (۲۴). برای پایایی نسخه‌ی فارسی این ابزار در پژوهش شریفی و همکاران (۱۳۸۳)، ضریب کاپای بالای ۰/۷۰ گزارش شده است (۲۵).

پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی (Social phobia inventory- SPI):

این پرسشنامه، نخستین بار توسط Connor و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-14]

پرسشنامه، شامل ۱۷ ماده و سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است و در آن، هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای، نمره‌گذاری می‌شود. بر اساس نتایج حاصله برای تفسیر نمرات، نقطه‌ی برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه‌ی برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا، متمایز می‌کند (۲۶).

این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن، با روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار، ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است (۲۷). بر اساس نتایج آمده برای تفسیر نمرات، نقطه‌ی برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه‌ی برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا متمایز می‌کند (۲۶). ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران نیز تأیید شده است (۲۸). در پژوهش حاضر، از نقطه‌ی برش ۴۰ استفاده شد.

پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ- فرم بلند (Young schema questionnaire- YSQ-L2):

این پرسشنامه، ۲۰۵ سؤال دارد که در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. به منظور نمره‌گذاری این پرسشنامه، امتیازهای هر یک از مقیاس‌ها با هم جمع و نمره‌ی کل محاسبه می‌شود. کسب نمره‌ی بالاتر از نمره‌ی برش، به مفهوم وجود آن طرحواره در فرد است که نیاز به چالش مشاوره‌ای دارد.

این پرسشنامه، ۱۶ طرحواره را در ۵ حوزه، مورد سنجش قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این ۱۶ مقیاس که روی نمونه‌ی آماری شامل ۵۲۹ نفر از اولیای دانش آموزان، فرهنگیان و دانش‌آموزان شهر تهران انجام شده بود، بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه، ۰/۹۸ گزارش شده است (۳۱). YSQ دارای دو فرم بلند و کوتاه (۷۵ سؤالی) است. Young و همکاران (۲۰۰۳) توصیه می‌کنند برای کارهای بالینی، بهتر است از فرم بلند پرسشنامه استفاده شود، زیرا سؤال‌های بیشتری برای هر طرحواره مطرح شده و اطلاعات دقیق‌تری فراهم می‌شود (۱۳).

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از گروه‌های آزمایش و کنترل، از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و جداول و در حوزه‌ی آمار استنباطی از آزمون‌های کولموگروف- اسمیرنوف، تی همبسته، تحلیل کوواریانس و طرح اندازه‌گیری مکرر، استفاده شد.

یافته‌ها

مقایسه‌ی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون با نقطه‌ی برش پرسشنامه‌ی طرحواره‌ی یانگ در پنج حوزه‌ی طرحواره و ۱۶ مؤلفه نشان داد که مؤلفه‌های محرومیت عاطفی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی و شرم و نقص که مربوط به حوزه‌ی بریدگی و طرد می‌باشند، و مؤلفه‌های اطاعت و ایثار از حوزه‌ی دیگر- جهت‌مندی و همچنین مؤلفه‌های بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه از حوزه‌ی خودگردانی و عملکرد مختل در پیش‌آزمون، بالاتر از نقطه‌ی برش بوده‌اند، اما پس از آموزش در پس‌آزمون، همگی به زیر نقطه‌ی برش رسیده‌اند. به عبارت دیگر، این مؤلفه‌ها از وضعیت نامناسب قبل از آموزش، به وضعیت مناسب پس از آموزش تغییر یافته‌اند. از طرف دیگر، مؤلفه‌های ناخوشایندی اجتماعی، شکست، وابستگی بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری، گرفتاری، استحقاق و خویشتن‌داری در پیش‌آزمون، پایین‌تر از نقطه‌ی برش بوده‌اند. این مؤلفه‌ها در پس‌آزمون نیز کاهش یافتند (جدول ۱). اختلاف مقادیر پیش و پس از آزمون در تمام موارد، معنی‌دار بود ($P<۰/۰۰۱$).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیارهای ۱۶ مؤلفه‌ی طرحواره‌ی یانگ در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش.

متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون		نقطه برش
	M	SD	M	SD	
محرومیت عاطفی	۳۳/۱	۴/۶	۱۹/۶	۳/۶	۲۷
رهاشدگی	۶۴/۷	۷/۴	۴۹/۵	۵/۷	۵۴
بی‌اعتمادی	۵۸/۵	۶/۵	۴۲/۷	۵/۴	۵۱
انزوای اجتماعی	۳۹/۲	۳/۶	۲۶/۱	۲/۳	۳۰
شرم و نقص	۵۳/۷	۳/۹	۳۱/۴	۱/۵	۳۵
ناخوشایندی اجتماعی	۲۷	۴/۱	۲۰/۵	۲/۱	۲۷
شکست	۲۲	۴/۶	۱۸/۸	۲/۹	۲۷
وابستگی بی‌کفایتی	۴۴/۱	۷/۴	۳۳/۲	۶/۱	۴۵
آسیب پذیری	۳۷/۸	۸	۳۰/۲	۳/۹	۴۲
گرفتاری	۲۵/۹	۴/۳	۲۱/۳	۳/۸	۳۳
اطاعت	۳۸/۱	۲/۵	۲۵/۳	۱/۷	۳۰
ایثار	۶۳/۸	۹/۳	۴۴/۴	۳/۲	۵۱
بازداری هیجانی	۲۷/۶	۲/۱	۲۲/۸	۱/۴	۲۷
معیارهای سرسختانه	۵۹/۸	۸/۴	۴۵	۴/۶	۴۸
استحقاق	۲۲/۶	۲/۴	۲۱/۵	۲/۳	۳۳
خویشتن‌داری	۳۴/۲	۳/۷	۲۹/۳	۳/۲	۴۵

میانگین، انحراف معیار و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیر اضطراب اجتماعی در دو گروه، در جدول ۲ نشان

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-14]

داده شده است. اضطراب اجتماعی در گروه کنترل، تقریباً ثابت مانده است، اما در گروه آزمایش، از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و سپس در پیگیری میزان اضطراب اجتماعی تا میزان ۴۷/۷ درصد نسبت به پیش‌آزمون، کاهش یافته است.

با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس با متغیر وابسته اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و متغیر همراه اضطراب اجتماعی در پیش‌آزمون، مشخص شد که تعامل گروه * اضطراب اجتماعی در پیش‌آزمون، معنادار نبوده (P=۰/۰۸) و شیب رگرسیون متغیر همراه بین دو گروه، یکسان است. رابطه‌ی خطی بین متغیر همراه (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) برقرار است (P<۰/۰۰۱) و متغیر اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون بعد از تعدیل اثر پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل، تفاوت معناداری داشته است (P<۰/۰۰۱).

میانگین تعدیل شده‌ی متغیر اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون برای گروه مداخله، ۰/۴±۳۲/۱ (حداقل ۳۱/۱ و حداکثر ۳۳/۱) و گروه گواه ۰/۴±۴۸/۴ (حداقل ۴۷/۵ و حداکثر ۴۹/۳) به دست آمد که با توجه به معنادار شدن آزمون اصلی کوواریانس می‌توان نتیجه گرفت که متغیر اضطراب اجتماعی در اثر طرحواره درمانی، به طور معناداری کاهش یافته است.

برای تعیین اثر ماندگاری طرحواره درمانی بر کاهش علایم اضطراب اجتماعی، از آزمون طرح اندازه‌گیری مکرر استفاده شد و تغییرات متغیر اضطراب اجتماعی در مراحل پیگیری، مورد آزمون قرار گرفت (جدول ۳). در مراحل پس‌آزمون و ۳ پیگیری بعدی، تغییرات اضطراب اجتماعی معنادار بود. تغییرات اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش در پیگیری نهایی به میزان ۴۷/۷ درصد نسبت به پیش آزمون کاهش یافت (جدول ۲). همچنین، تعامل عامل تکرار و گروه نشان می‌دهد که دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیگیری، با یکدیگر تفاوت معناداری داشته‌اند. میانگین‌ها در جدول ۲ نشان دادند که در گروه آزمایش، کاهش اضطراب اجتماعی در پیگیری ادامه داشته است، ولی در گروه کنترل در مراحل پیگیری، تغییرات ملموسی مشاهده نشد. در آخرین مرحله‌ی پیگیری، میزان تغییرات اضطراب اجتماعی نسبت به پیش آزمون، در گروه آزمایش ۴۷/۷ درصد و در گروه کنترل تنها ۰/۸ درصد بود. بدین ترتیب می‌توان گفت که طرحواره درمانی بر کاهش علایم اضطراب اجتماعی، اثر ماندگاری دارد.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیر اضطراب اجتماعی در دو گروه.

مرحله	آزمایش (N=۱۶)					کنترل (N=۱۹)				
	M	SD	%diff	Z	Sig.	M	SD	%diff	Z	Sig.
پیش آزمون	۴۸	۴/۹	۰٪	۰/۶۸۰	۰/۷	۴۸	۱/۴	۰٪	۰/۵	۰/۹
پس آزمون	۳۲/۱	۳/۷	-۳۳/۱٪	۰/۵۵۳	۰/۹	۴۸/۴	۳/۶	۰/۸٪	۰/۷	۰/۶
پیگیری اول	۲۷	۳/۳	-۴۳/۸٪	۰/۷۷۱	۰/۵	۴۸	۴	۰٪	۰/۴	۰/۹
پیگیری دوم	۲۵/۶	۳/۲	-۴۶/۷٪	۰/۸۰۴	۰/۵	۴۷/۹	۳/۹	-۰/۲٪	۰/۴	۰/۹
پیگیری سوم	۲۵/۱	۳/۹	-۴۷/۷٪	۰/۶۴۶	۰/۷	۴۸/۴	۴/۱	۰/۸٪	۰/۴	۰/۹

جدول ۳. آزمون طرح اندازه‌گیری مکرر برای متغیر وابسته اضطراب اجتماعی.

اثر	Wilks' Lambda	F	df1	df2	Sig.	η^2
عامل تکرار	۰/۲	۳۶/۴۵	۳	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷
عامل تکرار * گروه	۰/۲	۲۹/۱	۳	۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷

بحث

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی و تداوم تأثیر طرحواره درمانی به شیوه‌ی گروهی در درمان دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. طرحواره‌های ناسازگار اولیه و علایم اضطراب اجتماعی، آماج‌های اصلی درمان بودند. وضعیت بیماران قبل از درمان نشان داد که همه‌ی آنها در حوزه‌های بریدگی و طرد، دیگرجهت‌مندی و خودگردانی و عملکرد مختل، دارای نقص بوده‌اند. این یافته، با نتایج مطالعات قبلی، همخوانی دارد (۳۲،۳۱،۳۰،۱۷،۵).

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-14]

مقایسه‌ی نمرات شرکت‌کنندگان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون حاکی از آن است که طرحواره درمانی در کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه موفق بوده و همه‌ی بیماران، روند بهبود طرحواره‌ها را طی نموده‌اند. نتایج حاکی از کاهش چشمگیر فعالیت طرحواره‌های محرومیت عاطفی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم و نقص، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه بود که در فرآیند درمان فعال تشخیص داده شده بودند، در نهایت به زیر خط برش رسیدند و لذا بهبود بیماران به لحاظ بالینی نیز در این طرحواره‌ها معنادار است. همچنین، تمامی بیماران در هر پنج حوزه‌ی طرحواره، کاهش فعالیت داشته‌اند.

علاوه بر این، نتایج پژوهش حاکی از آن بود که کاهش قابل توجهی در علایم اضطراب اجتماعی شرکت‌کنندگان رخ داده و نمرات بیماران در پایان درمان در پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی (SPIN) به زیر خط برش (۴۰) رسیده است. همچنین، نتایج سه ماهه‌ی پیگیری نمره‌ی کلیه‌ی بیماران نیز روند رو به کاهشی داشته است که از نظر آماری، معنادار بود. این مسأله می‌تواند به دلیل ماهیت خودیاری طرحواره درمانی باشد، زیرا هدف نهایی طرحواره درمانی این است که مراجعه‌کنندگان، خود بتوانند با استفاده از سبک‌های مقابله‌ای سازگار، نیازهای هیجانی اساسی خود را ارضا نمایند (۱۳).

در مجموع، مدل‌های شناختی معاصر SAD بیان می‌دارند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، طرحواره‌هایی غیرانطباقی در مورد خود و رابطه‌ی خود با دیگران دارند و زمانی که در یک موقعیت اجتماعی، فعال شوند، باعث سوگیری‌های توجهی و شناختی شده و به افراد دارای اضطراب اجتماعی کمک می‌کند تا طور اختیاری یا گزینشی، به اطلاعات مرتبط با تهدید اجتماعی، توجه کنند (۱۵). فرد به واسطه‌ی تفکرات خودبخود منفی، چنان برداشت غلطی از موقعیت‌ها دارد که طرحواره تقویت می‌شود، اطلاعات مؤید طرحواره‌ها را مورد تأکید قرار می‌دهد و اطلاعات متناقض با طرحواره را به حداقل رسانده یا انکار می‌کند. این ساز و کار، به توجیه پایداری طرحواره‌ها با مرور زمان، کمک می‌کند (۳۴،۳۳).

سؤالی که در این‌جا مطرح می‌شود این است که طرحواره‌های غیر انطباقی اولیه، چگونه باعث شکل‌گیری علایم اضطراب اجتماعی و حفظ آنها می‌شوند؟ در پاسخ می‌توان گفت که تشابه مضمونی قابل ملاحظه‌ای بین طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه و سوگیری‌های شناختی مشخصه‌ی افراد دچار اضطراب اجتماعی وجود دارد. حوزه‌ی طرحواره‌ی بریدگی و طرد، شامل طرحواره‌های مشتمل بر این انتظار است که نیازهای فرد به پذیرش و احترام، به طور قابل پیش‌بینی برآورده نخواهند شد. همان‌طور که ذکر شد، ترس از طرد شدن و ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران، نقش اصلی در شکل‌گیری اضطراب اجتماعی و حفظ آن ایفا می‌کند (۳۵). افراد دچار اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی، عواقب فجیعی را از لحاظ از دست دادن شأن و مرتبه‌ی خود و طرد شدن پیش‌بینی می‌کنند (۳۶). علاوه بر این، حوزه‌ی بریدگی و طرد، شامل طرحواره‌ی نقص یا شرم است و این باور را توصیف می‌کند که فرد از جهاتی با اهمیت، دچار نقص، مطرود یا بی‌اعتبار است. مضمون این طرحواره با ادراک منفی از خود، به عنوان یک موجود اجتماعی که یک فرد مضطرب اجتماعی به نمایش می‌گذارد، سازگاری دارد (۳۸-۳۶).

حوزه‌ی استقلال ناقص، متشکل از توقعات درباره‌ی خود و محیط است که در ظرفیت ادراکی فرد برای کار کردن مستقل یا عمل کردن با موفقیت، دخالت می‌کند. این حوزه، شامل طرحواره‌ی شکست است و این باور را تشریح می‌کند که شخص شکست خورده به طور اجتناب ناپذیر، باز هم با شکست مواجه خواهد شد یا اینکه از پایه و اساس در زمینه‌ی موفقیت به نسبت همتایان خود، ناکارآمد و بی‌کفایت است. این مضمون با باورهای شخص مضطرب اجتماعی، مبنی بر اینکه دیگران از نظر اجتماعی کارآمدتر و توانمندترند و خودش در موقعیت‌های اجتماعی خیلی دست و پا چلفتی عمل خواهد کرد، سازگاری دارد.

نتایج، به طرحواره‌های حوزه‌ی هدایت توسط دیگران اشاره دارند که به طرز خاصی برای اضطراب اجتماعی بجا هستند. این حوزه شامل طرحواره‌ی اطاعت، ایثار، پذیرش و جلب توجه است و در مجموع، شامل توجه افراطی به امیال و خواسته‌های دیگران، به بهای فدا کردن نیازهای خود است. اطاعت، متضمن واگذاری افراطی کنترل به دیگران است، چون فرد حس انقیاد یا اجتناب از طرد شدن را دارد. پذیرش و جلب توجه، نشانگر دغدغه‌ی افراطی در مورد تأیید دیگران و راضی نمودن آنهاست. پس این طرحواره‌ها، هم با انگیزه‌ی شدید افراد دچار اضطراب اجتماعی برای گذاشتن تأثیر خوب در ذهن دیگران و اجتناب از طرد شدن توسط آنها و با میل به خودنمایی کمال‌گرا، سازگاری دارد. طرحواره‌های تأییدجویی، شباهت زیادی به نظریه‌ی خودنمایی کمال‌گرا دارند. نپون و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند دانشجویانی که در رابطه با خودنمایی کمال‌گرا شامل آرزوی کامل به نظر دیگران رسیدن، نمره‌ی بالایی گرفتند، نشخوار ذهنی میان‌فردی بیشتری را

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-14]

نشان دادند که به نوبه‌ی خود، با علایم اضطراب اجتماعی همراه بود (۳۹). در واقع، طرحواره‌ی دیگرجهت‌مندی، پیش‌بین تفکر خودبخود شکست مورد انتظار بوده و این تفکر به وخیم‌تر شدن طرحواره‌ی خودگردانی و عملکرد مختل، کمک می‌کند (۵).

این طرحواره‌ها باعث افزایش این احتمال می‌شوند که افراد، تفکرات خودبخود منفی مرتبط با این انتظار را تجربه می‌کنند که شکست خواهند خورد و مورد ارزیابی منفی دیگران قرار خواهند گرفت و اینها جنبه‌هایی هستند که به طور فراگیر توسط بیشتر مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی، تعریف شده‌اند (۱۲،۴۰،۴۱،۴۲،۴۳).

بنابراین، طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه، به هنگام مواجهه‌ی فرد با موقعیت‌های اجتماعی، پردازش اطلاعاتی را هدایت می‌کنند که به تفکرات خودبخود اضطرابی بارز منتهی می‌شود، مثلاً اینکه شکست خواهند خورد و از نظر دیگران به طور منفی ارزیابی خواهند شد، که آن هم به نوبه‌ی خود، واکنش‌های اضطرابی را تحریک می‌کند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان می‌دهد که طرحواره‌های غیرانطباقی اولیه در حوزه‌ی بریدگی و طرد، دیگرجهت‌مندی و خودگردانی و عملکرد مختل، یک نقش کلیدی در شکل‌گیری و حفظ اختلال اضطراب اجتماعی، ایفا می‌کنند. همچنین، طرحواره درمانی، در کاهش علایم اضطراب اجتماعی و فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است.

REFERENCES

1. Hedman E, Strom P, Stunkel A, Mortberg E. Shame and guilt in social anxiety and association with social anxiety and depressive symptoms. PLoS ONE 2013; 8(4): e 61713.

2. Lampe LA. Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. Aust NZ J Psychiatry 2009; 43: 887-98.

3. Wells AQ, Carter K. Generalized anxiety disorder. In: Carr A, Mcnulty QM, editors. The handbook of adult clinical psychology. London: Rutledge; 2006. p. 423-57.

4. Fehm L, Beesdo K, Jacobi F, Fiedler A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2008; 43: 257-65.

5. Calvete E, Orue I, Hankin BL. Early maladaptive schemas and social anxiety in adolrscents: The mediatining role of anxious automatic thoughts. J Anxiety Disord 2013; 27: 278-88.

6. Nicholson C. What to do about social anxiety disorder. Harverd Women's Health Watch 2008; 16: 4.

7. Demir T, Karacetin G, Eralp Demir D, Uysal O. Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. Eur Psychiatry 2013; 28: 64-9.

8. Wong N, Sarver DE, Beidel DC. Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. J Anxiety Disord 2012; 26: 50-7.

9. Weidman AC, Fernandez KC, Levinson CA, Augustine AA, Larsen RJ, Rodebaugh TL. Compensatory internet use among individuals higher in social anxiety and its implications for well-being. Pers Individ Differ 2012; 53: 191-5.

10. Romm KL, Melle I, Thorsen C, Andreassen OA, Rossberg JI. Severe social anxiety in early psychosis in associated with poor premorbid functioning, depression, and reduced quality of life. Compre Psychiatry 2012; 53: 434-40.

11. Furmark T. Social phobia: Overview of community surveys. J Clin Psychiatry 2002; 105: 84-93.

12. Rapee RM, Heimnerg RG. A cognitive-behavioural model anxiety in social phobia. Behav Res Ther 1997; 35: 741-56.

13. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Schema therapy: a practitioner's guide. New York: Guilford 2003; Translated by Hamidpour H, Andouz A. Tehran: Arjmand Publications. (Text in Persian)

14. Wong QJJ, Moulds ML. The relationship between the maladaptive self-beliefs characteristic of social and avoidance. J Behav Ther Exp Psychiatry 2011; 42: 171-8.

15. Heimberg RC, Brozovich FA, Rapee RM. A cognitive behavioral model of social anxiety disorder: update and extension. In: Hofmann SG, DiBartolo PM, editors. Social anxiety: clinical, developmental, and social perspectives. San Diego, CA: Elsevier Academic Press; 2010. p. 395-422.

16. Wilson JK, Rapee RM. Self- concept certainly in social phobia. Beh Res Ther 2006; 44: 113-36.

17. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early maladaptive schemas and social phobia. Cogn Ther Res 2006; 30: 571-84.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-14]

18. Rapee RM, Macleod C, Carpenter L, Gaston JE, Frei J, Peters L, *et al*. Integrating cognitive bias modification into a standad cognitive behavioural treatment package for social phobia: A randomized controlled trial. Behav Res Ther 2013; 51: 207-15.

19. Hudson JL, Rapee RM, Lyneham HJ, Wuthrich V, Schniering CA. Treatment outcome rates for children with social phobia. World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies; 2010.

20. Gall M, Borg W, Gall B. Qualitative and quantitative research methods in education and psychology. Translated by Nasr A, *et al*. Tehran: Agah and Shahid Beheshti University Publications; 2003. (Text in Persian)

21. Ahadi H, Meschi F, Imani F, Rahgozar M. Comparision of the clinical pattern of personality based on Millon Clinical Multiaxial Inventory in women. J Soc Women 2011; 2(4): 49-72.

22. Dugas MJQ, RobiChaud M. Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder. Rutledge: Taylor and Fransis; 2007.

23. Segal DL. Structured interviewing and DSM classification. In: Turner SM, Hersen QM, editors. Adult psychopatology and diagnosis. New York: Wiley; 1997. p. 24-57.

24. Tran GQ, Smith GP. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In: Haynes SN, Heiby EM, editors, Comprehensive handbook of psychological assessment. New York: Wiley; 2004. p. 269-90.

25. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, *et al*. Reliability of the Persian version of the structured clinical interview for diagnostic and applicable for DSM-IV (SCID). J Cogn Sci 2004; 6: 10-22. (Full Text in Persian)

26. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherweed A, Foa EB. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). Br J Psychiatry 2000; 176: 379-86.

27. Afzali MH. Style and defense mechanism in patient with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and social phobia disorder (MA dissertation). Tehran: Tarbiat Modares University; 2008. (Text in Persian)

28. Abdi M. Misinterpretation in social phobic patients (Dissertation). Tehran: Tehran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute; 2003. (Text in Persian)

29. Khorshidzadeh M, Borjali A, Sohrabi F, Delavar A. Effectiveness of schema therapy for women with social anxiety disorder. Res Clin Psychol Couns 2011; 1(2): 5-24. (Full Text in Persian)

30. Gonzales Dies Z, Calvete Zumalde E, Orue Sola I. Early maladaptive schemas and social anxiety: The moderating effect of avoidant vs. overcompensation coping. The 20th European Congress of Psychiatry; 2012.

31. Calvete E, Orue I. Ansiedad socialy esquemas cognitivos dysfunctional (Social anxiety and early maladaptive schemas). Psicología Conductual 2008; 16: 5-21.

32. Hinrichsen H, Waller G, Emanuelli F. Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: associations with core beliefs. J Nerv Ment Dis 2004; 192: 784-7.

33. Rijkeboer MM, Van den Bergh H, Van den Bout J. Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus nonclinical sample. J Behav Ther Exp Psychiatry 2005; 36:129-44.

34. Riso LP, Froman SE, Raouf M, Gable P, Maddux RE, Turini-Santorelli N, *et al*. The long-term stability of early maladaptive schemas. Cogn Ther Res 2006; 30: 515-29.

35. Weeks JW, Howell AN. The bivalent fear of evaluation model of social anxiety: further integrating findings on fears of positive and negative evaluation. Cogn Behav Ther 2012; 41: 83-95.

36. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heim-Berg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York: Guildford Press; 1995. p. 69-93.

37. Hofmann SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. Cogn Behav Ther 2007; 36: 193-209.

38. Ledley DR, Heimberg RG. Cognitive vulnerability to social anxiety. J Soc Clin Psychol 2006; 25: 755-78.

39. Nepon T, Flett G, Hewitt PL, Molnar DS. Perfectionism, negative social feedback, and interpersonal rumination in depression and social anxiety. Can J Behav Sci 2011; 43: 297-308.

40. Gros DF, Simms LJ, Antony MM, McCabe RE. Development and psychometric evaluation of the multidimensional assessment of social anxiety (MASA). J Clin Psychol 2012; 68(4): 432-47.

41. Stopa L, Clark DM. Social phobia and interpretation of social events. Behav Res Ther 2000; 38: 273-83.

42. Weeks JW, Heimberg RG, Fresco DM, Hart TA, Turk CL, Schnieier FR, *et al*. Empirical validation and psychometric evaluation of the brief fear of negative evaluation scale in patients with social anxiety disorder. Psychol Assess 2005; 17: 179-90.

43. Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders. A practice manual and conceptual guide. Chichester: Wiley; 1997.

[Downloaded from pajoohande.sbmu.ac.ir on 2026-10-14]