

اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی*

فرزاد قادری^۱

مهرداد کلانتری^۲

حسینعلی مهرابی^۳

تاریخ وصول: ۹۴/۱۲/۱۰

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۲۰

چکیده

هدف پژوهش تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) در دانشجویان بود. روش پژوهش از نوع نیمه تجربی و همراه با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. بدین منظور ۲۰ نفر از دانشجویان پسر دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی از دانشگاه اصفهان به شیوه داوطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند ($n_1 = n_2 = 10$). سپس طرحواره درمانی گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت جلسات هفتگی بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزار پژوهش پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی (SPIN) و مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ_SF) بود. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که بین میانگین نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پس‌آزمون در دو گروه تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود و طرحواره درمانی موجب کاهش معنادار نمرات تمامی طرحواره‌های ناسازگار اولیه به جز دو طرحواره رهاشدگی/بی‌ثباتی و اطاعت در افراد گروه آزمایش شده است. یافته‌ها همچنین نشان داد طرحواره درمانی علائم اختلال اضطراب اجتماعی را نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون به میزان معناداری کاهش می‌دهد. نتایج بیانگر آن بود که این تغییر در نمرات کل و ابعاد علائم ترس و اجتناب معنادار و بر بعد ناراحتی فیزیولوژیک معنادار نبود ($p < 0.05$). می‌توان گفت که طرحواره درمانی برای اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی از اثربخشی لازم برخوردار است.

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی نویسنده مسئول می‌باشد.

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول) ghaderi68@yahoo.com

۲. دانشیار روانشناسی دانشگاه اصفهان kalantari-m@yahoo.com

۳. استادیار روانشناسی دانشگاه اصفهان mehrabihosseini@yahoo.com

واژگان کلیدی: طرحواره درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اختلال اضطراب

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ به عنوان شایعترین اختلال از طبقه اختلال‌های اضطرابی (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳)، یکی از رایجترین بیماری‌های روان‌شناختی (لمپ^۳، ۲۰۰۹؛ گارسیا لویز، الیوارس، بیدل، آلبانو، ترنر و روسا^۴، ۲۰۰۶) و سومین اختلال روانی از نظر شیوع بین جمعیت عمومی (فهم، بسدو، جاکوبی و فیدلر^۵، ۲۰۰۸)؛ به ترس یا اضطراب شدید نسبت به یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی که در آن شخص در معرض توجه و دقت دیگران قرار می‌گیرد، اطلاق می‌شود. شخص می‌ترسد به گونه‌ای رفتار کند که موجب تحقیر و شرمندگی او گردد و یا مورد ارزیابی منفی قرار گیرد. شیوع کلی این اختلال ۱۳-۳٪ می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). بررسی شیوع این اختلال در جامعه ایران، نشانگر شیوع ۱۰/۱ درصدی، با برتری زنان نسبت به مردان می‌باشد (طالع پسند و نوکانی، ۲۰۱۰). این اختلال اگر درمان نشود با دوره‌ای مزمن و پنهان همراه می‌گردد (لمپ، ۲۰۰۹) و اختلال اساسی در کار و حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی و شخصی ایجاد کرده و سبب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (استین^۶ و همکاران، ۲۰۰۵؛ آدرکا^۷ و همکاران، ۲۰۱۲). جوانان مضطرب اجتماعی به طور کلی مرادفات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبرو می‌شوند (مک آلوی، کاستانگویا و گلدفرد^۸، ۲۰۱۴؛ دریمان، گاردنر، ویکز و هیمبرگ^۹، ۲۰۱۶) این اختلال زمینه‌ساز اختلال‌های شخصیتی، خلقی، اضطرابی و اختلال‌های مرتبط با مواد است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

1. social anxiety disorder
2. American Psychiatric Association
3. Lampe
4. Garcia-Lopez, Olivares, Beidel, Albano, Turner & Rosa
5. Fehm, Beesdo, Jacobi & Fiedler
6. Stein
7. Aderka
8. McAleavey, Castonguay, Goldfried
9. Dryman, Gardner, Weeks, Heimberg

نتایج تحقیقات لمپ (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که عوامل شناختی، اختلال اضطراب اجتماعی را حفظ می‌کنند و نوعی از عوامل شناختی که در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۱ هستند. طرحواره‌ها، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان، شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته، به عنوان الگوهایی برای پردازش تجربیات بعدی به کار گرفته شده (رافائل، یانگ و برتیشن، ۲۰۱۱؛ به نقل از دارابی، برجعلی و اعظمی، ۱۳۹۳)، و می‌توانند استرس، نگرش ناکارآمد، سبک تبیینی بدبینانه، ناامیدی و درماندگی را در موقعیت‌ها و رویدادهای مختلف زندگی فعال کنند و منجر به اشکال مختلفی از آشفتگی‌های روان شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، عدم توانایی شغلی، سوء مصرف مواد، تعارضات بین فردی، اختلال‌های شخصیت و بسیاری از اختلال‌های مزمن روانی شوند (روفلکس، اونکلس و موریس، ۲۰۱۳).

یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد و افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی طرحواره‌هایی در حوزه‌های مختلف طرحواره‌ها دارند (ویلسون و ریپی، ۲۰۰۶، نجفعلی بیگی، ۱۳۹۰؛ حسنوند عموزاده، حسنوند عموزاده و قدم پور، ۱۳۹۲؛ کالوت، اورو و هانکین، ۲۰۱۳؛ محمدی و نشاط دوست، ۱۳۹۴؛ سراج خرمی و زادحسن، ۱۳۹۵). گاوایا، کاستیلهو، گالهاردو و کنها^۵ (۲۰۰۶)، نشان دادند که طرحواره‌های بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی با سایر بیماران مبتلا به دیگر اختلال‌های اضطرابی و گروه کنترل متفاوت است؛ افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در اغلب زیرمقیاس‌های پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ نسبت به گروه کنترل نمرات بالایی کسب نمودند، و در طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد نمرات بالاتری را نسبت به بیماران مبتلا به سایر اختلالات اضطرابی به دست آوردند. طرحواره‌های بی‌اعتمادی/ بدرفتاری و عدم محبوبیت اجتماعی، نقص، استحقاق، محرومیت هیجانی و معیارهای سرسختانه بیشترین واریانس را در نمونه این تحقیق تبیین کردند. کالوت و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی نشان دادند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه منطبق با مدل‌های سلسله مراتبی شناختی اضطراب

1. early maladaptive schemas
2. Roelofs, Onckels, Muris,
3. Wilson & Rapee
4. Calvete, Orue, Hankin
5. Pinto- Gouveia, Castilho, Galharido, & Cunha

اجتماعی بر سطوح لایه‌های افکار تاثیر گذاشته و متقابلاً این سطوح افکار در تداوم طرحواره‌ها نقش دارند. این محققان بیان می‌دارند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در ایجاد و نگهداری اضطراب اجتماعی نقش دارند. نتایج حاصل از پژوهش امامی عزت (۱۳۹۳) حاکی از آن است که اضطراب اجتماعی نه تنها از بدکارکردی شناختی در قالب طرحواره‌های ناسازگار تأثیر می‌پذیرد، بلکه نشانه‌های این اختلال بواسطه بدتنظیمی‌های هیجانی، تشدید می‌شود به نحوی که اثرات منفی شناخت‌واره‌های معیوب بر اضطراب اجتماعی از طریق عملکرد معیوب تنظیم هیجانی افزون‌تر می‌گردد و باعث تشدید علائم اضطراب اجتماعی می‌شود.

تاکنون تکنیک‌ها و روش‌های متعددی برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی به کار برده شده است، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد هرکدام از این روش‌های درمانی اثر ویژه‌ای بر اضطراب اجتماعی دارند و فقط تا حدی در درمان این اختلال مؤثرند (کلارک و فربورن، ۱۳۸۰). در چند دهه‌ی اخیر رویکردی که در زمینه‌ی اختلالات خلقی و اضطرابی خود را نشان داده است، رویکرد درمانی شناختی-رفتاری بوده است، اگرچه سودمندی این درمان برای اختلال اضطراب اجتماعی به طور کلی نشان داده شده است، اما بسیاری از مبتلایان به این اختلال از این درمان سودی نمی‌برند (ایکارتورک، کیوجیپرز، وان استارتن، دی گراف، ۲۰۰۹؛ گوردن، وونگ و هیمبرگ، ۲۰۱۴؛ میو-ویلسون و همکاران، ۲۰۱۴). در ارتباط با الگوی شناختی-رفتاری سنتی برای اضطراب اجتماعی، هافمن^۴ (۲۰۰۷) اظهار می‌دارد که با وجود آنکه تحقیقات زیادی بر این اساس انجام شده، راهبردهای درمانی مبتنی بر آن، فقط آثار محدودی را نشان داده‌اند. موسکویچ^۵ (۲۰۰۹) نیز مدعی است که درصد معناداری از افرادی که تحت درمان‌های شناختی رفتاری (موجود) برای اضطراب اجتماعی قرار می‌گیرند، در انتهای درمان هنوز واجد نشانه‌ها هستند و حتی در درصد بالایی از آن‌ها، نشانه‌ها در مرحله‌ی پیگیری همچنان باقی می‌مانند.

از دیگر سو پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بایستی برای افزایش کارایی درمان‌های شناختی-رفتاری به مؤلفه‌های بین فردی و هیجانی این افراد بیشتر توجه شود (بوروک، نیومن و کاستن

1. Acarturk, Cuijpers, van Straten, & de Graaf
2. Gordon, Wong & Heimberg
3. Mayo-Wilson
4. Hoffman
5. Moscovitch

گوای^۱، ۲۰۰۴). در حوزه‌ی اختلال‌های اضطرابی این مساله نیز توجه متخصصان را به خود جلب کرده است که نقش عوامل زمینه ساز در شکل گیری این اختلال‌ها را باید مدنظر قرار داد و نادیده انگاری آن‌ها ممکن است بر نتایج درمان و مفهوم سازی اختلال‌ها تاثیر بگذارد (حمیدپور، ۱۳۸۸؛ به نقل از خورشیدزاده، برجعلی، سهرابی، دلاور، ۱۳۹۰). درک بهتر مکانیسم‌های زیربنایی اضطراب اجتماعی متضمن افزایش روش‌های مختلف درمانی و درمان مناسب با توجه به نیازهای مختلف افراد است (آماندا^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). این امر اهمیت طراحی درمانی را که کارآمدتر باشد و جنبه‌های مختلف اضطراب اجتماعی را پوشش دهد، بیش از پیش روشن می‌سازد. بنابراین پژوهش حاضر درصدد است الگوی طرحواره درمانی^۳ یانگ را که مدعی است به منظور تعدیل و برطرف کردن خلأهای نظریه‌های شناختی - رفتاری شکل گرفته است، برای درمان این اختلال به کار گیرد.

طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری سنتی بنا شده است و اصول و مبانی مکتب‌های شناختی - رفتاری، دلبستگی، روابط شیء، گشتالت، سازنده گرایی و روانکاوی را در قالب یک مدل درمانی و مفهومی تلفیق کرده است (کلوگ و یانگ^۴، ۲۰۰۶). مفهوم کلیدی این رویکرد «طرحواره‌های ناسازگار اولیه» است (سمپترگوی، کارمن، آرنتز و بکر^۵، ۲۰۱۳). طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه‌ی این مدل روان درمانی، ایجاد آگاهی روان شناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (یانگ، کلوسکو و ویشار، ۱۳۹۱).

1. Borrovec, Newman & Castonguay
2. Amanda. Morrison, Faith, Brozovich, Ihno
3. schema therapy
4. Kellogg & Young
5. Sempértegui, Karreman, Arntz & Bekker

در سال‌های اخیر طرحواره درمانی بیشتر برای اختلال شخصیت مرزی به کار برده شده است (فارل، شاو و وبر^۱، ۲۰۰۹؛ آرنتز، کوکمن و سیسوریدا^۲، ۲۰۰۵). اما برخی از متخصصان معتقدند که می‌توان طرحواره درمانی را برای سایر اختلالات نیز استفاده کرد و تحقیقات اولیه نیز نشان می‌دهد که طرحواره درمانی می‌تواند به طور موفقیت آمیزی به درمان اختلالات خلقی و اضطرابی توسعه داده شود؛ اما در حال حاضر ضرورت انجام تحقیقات بیشتر در این مورد و سود بردن از این درمان برای اختلالات خلقی و اضطرابی لازم به نظر می‌رسد (هاوک و پروونچر^۳، ۲۰۱۱).

پژوهشگران در یافته‌های خود اثربخشی طرحواره درمانی را در کاهش نشانه‌های مرضی و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه (موریسون^۴، ۲۰۰۰؛ ژیلین، فیلیپ، ماهلی و اسکیل^۵، ۲۰۰۳؛ سسرو^۶، ۲۰۰۱؛ هافارت، ورسلند و سکستون^۷، ۲۰۰۲؛ مانسی^۸، ۲۰۰۷؛ گیسن بلو^۹ و همکاران، ۲۰۰۶). اضطراب (کوکرام، دروموند و لی^{۱۰}، ۲۰۱۰)، اضطراب فراگیر (حمیدپور، دولتشاهی، پورشهباز، دادخواه، ۱۳۸۹)، اختلالات خوردن (سیمپسون، مارو، وان و رید^{۱۱}، ۲۰۱۰؛ شریفی و اعتمادی، ۱۳۹۱)، افسردگی (هانس و جان^{۱۲}، ۲۰۰۵؛ طباطبایی برزکی، سهرابی و کریمی زارچی، ۱۳۹۱؛ یارمحمدی واصل، ۱۳۹۱)، درمان خود بیمار پنداری (قربانعلی پور و اسماعیلی، ۱۳۹۱) و اختلال دوقطبی (هاوک و پروونچر، ۲۰۱۳) تایید کرده‌اند.

هافارت و همکاران (۲۰۰۲) دریافتند که درمان متمرکز بر طرحواره در کار گروهی با کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی همراه بوده است. نتایج پژوهش خورشیدزاده و همکاران (۱۳۹۰) نشان داد که طرحواره درمانی در کاهش ترس و اضطراب، اجتناب و

-
1. Farrell, Shaw & Webber
 2. Arntz, klokman & Sieswerda
 3. Hawke & Provencher
 4. Morrison
 5. Jilian, Phili, Mahli & Skille
 6. Cecero
 7. Hoffort, Vesrland & Sexton
 8. Muncey
 9. Giesen-Bloo
 10. Cockram, Drummond & Lee
 11. Simpson, Morrow, van & Reid
 12. Hans & John

فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه و همچنین در درمان اختلال اضطراب اجتماعی زنان از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است. حسینی کوپایی (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان داد طرحواره درمانی در کاهش علائم فوبی اجتماعی مزمن، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب و در عین حال افزایش عزت نفس زنان مؤثر است. بنا به گفته‌ی یانگ (۱۳۹۱)، طرحواره درمانی گروهی برای گروه‌هایی که اعضای آن شباهت زیادی به هم دارند می‌تواند بسیار مفید باشد و گروه درمانی، موقعیتی است که طرحواره‌های بیمار ممکن است آشکار شوند، هاوتون (۱۳۸۱) نیز معتقد است شباهت‌های بین افراد مبتلا به یک نوع اضطراب خاص (از جمله اضطراب اجتماعی) آن‌ها را مستعد درمان‌های گروهی می‌سازد.

با توجه به مواردی از قبیل این که اختلال اضطراب اجتماعی در سنین اوج استقلال طلبی فرد بروز کرده و بهبود خود به خودی آن بسیار اندک است، و از آنجا که قشر بزرگی از جامعه را دانشجویان تشکیل می‌دهند که بیشتر از دیگران با فعالیت‌های اجتماعی از قبیل سخنرانی در جمع، فعالیت در حضور دیگران و تعامل اجتماعی سروکار دارند، و به دلیل عوارضی نظیر افت تحصیلی که اضطراب بر دانشجویان می‌گذارد و آن را به عنوان یکی از مشکلات آموزشی دانشگاه‌های سراسر کشور مطرح کرده است (محقق، دوستی، جعفری، ۱۳۹۴)، همچنین با توجه به شواهدی که در حمایت از نقش زیربنایی طرحواره‌های ناکارآمد در اختلال اضطراب اجتماعی دارد، و با توجه به این که پژوهشگران، طرحواره‌های ناسازگار اولیه مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی را آماج مناسبی برای رویکرد طرحواره‌درمانی تلقی می‌نمایند (ویلسون و رپی، ۲۰۰۶؛ کالوت و اریو، ۲۰۰۸)، و پیشینه پژوهشی که نشان می‌دهد جز مطالعه خورشیدزاده و همکاران (۱۳۹۰) و حسینی کوپایی (۱۳۹۱) که طرحواره درمانی را به شیوه مورد منفرد و بر روی جامعه زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی اجرا کرده‌اند؛ کمتر پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر اختلال مذکور بخصوص بر روی جامعه پسران و دانشجویان پرداخته است، این پژوهش با هدف آزمون اثربخشی طرحواره درمانی به شیوه گروهی در تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال در دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت. فرضیه پژوهش این بود که طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال در دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و تجربی همراه با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کلیه‌ی دانشجویان پسر دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بودند. حجم نمونه مورد نظر برای پژوهش حاضر ۲۰ نفر از دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی از بین دانشجویان پسر دانشگاه اصفهان بودند که با استفاده از مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN) و به شیوه نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب شدند و به طور تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ($n_1=n_2=10$).

ابزار پژوهش: در این پژوهش جهت بررسی آزمودنی‌ها و گردآوری داده‌ها از مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (YSQ_SF) و مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN) استفاده شد.

فرم کوتاه پرسش‌نامه‌ی طرحواره‌ی یانگ (YSQ_SF): برای اندازه‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، از پرسشنامه‌ای که یانگ با ۷۵ سوال و ۱۵ طرحواره ناسازگار اولیه شامل محرومیت هیجانی، طرد/رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر، گرفتاری/در دام افتادگی، اطاعت، از خود گذشتگی، بازدارای هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویش‌داری و خودانضباطی ناکافی تهیه و آماده اجرا کرده استفاده شد. هر پنج سؤال این پرسش‌نامه مربوط به یک طرحواره و برای بدست آوردن نمره‌ی طرحواره‌ها، میانگین نمره در هر ۵ سؤال محاسبه می‌گردد. اولین پژوهش جامع در مورد ویژگی‌های روانسنجی این طرحواره‌ها را اسمیت، جونز، یانگ و تلچ^۱ (۱۹۹۵)؛ به نقل از یانگ و همکاران، (۱۳۹۱) انجام دادند؛ ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیربالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسش‌نامه بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به دست آمد. این پرسش‌نامه را آهی (۱۳۸۵)؛ به نقل از یوسف نژاد شیروانی و پیوسته گر، (۱۳۹۰) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را بر حسب آلفای کرونباخ در گروه زنان ۰/۹۷ و در گروه مردان ۰/۹۸ گزارش کرده است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۷۵ به دست آمد.

1. Smith, Jones & Yungoothlech

پرسش‌نامه هراس اجتماعی^۱ (SPIN): این پرسش‌نامه را کانور، دویدسون و ویسلر^۲ (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی ساخته‌اند. پرسش‌نامه دارای ۱۷ ماده است که برای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) و بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، درجه بندی می‌شود، هر ماده یا پرسش با پنج گزینه ۳ به هیچ وجه (نمره صفر)، کم (نمره یک)، به شکل معمول (نمره دو)، خیلی زیاد (نمره سه)، بی نهایت (نمره چهار) پاسخ داده شده و نمره گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. در پژوهشی مؤمنی (۱۳۸۴؛ به نقل از ملیانی، شعیری، قائدی، بختیاری و طاولی، ۱۳۸۸) آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۸۸ و ضریب اعتبار آن را به کمک آزمون اسپیرمن براون برابر ۰/۸۷ گزارش کرد. ملیانی و همکاران (۱۳۸۸) اعتبار این پرسش‌نامه را با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و مزیت همسانی درونی آن (ضریب آلفا) را در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش داده‌اند. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر ۰/۷۶ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: با استفاده از اجرای مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN) و پس از ابراز تمایل و اعلام رضایت برای شرکت در کار پژوهشی ۲۰ نفر از دانشجویان پسر دارای ملاک‌های ورود جهت انجام پژوهش انتخاب شدند. ملاک‌های ورود جهت انتخاب آزمودنی‌های این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص علایم اضطراب اجتماعی بر اساس پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی و مصاحبه تشخیصی، نداشتن تشخیص سایر اختلالات روانی شدید و حیطة سنی ۱۸ تا ۲۵ سال. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل نداشتن هر یک از ملاک‌های ورودی فوق و یا مصرف دارو یا هر مداخله دیگر در حین برگزاری جلسات و شرکت نکردن در یک سوم از جلسات درمان بود. قبل از اجرای متغیر مستقل (طرحواره درمانی)، آزمودنی‌های انتخاب شده در دو گروه به وسیله مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مقیاس اضطراب اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس مداخله گروهی طرحواره محور بر اساس دستورالعمل و تکنیک‌های طرحواره درمانی (اقتباس از یانگ و همکاران، ۱۳۹۱) طی ۸ جلسه به صورت جلسات هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. خلاصه ساختار جلسات درمانی در زیر آمده است.

1. social phobia inventory
2. Cannor, Davidson & Weisler

جلسات اول و دوم به اجرای مرحله سنجش و آموزش طرحواره درمانی، بیان دستورالعمل‌ها و قوانین کلی کار گروهی، توضیح مدل طرحواره درمانی به زبانی ساده و شفاف برای آزمودنی‌ها گذشت. هدف از این دو جلسه مقدماتی این بود که آزمودنی‌ها به ماهیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی آن‌ها و همچنین سازو کار آن‌ها پی ببرند. در پایان دو جلسه اول ماهیت اختلال اضطراب اجتماعی طبق رویکرد طرحواره درمانی فرمول بندی شد.

جلسات سوم و چهارم مربوط به معرفی، آموزش و به کارگیری تکنیک‌های شناختی چالش با طرحواره‌ها مانند آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تاییدکننده طرحواره، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه ناسالم طرحواره، تدوین کارت آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره بود. هدف از آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی این بود که آزمودنی‌ها با به کارگیری فنون شناختی یاد بگیرند در مقابل طرحواره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرحواره را زیر سؤال ببرند.

در جلسات پنجم و ششم تکنیک‌های هیجانی (تجربی) معرفی و آموزش داده شد تا آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی بپردازند. معرفی و انجام تکنیک‌های گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری اساس دستورالعمل مداخله و کار گروهی در این جلسات با هدف کمک به آزمودنی‌ها برای مبارزه با طرحواره‌ها در سطح هیجانی بود تا بیماران با استفاده از فنون تجربی مثل تصویر سازی ذهنی و برقراری گفتگو، خشم و ناراحتی خود را نسبت به حوادث دوران کودکی شان ابراز کنند و چرخه تداوم طرحواره را در سطح هیجانی بشکنند.

جلسات هفتم و هشتم به آموزش و اجرای تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری، ترغیب آزمودنی‌ها برای رها کردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله‌ای کارآمد: مثل تغییر رفتار، انگیزه آفرینی، بازنگری مزایا و معایب ادامه رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آماده کردن افراد برای ختم جلسات گذشت. در این دوره زمانی، آزمودنی‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و درمان یا مداخله‌ای دریافت نکردند و صرفاً مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از اتمام جلسات درمان، از آزمودنی‌های دو گروه مجدداً مقیاس طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مقیاس اضطراب اجتماعی به عنوان پس آزمون

به عمل آمد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS ویراست ۲۱ و روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) تحلیل شد.

یافته‌های پژوهش

میانگین سنی گروه آزمایش ۲۱/۶۶ و میانگین سنی گروه کنترل ۲۳/۱ سال بود. لازم به ذکر است که در پایان درمان به علت شرکت نکردن در بیش از نیمی از جلسات درمان، یکی از اعضای گروه آزمایش از پژوهش کنار گذاشته شد و حجم نمونه گروه آزمایش به ۹ نفر رسید. جداول ۱ و ۲ شاخص‌های توصیفی نمرات علایم اضطراب اجتماعی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی علایم اضطراب اجتماعی به تفکیک عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله	آزمایش (n=۹)		کنترل (n=۱۰)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ترس	پیش آزمون	۱۶/۴۴	۲/۲۴	۱۴/۳۰	۱/۲۵
	پس آزمون	۱۱/۱۱	۱/۸۳	۱۴/۱۰	۱/۱۹
اجتناب	پیش آزمون	۱۶/۳۳	۲	۱۵/۸	۲/۷۴
	پس آزمون	۱۱/۴۴	۳/۲۸	۱۵/۳۰	۲/۳۱
ناراحتی فیزیولوژیک	پیش آزمون	۹/۲۲	۲/۴۸	۸/۵۰	۱/۷۱
	پس آزمون	۷	۲/۲۳	۸/۵۰	۱/۷۱
نمره کل	پیش آزمون	۴۲	۲/۹۱	۳۹/۱۰	۲/۷۲
	پس آزمون	۲۹/۵۵	۴/۰۶	۳۸/۲۰	۲/۰۹

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

متغیر	مرحله	آزمایش (n=۹)		کنترل (n=۱۰)	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
محرومیت هیجانی	پیش آزمون	۲۳/۱۱	۲/۹۳	۱۷/۶۰	۵/۵۴
	پس آزمون	۱۵/۱۱	۲/۰۲	۱۷/۷۰	۵/۶۱
رهاشدگی / بی‌ثباتی	پیش آزمون	۱۸/۸۸	۶/۳۵	۱۵/۹۰	۴/۴۰
	پس آزمون	۱۴/۴۴	۳/۷۴	۱۵/۳۰	۴/۱۶
بی‌اعتمادی / بدرفتاری	پیش آزمون	۲۱/۵۵	۲/۴۵	۲۱/۹۰	۱/۷۹
	پس آزمون	۱۳/۶۶	۱/۷۳	۲۲/۱۰	۱/۵۹

۲/۷۵	۲۵/۶۰	۳/۸۷	۲۳/۳۳	پیش آزمون	انزوای اجتماعی / بیگانگی
۳/۲۵	۲۵/۲۰	۲/۹۰	۱۴/۲۲	پس آزمون	
۳/۲۴	۲۳/۵۰	۳/۰۵	۲۲/۸۸	پیش آزمون	نقص / شرم
۲/۶۵	۲۲/۲۰	۲/۵۰	۱۳/۶۶	پس آزمون	
۵/۴۸	۲۲/۱۰	۴/۲۷	۲۲/۴۴	پیش آزمون	شکست
۵/۳۱	۲۱/۷۰	۲/۵۸	۱۴/۲۲	پس آزمون	
۴/۶۳	۱۲/۸۰	۴/۱۶	۱۸/۸۸	پیش آزمون	وابستگی / بی کفایتی
۴/۷۳	۱۲/۳۰	۲/۴۰	۱۱/۵۵	پس آزمون	
۴/۱۱	۱۶/۶۰	۳/۹۰	۱۸	پیش آزمون	آسیب پذیری نسبت به ضرر و بیماری
۳/۹۴	۱۶/۳۰	۲/۲۰	۱۰/۸۸	پس آزمون	
۴/۶۲	۱۷/۹۰	۳/۷۶	۱۶/۷۷	پیش آزمون	خویشتن تحول نیافته / گرفتار
۴/۵۶	۱۷/۸۰	۲/۱۲	۱۰/۴۴	پس آزمون	
۳/۹۹	۱۳/۲۰	۳/۸۳	۱۲/۲۲	پیش آزمون	اطاعت
۳/۵۲	۱۲/۷۰	۲/۹۹	۱۰/۷۷	پس آزمون	
۴	۱۲	۵/۶۲	۱۷/۸۸	پیش آزمون	ایثار
۳/۸۱	۱۲/۱۰	۴	۱۴/۵۵	پس آزمون	
۶/۰۳	۱۸/۲۰	۳/۹۸	۲۰/۱۱	پیش آزمون	بازداری هیجانی
۴/۶۹	۱۷/۷۰	۱/۸۷	۱۲/۵۵	پس آزمون	
۳/۱۰	۲۴/۹۰	۴/۴۱	۲۳	پیش آزمون	معیارهای سرسختانه
۳/۱۹	۲۴/۳۰	۱/۶۹	۱۴/۱۱	پس آزمون	
۵/۰۵	۱۷/۳۰	۳/۸۴	۱۷/۵۵	پیش آزمون	استحقاق / بزرگ منشی
۵/۰۵	۱۷/۳۰	۲/۷۷	۱۶/۲۲	پس آزمون	
۳/۵۳	۱۶/۶۰	۳/۸۸	۲۰/۱۱	پیش آزمون	خویشتن داری ناکافی
۳/۱۶	۱۶	۱/۸۷	۱۱/۴۴	پس آزمون	

برای بررسی معناداری و تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری (Mancova) استفاده شد. مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس برای مقیاس اضطراب اجتماعی، شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکز ($p = ۰/۹۴$)، $p = ۰/۶۶$, $df = ۹$, statistic) و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها با Box's Test پیش از انجام تحلیل کوواریانس بررسی و مورد تایید قرار گرفت ($Box's M = ۴/۳۱$, $P = ۰/۷۴$). لذا استفاده از تحلیل کوواریانس در داده‌های پژوهش بلامانع بود. جدول ۳ نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری را در رابطه با تاثیر طحواره درمانی گروهی بر میزان علایم اضطراب اجتماعی در دانشجویان نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری از لحاظ نمرات پیش آزمون، پس آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب اجتماعی

آزمون	مقدار F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معنی داری	میزان تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۱۵/۰۳	۳	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۹۹
لامبدای ویلکز	۱۵/۰۳	۳	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۹۹
اثر هتلینگ	۱۵/۰۳	۳	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۹۹
بزرگترین ریشه روی	۱۵/۰۳	۳	۱	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۹۹

همانگونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود آزمون‌های چهارگانه تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تفاضل متغیر اضطراب اجتماعی از لحاظ آماری معنادار هستند. بنابراین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی در مرحله پس آزمون دارای تفاوت معنادار هستند. به عبارت دیگر طرحواره درمانی گروهی حداقل از لحاظ یکی از ابعاد متغیر اضطراب اجتماعی بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون تاثیر داشته که میزان این تاثیر برابر با ۸۱ درصد است ($p < ۰/۰۵$). یعنی ۹۹ درصد تفاوت‌های فردی در نمرات پس آزمون اضطراب اجتماعی مربوط به تاثیر عضویت گروهی می‌باشد. به منظور مقایسه گروه‌ها از لحاظ تک تک ابعاد مقیاس اضطراب اجتماعی و بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر میزان علائم

اضطراب اجتماعی متغیر

درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
۱	۲۵۷/۶۲	۲۶/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۹
۱	۴۳/۸۳	۵۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
۱	۳۱/۷۵	۱۳/۲۰	۰/۰۰۳	۰/۵۲	۰/۹۱
۱	۷/۷۵	۴/۴۱	۰/۰۵۷	۰/۲۶	۰/۴۸

کل

ترس

اجتناب

ناراحتی فیزیولوژیک

با توجه به جدول ۴، نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه نمرات کل متغیر اضطراب اجتماعی در مرحله پس آزمون و بر حسب عضویت گروهی نشان می‌دهد که با کنترل اثر نمرات پیش آزمون، تفاوت میانگین‌های تعدیل شده از لحاظ آماری معنادار می‌باشد ($p < 0/05$). میزان تاثیر نشان می‌دهد که $1/65$ ٪ تفاوت‌های نمرات کل پس آزمون اضطراب اجتماعی ناشی از عضویت گروهی می‌باشد، به عبارت دیگر ارائه جلسات آموزشی طرحواره‌درمانی باعث کاهش ۶۵ درصدی نمرات کل علائم اضطراب اجتماعی در پس آزمون و بهبود $5/81$ ٪ نمره ترس آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون شده است. در مورد خرده مقیاس اجتناب با توجه به میانگین‌های تعدیل شده تفاوت میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در مرحله پس آزمون معنی دار است. می‌توان گفت که آموزش طرحواره‌درمانی باعث کاهش $4/52$ ٪ علائم اجتناب آزمودنی‌ها شده است. به عبارت دیگر عضویت گروهی $4/52$ ٪ درصد از تغییرات مربوط به اجتناب آزمودنی‌ها را در مرحله پس آزمون تبیین می‌کند. در مورد علائم ناراحتی فیزیولوژیک با توجه به میانگین‌های تعدیل شده دو گروه، آموزش طرحواره‌درمانی تاثیر معناداری بر نمرات ناراحتی فیزیولوژیک نداشته است ($p < 0/05$).

جدول ۵ نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری را در رابطه با اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه نشان می‌دهد. مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس برای طرحواره‌های ناسازگار اولیه شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلکز ($statistic = 0/93$, $df = 9$, $p = 0/07$) و همگنی ماتریس کوواریانس‌ها با $Box's Test$ پیش از انجام تحلیل کوواریانس بررسی و مورد تایید قرار گرفت ($Box's M = 6/68$, $P = 0/12$).

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس برای اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه

مؤلفه‌ها	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذوراتا	توان آماری
کل	۱	۲۹۹۶۶/۱۷۱	۵۰۷/۹۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۶	۱
محرومیت هیجانی	۱	۷۰/۱۶۷	۴۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱	۱
رهاشدگی	۱	۸/۹۳۰	۲/۰۳	۰/۱۸۴	۰/۱۶	۰/۲۵
بی اعتمادی/ بد رفتاری	۱	۶۰/۹۵۴	۷۲/۴۱۶	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۱
انزوای اجتماعی	۱	۱۰۶/۱۲۵	۶۸/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱

۱	۰/۸۲	۰/۰۰۱	۴۶/۳۸	۹۴/۷۶۹	۱	نقص/شرم
۱	۰/۸۱	۰/۰۰۱	۴۹/۳۱۰	۷۸/۱۰۲	۱	شکست
۰/۷۵	۰/۴۳	۰/۰۱۴	۸/۵۲۰	۳۳/۵۳۱	۱	وابستگی/بی‌کفایتی
۰/۹۹	۰/۷۱	۰/۰۰۱	۲۶/۹۷۸	۷۰/۰۲۰	۱	آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری
۰/۹۹	۰/۷۰	۰/۰۰۱	۲۶/۱۰۵	۶۶/۷۵۳	۱	خویشتن تحول نیافته/گرفتار
۰/۱۷	۰/۱۲	۰/۲۹۱	۱/۲۵	۱/۴۲۰	۱	اطاعت
۰/۵۶	۰/۳۸	۰/۰۴۲	۵/۶۲	۱۳/۴۵۵	۱	ایثار
۰/۹۹	۰/۷۹	۰/۰۰۱	۳۳/۹۶	۵۹/۸۴۷	۱	بازداری هیجانی
۱	۰/۹۳	۰/۰۰۱	۱۳۱/۸۴	۱۹۲/۱۴۲	۱	معیارهای سرسختانه
۰/۷۳	۰/۴۸	۰/۰۱۸	۸/۳۶	۶/۰۰۹	۱	استحقاق/بزرگ منشی
۰/۹۰	۰/۶۰	۰/۰۰۵	۱۳/۶۷	۷۵/۳۹	۱	خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۵ نشان می‌دهد تفاوت میانگین‌های تعدیل شده دو گروه در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار است. بر این اساس و با توجه به اندازه اثر مشاهده شده می‌توان گفت که طرحواره درمانی باعث بهبود ۹۶ درصدی نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مرحله پس‌آزمون شده است ($p < 0/05$). نتایج نشان می‌دهد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، عامل بین‌آزمودنی‌های گروه (آموزش طرحواره درمانی گروهی) بر نمرات کل و همه طرحواره‌های ناسازگار اولیه به جز طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی و اطاعت اثر معنی‌داری دارد ($p < 0/05$). به عبارت دیگر این بخش از فرضیه پژوهش که طرحواره درمانی گروهی طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در افراد دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی بهبود می‌بخشد، در سطح معنی‌داری برای طرحواره‌های محرومیت هیجانی، بی‌اعتمادی-بدرفتاری، انزوای اجتماعی، شکست، نقص/شرم، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خویشتن تحول نیافته/گرفتار، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و خویشتن داری و خود انضباطی ناکافی تایید می‌شود ($p < 0/05$).

میزان اندازه اثر نشانگر آن است که عضویت گروهی ۸۱/۲ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره محرومیت هیجانی، ۹۰ درصد از تغییرات مربوط به بی‌اعتمادی/بدرفتاری، ۸۷/۳ درصد از تغییرات مربوط به انزوای اجتماعی، ۸۲/۳ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره نقص/شرم، ۸۱/۸ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره شکست، ۴۳/۶ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره وابستگی/بی‌کفایتی، ۷۱ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره

آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، ۷۰/۴ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره خویشتن تحول نیافته / گرفتار، ۳۸/۴ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره ایثار، ۷۹/۱ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره بازداری هیجانی، ۹۳/۶ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره معیارهای سرسختانه، ۴۸/۲ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره استحقاق / بزرگ منشی و ۶۰/۳ درصد از تغییرات مربوط به طرحواره خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی را در مرحله پس‌آزمون تبیین می‌کند. در مورد طرحواره‌های رهاشدگی / بی‌ثباتی و اطاعت نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین نمرات دو گروه در مرحله پس‌آزمون مشاهده نمی‌شود ($p < 0.05$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از این پژوهش بررسی میزان اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج نشان داد که آزمودنی‌های گروه آزمایش در پایان درمان، در مؤلفه‌هایی که مقیاس اضطراب اجتماعی مورد سنجش قرار می‌دهد (ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک) به ۶۵ درصد بهبود کلی دست یافته و طرحواره‌درمانی در کاهش و بهبودی علائم ترس، اجتناب و پریشانی اجتماعی افراد مؤثر بوده است که این یافته با نتایج پژوهش‌های خورشیدزاده و همکاران (۱۳۹۰)، حسینی کوپایی (۱۳۹۱)، حمیدپور و همکاران (۱۳۹۱) و هافارت و همکاران (۲۰۰۲) همخوان و در یک راستا می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی و تبیین نحوه‌ی اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود علائم ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک اضطراب اجتماعی فراهم می‌آورد. می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی با آماج قرار دادن ریشه‌های رشدی اختلال اضطراب اجتماعی و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، قادر به درمان علائم مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی شده است. طرحواره‌درمانی با تأکید بر سبک‌های مقابله‌ای

ناسازگار و تاکید بر الگوهای رفتاری صحیح در درمان فرصتی را برای بهبود علائم اجتناب موقعیتی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فراهم آورده است. تاکید بر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و آموزش الگوهای رفتاری صحیح موجب می‌شود که دوری‌گزینی افراد از جمع و کناره‌گیری از مردم پیرامون خویش و هم‌چنین داشتن احساس منفی در ارتباط‌های اجتماعی روزمره، کاهش یابد. آموزش تکنیک‌های شناختی و رفتاری درمان طرحواره محور همچون آزمون اعتبار طرحواره و تکنیک‌های رفتاری مثل ایفای نقش و مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌تواند در کاهش اضطراب اجتماعی و به ویژه در کاهش ترس از ارزیابی منفی به افراد یاری برساند. تکنیک‌های رفتاری به مراجع کمک می‌کنند تا به جای الگوهای رفتاری طرحواره -خاص، سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تری را جانشین سازد. همچنین به مراجع کمک می‌کنند تا از طرحواره‌ها فاصله بگیرد و به جای این که طرحواره را یک حقیقت مسلم درباره خود بداند، آن را به صورت یک موجود مزاحم بداند.

طرحواره‌درمانی در فرایند درمان به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سوال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آن‌ها بجنگند. هدف راهبردهای رفتاری، کمک به بیماران برای غلبه بر اجتناب آن‌ها از موقعیت‌های اجتماعی است. یکی از تکنیک‌های عمده رفتاری در این رویکرد مواجهه و پیشگیری از پاسخ است. در واقع مواجهه بافت مناسبی برای فعال‌سازی و اصلاح طرحواره‌های مرتبط با اضطراب اجتماعی ایجاد می‌نماید. همچنین از آنجا که تاکید عمده طرحواره‌درمانی بر روی هیجانات است و استفاده از تکنیک‌های تجربی و هیجانی قسمت اعظمی از این درمان را در بر می‌گیرد، لذا به نظر می‌رسد این تکنیک‌ها کمک می‌کنند تا فرد نسبت به هیجانات خود آگاهی یافته، آنها را بپذیرد و بهتر بتواند هیجانات خود را در موقعیت‌های اجتماعی تنظیم کند. تکنیک‌های هیجانی کمک می‌کنند تا بیمار با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش‌دهی زمینه را برای حضور سالم و موفق در موقعیت‌های اجتماعی مهیا سازد.

راهبردهای شناختی باعث می‌شوند که بیماران احتمال وقوع حوادث فاجعه بار را کمتر برآورد کنند و در عین حال ظرفیت مقابله خودشان را بهتر ارزیابی نمایند. چالش با افکار اضطرابی و فاجعه بار کمک می‌کند تا این افراد علائم اضطراب اجتماعی را بهتر کنترل کنند. علاوه بر این، راهبردهای شناختی با برجسته سازی مزایای تغییر، انگیزه را برای تغییر در بیماران افزایش می‌دهند. همچنین تکنیک‌های رفتاری مانند ایفای نقش در گروه و تصویرسازی ذهنی به افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی کمک می‌کند تا بر اجتناب خود از عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی غلبه کنند. همچنین ارائه تکالیف خانگی و تمرین‌های رفتاری آزمودنی‌ها را برای انجام عملکرد مستقل آماده می‌کند. در این راستا می‌توان گفت که ارائه تکالیف و تکنیک‌هایی چون کارت آموزشی و پاسخدهی منطقی توانسته است افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی را در تحمل اضطراب ناشی از عملکرد مستقل در موقعیت‌های اجتماعی کمک کند.

اما در رابطه با علائم ناراحتی فیزیولوژیک نتایج نشان داد که مداخله بر این علائم تاثیر معناداری نداشته است. در تبیین اثربخش بودن مداخله بر این بعد می‌توان به عواملی از جمله تمرکز بیشتر درمان بر روی مباحث شناختی، رفتاری و هیجانی و تمرکز کمتر بر روی علائم جسمانی ناراحتی و نگرانی در آزمودنی‌ها و کوتاه و فشرده بودن جلسات درمان اشاره کرد. این محدودیت‌ها می‌تواند متغیر ناراحتی فیزیولوژیک را متاثر سازد، چرا که نشانه‌های فیزیولوژیکی به گفته هوپ (۲۰۰۶؛ به نقل از ملیانی و همکاران، ۱۳۸۸) آخرین نشانه‌های اضطرابی می‌باشند که در طول زمان و با تداوم رویارویی‌ها و درمان از میان برداشته می‌شوند. بنابراین در صورت افزایش جلسات و ادامه درمان شاید نتایج بهتری حاصل می‌شد.

دیگر نتایج پژوهش نشان داد که گروه درمانی متمرکز بر طرحواره تاثیر معناداری بر تعدیل همه‌ی طرحواره‌های مقیاس یانگ به جز بر طرحواره‌های ره‌اشدگی / بی‌ثباتی و اطاعت داشته است. این نتایج با یافته‌های موریسون (۲۰۰۰)، ژیلیان و همکاران (۲۰۰۳)، سسرو و یانگ (۲۰۰۱)، هافارت و همکاران (۲۰۰۲)، گیسن بلو و همکاران (۲۰۰۶)، کاملی و همکاران (۱۳۹۰) و طباطبایی و همکاران (۱۳۹۱) که همگی بر اثربخش بودن طرحواره درمانی بر تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه تاکید می‌کنند، همخوانی دارد.

این اعتقاد وجود دارد که می‌توان طرحواره‌ها را از طریق یادگیری تغییر داد (زاستک، ۲۰۰۹؛ به نقل از دارابی و همکاران، ۱۳۹۳). در همین راستا در تبیین اثربخشی

طرحواره‌درمانی بر تعدیل و کاهش شدت فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در افراد دارای علائم اختلال اضطراب اجتماعی، می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: یکی این که طرحواره‌درمانی در فرایند درمان به بیمار کمک می‌کند تا با زیر سؤال بردن طرحواره‌ها، صدای سالمی را در ذهن خود به وجود بیاورد و بدین ترتیب ذهنیت سالم خود را توانمند سازد. این رویکرد درمانی به بیماران کمک می‌کند تا درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، بیماران طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند که می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی بر علیه آن‌ها بجنگند. در واقع یکی از دلایل موفقیت طرحواره‌درمانی نیز هدف قرار دادن این ساخت‌های زیربنایی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی است. طرحواره‌درمانی با تاکید بر تغییر طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تبیین نحوه‌ی اثرگذاری آن‌ها در پردازش و رویارویی با رویدادهای زندگی در درمان و ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تاکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد فرصتی را برای بهبود طرحواره‌های ناکارآمد اولیه مرتبط با اضطراب اجتماعی فراهم می‌آورد. تکنیک‌های تجربی کمک می‌کنند تا بیمار با سازماندهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی زمینه را برای بهبود طرحواره‌ها مهیا سازد. از سوی دیگر بیماران می‌توانند با استفاده از این تکنیک‌ها به فرضیه آزمایشی طرحواره‌ها پردازند و با برانگیخته‌شدن طرحواره‌ها و ارتباط آن با مسائل کنونی، زمینه برای بینش هیجانی و متعاقب آن بهبود طرحواره‌ها مهیا شود.

در تبیین بهبود طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی شامل محرومیت هیجانی، طرد/رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم و شکست در اثر مداخله درمانی طرحواره محور می‌توان به نقش تکنیک‌های شناختی و تجربی اشاره کرد. در نتیجه استفاده از راهبردهای شناختی بیماران یاد می‌گیرند که انتظار غیرواقع بینانه خود را مبنی بر این که افراد مهم زندگی باید مدام در دسترس باشند و همیشه به یک شیوه رفتار کنند، تغییر دهند. تکنیک‌های شناختی همچنین دیدگاه بیمار در مورد خودش را تغییر می‌دهند. بیماران شواهد تایید کننده و رد کننده طرحواره‌هایشان را بیان کرده و بین طرحواره اصلی و جنبه سالم که احساس ارزشمندی خوبی برای آن‌ها به ارمغان می‌آورد، گفتگویی برقرار می‌کنند.

درمانگر همچنین با استفاده از تکنیک‌های تجربی از طریق تکنیک‌های برقراری گفتگو و تصویرسازی ذهنی به بیمار کمک می‌کند تا نیازهای هیجانی ارضا نشده دوران کودکی را بشناسد. راهبردهای رفتاری به ویژه رویارویی نیز به عنوان تبیینی برای اثربخشی طرحواره‌درمانی بر طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی در افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی را باید مورد توجه قرار داد. با استفاده از تکنیک‌های رفتاری بیماران به تدریج یاد می‌گیرند به گروه‌ها پیوندند، با دیگران ارتباط برقرار کنند. افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی از طریق تکنیک‌های رفتاری یاد می‌گیرند نسبت به انتقاد واکنش افراطی نشان ندهند، به موقعیت‌های اجتماعی وارد شوند و به اصلاح برخی از نقطه ضعف‌هایشان مانند جرأت‌آموزی و یادگیری مهارت‌های اجتماعی بپردازند. وجود عوامل گروهی، فعال‌سازی تکنیک‌های طرحواره‌درمانی را تسهیل نموده و آثار جبرانی مهمی بر طرحواره‌های مرکزی از قبیل طرد و بریدگی، انزوای اجتماعی، بی‌اعتمادی و محرومیت هیجانی دارد. می‌توان گفت که فرایند گروهی جلسات و جو حاکی از پذیرش و همدلی در طول جلسات درمانی، باعث کاهش نمرات و تعدیل طرحواره‌های حوزه طرد و بریدگی افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی شده است.

نتایج پژوهش همچنین حاکی از اثربخشی طرحواره‌درمانی بر همه طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل طرحواره‌های شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و خویش‌تن تحول نیافته / گرفتار بود. در تبیین اثربخشی این مداخله بر طرحواره‌های این حوزه می‌توان به این نکته اشاره کرد که تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی در جلسات درمانی فرصتی برای تغییر شناخت‌واره‌ها، مهارت‌آموزی و رویارویی تدریجی برای تصمیم‌گیری و عملکرد مستقلانه افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی فراهم کرده است. راهبردهای شناختی به بیماران کمک می‌کنند تا دیدگاهشان را تغییر دهند، زیرا آن‌ها معتقدند برای انجام کارهایشان احتیاج به کمک مداوم از سوی دیگران دارند. راهبردهای شناختی باعث می‌شوند که بیماران احتمال وقوع حوادث فاجعه‌بار را کمتر برآورد کنند و در عین حال ظرفیت مقابله خودشان را بهتر ارزیابی نمایند. چالش با افکار اضطرابی و فاجعه‌بار کمک می‌کند تا این افراد علائم اضطراب اجتماعی را بهتر کنترل کنند. علاوه بر این، راهبردهای شناختی با برجسته‌سازی مزایای تغییر، انگیزه را برای تغییر در بیماران افزایش می‌دهند. همچنین تکنیک‌های رفتاری مانند ایفای نقش در گروه و

تصویرسازی ذهنی به افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی کمک می‌کند تا بر اجتناب خود از عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی غلبه کنند.

طرحواره‌درمانی همچنین بر دو طرحواره حوزه محدودیت‌های مختل شامل طرحواره استحقاق/ بزرگ منشی و خویشتن داری و خودانضباطی ناکافی موثر بود. بیمارانی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار دارد، محدودیت‌های درونی آن‌ها در خصوص احترام متقابل و خویشتن داری به اندازه کافی رشد نکرده است. آن‌ها ممکن است در خصوص احترام به حقوق دیگران، همکاری کردن، متعهد بودن یا دستیابی به اهداف بلندمدت مشکل داشته باشند. در نتیجه، توانایی مهار تکانه‌های خود را ندارند و نمی‌توانند ارضاء نیازهای آنی خود را به خاطر دستیابی به منافع آتی به تاخیر بیندازند. به نظر می‌رسد پرداختن به لزوم همدلی با اعضای گروه و همچنین آموزش آن به اعضا جهت همدلی نشان دادن و گوش کردن به یکدیگر طی جلسات بویژه هنگام برون‌ریزی تجارب منفی اولیه، وضع قوانین گروه مانند سر وقت حاضر شدن، برابری اعضا، ساختارمند کردن جلسات و تعیین چارچوب جلسات و همچنین ارائه تکالیف خانگی باعث کاهش نمرات و بهبودی دو طرحواره مذکور شده است. راهبردهای شناختی و رفتاری نیز کمک می‌کنند تا این افراد دیدگاه واقع بینانه‌ای درباره‌ی خودشان پیدا کنند به گونه‌ای که نقاط ضعف و قوت خود را مدنظر قرار دهند.

در رابطه با اثربخشی مداخله گروهی طرحواره‌درمانی بر دو طرحواره بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه حوزه گوش‌بزرگی بیش از حد و بازداری، می‌توان گفت که تکنیک‌های تجربی از جمله تصویرسازی ذهنی کمک می‌کنند تا افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی بتوانند به هیجان‌هایشان دسترسی یابند. راهبردهای تجربی به بیماران کمک می‌کنند که هیجان‌های ناشناخته‌ی دوران کودکی مثل خشم، محبت یا شادمانی را بشناسند و آن‌ها را ابراز کنند. این راهبردها در مورد طرحواره معیارهای سرسختانه نیز به بیماران کمک می‌کند که افراد بخشی از خودشان را برانگیزند که بتواند با والد پرتوقع درون‌سازی شده بجنگد. همچنین می‌توان گفت که برقراری رابطه مناسب و ایجاد جو حاکی از پذیرش و همدلی در گروه برای اعضا فرصتی فراهم نمود تا بسیاری از تکانه‌های مثبت و منفی خود را بروز دهند، پرداختن به احساسات آنی اعضا و اختصاص زمان خاصی از جلسه به بروز احساسات مثبت و منفی در پایان هر جلسه نیز زمینه‌ساز برون‌ریزی هیجانی اعضا شد. راهبردهای شناختی به بیمار کمک می‌کند تا سودمندی‌های هیجانی بودن را بپذیرد و تصمیم

بگیرد که علیه طرحواره بجنگد و پیامدهای بروز هیجان‌هایشان را ارزیابی کنند. بیمارانی که طرحواره‌هایشان در این حوزه قرار دارد، احساسات و تکانه‌های خودانگیخته را واپس‌زنی می‌کنند. آن‌ها اغلب تلاش می‌کنند تا بتوانند طبق قواعد انعطاف‌ناپذیر و درونی شده‌ی خود، عمل کنند، ولو به قیمت از دست دادن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط صمیمی یا سلامتی.

در تبیین بهبودی و کاهش نمرات طرحواره‌ایثار می‌توان گفت که تکنیک‌های شناختی طرحواره‌درمانی فرصتی فراهم می‌کند تا افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی، ادراک اغراق‌آمیز خود از ضعیف بودن و نیازمند بودن دیگران را مورد آزمون قرار دهند. علاوه بر این انجام تکنیک‌های تصویرسازی ذهنی و پی بردن به ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها به افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی کمک می‌کند تا از نیازهای خودشان بیشتر آگاه شوند. همانگونه که یانگ معتقد است تغییر برخی از طرحواره‌ها بویژه آن دسته از طرحواره‌هایی که با اختلالات شخصیت پیوند نزدیک دارند، به زمان طولانی نیاز دارد، در این پژوهش نیز نیاز به زمان بیشتر جهت تغییر دو طرحواره رهاشدگی / بی‌ثباتی و اطاعت احساس می‌شود. به نظر می‌رسد شرایط ویژه دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی، کوتاه مدت بودن درمان و عدم پرداختن کافی به عناصر درمانی مربوط به طرحواره‌های اطاعت و رهاشدگی باعث دستیابی به این نتایج شده باشد.

به طور خلاصه در تبیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی و بهبود طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌توان گفت که در راستای هدف اصلی طرحواره‌درمانی این مداخله با اصلاح و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان متغیر تعدیل‌کننده اضطراب اجتماعی، فرصتی برای بهبود و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در آزمودنی‌ها فراهم آورده است.

می‌توان گفت که طرحواره‌درمانی با بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و آماج قرار دادن ریشه‌های رشدی اختلال اضطراب اجتماعی قادر به کاهش علائم مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی شده است. همچنین می‌توان به تاثیر فرمت درمان گروهی و نقش آن در پیامد درمانی اشاره نمود، از آنجا که اکثر افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند، می‌توان به نقش فرایند گروه درمانی اشاره کرد. یانگ بیان می‌کند که گروه درمانی برای کسانی که اعضای آن شباهت زیادی به هم دارند

می‌تواند بسیار مفید باشد. 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 حمایت‌گرانه نیز افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش فرصت‌های یادگیری جانشینی، حس خودکارآمدی و خطرپذیری اعضا برای انجام رفتارهای جدید نیز تقویت می‌شود؛ همچنین اعضای گروه یاد می‌گیرند که به جای کناره‌گیری از هیجانات خود به ابراز همدلی و برآورده ساختن نیازهای عاطفی خود در گروه بپردازند (سیمپسون، ۲۰۱۰).

این پژوهش بر روی افراد دانشجوی و بر روی جامعه پسران صورت گرفت، لذا تعمیم نتایج به سایر افراد باید با احتیاط صورت بگیرد. نبود دوره پیگیری نتایج درمان به واسطه محدودیت‌های زمانی و مکانی از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده، هم‌چنین به واسطه ماهیت کارگروهی و کوتاه بودن تعداد جلسات انجام بعضی تکنیک‌های طرحواره درمانی از قبیل بازوالدینی حد و مرزدار که اساس آن بر رابطه درمانگر-بیمار استوار است؛ آن‌گونه که باید و شاید در این مداخله امکان پذیر نبوده و به آموزش و اجرای مقدماتی این تکنیک‌ها اکتفا می‌شد. هم‌چنین از آنجا که ماهیت پژوهش مداخله‌ای بوده و بیشتر تمرکز بر بررسی اثربخشی متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود، شناسایی طرحواره‌های خاص هر بیمار و تمرکز بر آن‌ها مقدور نبود. با توجه به این محدودیت‌ها ضروری است که در پژوهش‌های آتی درمان مذکور با تعداد جلسات بیشتر و دوره‌های پیگیری جهت تعیین دقیق اثر درمانی تکرار شود و به بررسی و شناسایی طرحواره‌های خاص افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته شود. مقایسه اثربخشی درمان حاضر با سایر درمان‌های دارای حمایت تجربی به منظور شناسایی مؤثرترین درمان برای این افراد و هم‌چنین تکرار پژوهش حاضر جهت روشن‌تر شدن اثربخشی طرحواره‌درمانی بر علایم اختلال اضطراب اجتماعی و تعدیل طرحواره‌های خاص این افراد و بر سایر جمعیت‌های سنی نیز ضروری به نظر می‌رسد. در پایان با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش، پیشنهاد می‌شود متخصصان و درمانگران در کار با گروه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و نیز تدوین برنامه‌های درمانی برای این افراد، رویکرد طرحواره‌درمانی را مورد توجه قرار دهند.

منابع

- امامی عزت، آمنه. (۱۳۹۳). بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر اضطراب اجتماعی با توجه به اثرات میانجی تنظیم هیجان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه تبریز.
- حسنوند عموزاده، مهدی؛ حسنوند عموزاده، علی؛ قدم پور، مصطفی. (۱۳۹۲). پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب اجتماعی (ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک) بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۸ (۳۲): ۱۱۵-۹۴.
- حسینی کویایی، عاطفه. (۱۳۹۱). تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر علائم مبتلایان به اختلال فوبی اجتماعی مزمن. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- حمیدپور، حسن؛ دولتشاهی، بهروز؛ پورشهباز، عباس؛ دادخواه، اصغر. (۱۳۸۹). کارآیی طرحواره‌درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال (۱۶)، شماره (۴): ۴۳۱-۴۲۰.
- خورشیدزاده، محسن؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی. (۱۳۹۰). اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره دانشگاه فردوسی مشهد*، ۱ (۲): ۲۴-۵.
- دارابی، افسانه؛ برجعلی، احمد و اعظمی، یوسف. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی تکنیک‌های شناختی و هیجانی طرحواره درمانی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه افراد افسرده. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۵ (۱۸): ۱۶۶-۱۴۳.
- سراج خرمی، ناصر؛ زادحسن، زهره. (۱۳۹۵). رابطه نگرانی از تصویر بدنی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و ناگویی خلقی با اضطراب اجتماعی در بین دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی. *مجله روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۰ (۳۸): ۸۰-۶۸.
- شریفی، مرضیه؛ اعتمادی، عذرا. (۱۳۹۱). تاثیر طرحواره درمانی گروهی بر باورهای اختلال خوردن و احساس شرم در دختران نوجوان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در شهر اصفهان. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۷ (۲۷): ۱۰۶-۹۰.

- طباطبایی برزکی، سعید؛ سهرابی، فرامرز؛ کریمی زارچی، مهدی. (۱۳۹۱). اثربخشی آموزش تکنیک‌های تجربی طرحواره درمانی بر روی طرحواره‌های افراد افسرده. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۳ (۱۱): ۷۵-۸۶.
- قربانعلی‌پور، مسعود و اسماعیلی، علی. (۱۳۹۱). اثربخشی طرحواره درمانی در درمان خودبیمارپنداری. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۹): ۴۳-۵۸.
- کلارک، دیوید. م و فربورن، کریستوفر. ج. (۱۹۹۸). *دانش و روش‌های کاربردی رفتاردرمانی شناختی*. جلد اول، ترجمه حسین کاویانی (۱۳۸۰). تهران: انتشارات قومس.
- محقق، حسین؛ دوستی، پیمان؛ جعفری، داود. (۱۳۹۴). تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی، و نگرانی سلامتی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۶ (۲۳): ۸۱-۹۴.
- محمدی، شهناز و نشاط دوست، حمید طاهر. (۱۳۹۴). بررسی رابطه طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب اجتماعی زنان متأهل شهر اصفهان. *نخستین کنگره بین‌المللی جامع روان‌شناسی ایران*.
- ملیانی، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ قائدی، غلامحسین؛ بختیاری، مریم و طاولی، آزاده. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمرنگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی ایران*، سال (۱۵)، شماره (۱)، ۴۲-۴۹.
- نجفعلی بیگی، نرگس. (۱۳۹۰). مقایسه سبک‌های تربیتی والدین و طرحواره‌های ناسازگار اولیه دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی و دانش‌آموزان گروه عادی دبیرستان‌های دخترانه شهرستان اراک. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره مدرسه، دانشگاه علامه طباطبائی*.
- هاوتون، کیت؛ سالکووس کیس، پال؛ کرک، جوان. (۱۹۸۹). *رفتار درمانی شناختی، راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی*. ترجمه: حبیب‌الله قاسم‌زاده (۱۳۸۳)، تهران: انتشارات ارجمند.
- یانگ، جفری؛ کلووسکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). *طرحواره درمانی، راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی*. جلد اول، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز (۱۳۹۱)، تهران: انتشارات ارجمند.

یوسف نژاد شیروانی، مانده؛ پیوسته گر، مهرانگیز. (۱۳۹۰). رابطه‌ی رضایت از زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۲ (۲): ۶۵-۵۵.

- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., & de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39, 241-254.
- Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 393-400.
- Amanda S., Morrison, Faith A., Brozovitch, Ihno A., Leea, Hooria Jazaierib, Philippe R., Goldinc, Richard G., Heimbergd, James J. Gross. (2016). Disorders Anxiety trajectories in response to a speech task in social anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial of CBT. *Journal of Anxiety Disorders*, 38: 21-30.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder, fifth edition (DSM 5)*. New school library, Washington. DC London. England.
- Arntz A., Klokman J., Sieswerda S. (2005). An experimental test of the schema mode model of borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 36(3): 226-39.
- Borovec, T. D., Newman, M.G., & Castonguay, L.G. (2004). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2, 3, 392-401.
- Calvete, E., & Orue, I. (2008). Social anxiety and dysfunctional cognitive schemas [Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales]. *Psicologia Conductual*, 16, 5-21.
- Calvete, E., Orue, I., Hankin, B.L. (2013). Early Maladaptive Schemas and Social Anxiety in Adolescents: The Mediating Role of Anxious Automatic Thoughts, *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 278-288.
- Cecero, J., & Young, E.J. (2001). Case of silvia: Schema focused approach. *Journal of Psychotherapy integration*. 11(2).
- Cockram, D. M., Drummond, P. D. & Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 165-182.
- Connor, K., Davidson, J., Churchill, L., Sherwood, A., Foa E., Weisler, R. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory. *British Journal of Psychiatry*; 176: 379-386.
- Dryman, Taylor. M., a, Gardner, Sh., Weeks, J. W., Heimberg, R.G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of Anxiety Disorders*, 38: 1-8.

- Farrell, J. M., Shaw, I. A., Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2): 317-328.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43: 257-265.
- Garcia-Lopez, L.G., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A.M., Turner, S., & Rosa, A.I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Anxiety Disorders*, 20: 175-191.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63: 649-658.
- Gordon, D., Wong, J., & Heimberg, R. G. (2014). *Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: the state of the science*. In: J. W. Weeks (Ed.), *The Wiley-Blackwell handbook of social anxiety disorder* (pp. 477-497). New York: Wiley-Blackwell.
- Hawke, L. D., Provencher, M. D., Parikh, S. V. (2013). Schema therapy for bipolar disorder: A conceptual model and future directions. *Journal of Affective Disorders*, 148: 118-122.
- Hawke, L. D., Provencher, M. D. (2011). Schema Theory and Schema Therapy in Mood and Anxiety Disorders: A Review, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25 (4): 257-276.
- Hoffort, A., Vesrland, S. & Sexton, H. (2002). Self understanding, guided discovery and schema beliefs in schema focused cognitive therapy of personality problems: A process outcome study. *Journal of cognitive therapy and research*. 26 (2), 190-219.
- Jens, C. Thimm. (2003). Early maladaptive schemas and interpersonal problems: A circumplex analysis of the YSQ-SF. *International Journal of Psychology & Psychological Therapy*, 1: 113-124.
- Jilian, B., Philip, M. G., Mahli, A., & Skille, C. (2003). Cognitive therapy of bipolar (depression and mania): A schema focused approach. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry: volume 31*, 34-40.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62(4), 445-458.
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28(4): 592-612.
- Lampe, L. A. (2009). Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 43: 887-898.
- Mayo-Wilson, E., Dias, S., Mavranzouli, I., Kew, K., Clark, D. M., Ades, A. E., et al. (2014). Psychological and pharmacological interventions for

- social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 1, 368–376.
- McAleavey, A.A., Castonguay, L.G., Goldfried, M.R. (2014). Clinical Experiences in Conducting Cognitive behavioral Therapy for Social Phobia, *Behavior Therapy*, 45(1): 21-35.
- Morrison, N. (2000). Schema Focused therapy for complex long standing problem: A single case study. *Behavioral and cognitive psychotherapy*. 28(3), 269-283.
- Moscovitch, D.A. (2008). What in the core fear in social phobia? A New Model to facilitate individualized case conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 1-10.
- Pinto- Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive therapy and research*, 30: 571-584.
- Roelofs, J., Onckels, L., Muris, P. (2013). Attachment Quality and Psychopathological Symptoms in Clinically Referred Adolescents: The Mediating Role of Early Maladaptive Schema, *Journal of Child and Family Studies*, 22(3): 377-385.
- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33: 426-447.
- Simpson, S. G., Morrow, E., van, V. M., Reid, C. (2010). Group schema therapy for eating disorders: a pilot study. *Frontiers in Psychology*; 1: 182. 1-10.
- Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Bystritsky, A., Sullivan, G., Pyne, J. M., Katon, W., Sherbourne, C. D. (2005). Functional impact and health utility of anxiety disorder in primary care outpatients. *Medical Care*, 43: 1164-1170.
- Talepasand, S. Nokani M. (2010). Social phobia symptoms: Prevalence and sociodemographic correlates. *Archives of Iranian medicine*; 13(6): 522-7
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 41(1): 52-9.
- Wilson, J. K., Rapee, R. M. (2006). Self- concept certainly in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 44: 113-136.