MEJDS. 2018; 8:82.

Published online 2019 March. **Research Article**

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy of Leahy and Schema Therapy of Young on Social Anxiety Disorder and Specific Symptoms Related to It

Zahra Shaygan Manesh[1], *Nasser Sobhi Gharamaleki[2], Mohamad Narimani[2]

Author Address
1. PhD of Psychology, Islamic Azad University, Bile Savar Branch, Ardabil, Iran;
2. PhD of Psychology, Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran.
***Corresponding Author's E-mail:** aidasobhi@yahoo.com

Received: 2016 Feb 10; **Accepted**: 2016 Mar 13

Abstract

Objective: This study was conducted to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy of Leahy and schema therapy of Young on improving the multidimensional body self-relations in patients with social anxiety.

Methods: this research is a quasi–experimental study, developed pretest-posttest type; with control group. Samples of study comprised 60 patients with social anxiety disorder. They selected randomly through cluster sampling. In experimental groups, 20 people were trained in cognitive behavioral therapy according to Leahy package and 20 people were trained in schema therapy according to Yang package, while 20 people in the control group received no training. Tool of study was MBSRQ questionnaire and data were analyzed through repeated measure analysis using SPSS software.

Results: In experimental groups there was significant difference in the multi–dimensional relations when entering the study, after treatment, and 6 weeks after treatment (p=0.004). While, in the control group, significant difference was not observed in this regard. This means that cognitive–behavioral therapy and schema therapy were effective in improving multidimensional body self–relations. In addition, Leahy protocol provided more improvement than schema therapy among treatment groups in terms of efficacy of the components of the multidimensional relations in the post–test and follow–up in the components of fitness assessment, fitness orientation and satisfaction of body (p=0.003).

Conclusion: Based on the above results and in line literature of study, using aforementioned interventions in the related components will be possible in patients with social anxiety.

Keywords: Cognitive-behavioral therapy, Schema therapy, Multidimensional body self-relations.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.13.8]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸): ۸۲.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری لیهی و طرحواره‌درمانی یانگ بر بهبود روابط چندبعدی بدن خود در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی

زهرا شایگان‌منش[۱]، *ناصر صبحی قراملکی[۲]، محمد نریمانی[۲]

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بیله سوار، اردبیل، ایران؛

۲. دکترای روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

*رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول: aidasobhi@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۱ بهمن۱۳۹۴؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۳ اسفند۱۳۹۴

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری لیهی و طرحواره‌درمانی یانگ بر بهبود روابط چندبعدی بدن خود در مبتلایان به اضطراب اجتماعی طراحی و اجرا شد.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی تک‌عاملی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون گسترش‌یافته بود که با گروه کنترل انجام شد. نمونه‌های پژوهش را ۶۰ نفر از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تشکیل دادند که برطبق مصاحبهٔ ساختاریافتهٔ بالینی براساس DSM5 ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی را کسب کرده و به‌روش نمونه‌گیری تصادفی‌خوشه‌ای انتخاب شدند. در گروه‌های آزمایش، ۲۰ نفر تحت آموزش درمان شناختی‌رفتاری مطابق پکیج لیهی و ۲۰ نفر تحت طرحواره‌درمانی طبق پکیج یانگ قرار گرفتند. همچنین برای ۲۰ نفر گروه کنترل هیچ برنامهٔ آموزشی اجرا نشد. ابزار پژوهش پرسشنامهٔ روابط چندبعدی بدن خود MBSRQ بود و داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس برای اندازه‌های تکراری و با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد در گروه‌های آزمایشی، در روابط چندبعدی بدن خود، به‌هنگام ورود به پژوهش و بعد از درمان و شش هفته بعد از درمان اختلاف معناداری وجود داشت (p=۰/۰۰۴)؛ درحالی‌که در گروه کنترل از این نظر، تفاوت معناداری مشاهده نشد. بدین‌معنا که درمان شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی در بهبود روابط چندبعدی بدن خود مؤثر واقع شده است. همچنین بین گروه‌های درمانی از لحاظ اثربخشی بر مؤلفه‌های روابط چندبعدی بدن خود در پس‌آزمون و پیگیری، در مؤلفه‌های ارزیابی تناسب و جهت‌گیری تناسب و رضایت از بدن، پروتکل لیهی بهبودی بیشتری را درمقایسه با طرحواره‌درمانی فراهم آورده است (p=۰/۰۰۳).

نتیجه‌گیری: بنابر نتایج یادشده و همسو با دیگر پژوهش‌ها امکان بهره‌گیری از مداخله‌های شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی در بهبود مؤلفه‌های روابط چندبعدی بدن خود در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی‌رفتاری، طرحواره‌درمانی، اضطراب اجتماعی، روابط چندبعدی بدن خود.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار-غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.13.8]

۱ مقدمه

فوبیای اجتماعی[1] از اختلال‌های روانی بسیار قدیمی است که در سال ۱۹۸۰ وارد سومین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری شده و با اضافه‌شدن چند مشخصه، همچون معیار پراگماتیک، به اختلال اضطراب اجتماعی[2] تغییر نام داده است (۱). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌ترسند در موقعیت‌های اجتماعی دچار شرمساری[3] شوند (۲).

روابط چندبعدی بدن خود[4] به احساس‌ها و نگرش‌ها و ارزش‌های فرد دربارهٔ بدن و کارکرد آن گفته می‌شود (۳) و باتوجه به اینکه ظاهر فیزیکی فرد اولین ویژگی است که در برخورد با افراد قضاوت می‌شود، بنابراین مهمترین بخش تصور فرد از خود است (۴). طبق پیشینهٔ پژوهشی روابط چندبعدی بدن خود از مؤلفه‌هایی بوده که در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی دچار نقایص کارکردی می‌شود (۵). به‌عبارت‌دیگر فرد وقتی تصویر بدنی منفی دارد کمتر در جمع حاضر شده و به‌دلیل تصورش از نقص خیالی خویش یا اغراقش در نقص بدنی خود، در جمع حضور نمی‌یابد. درواقع می‌توان گفت یکی از دلایل ترس این افراد از حضور در جمع به‌علت تصویر بدنی منفی این افراد است (۶)؛ اما در مقولهٔ درمان، مداخله‌های شناختی‌رفتاری نسل سوم از درمان‌های مؤثرتر در بهبودی علائم همراه با اختلال اضطراب اجتماعی هستند (۷). در همین راستا پیشینهٔ پژوهشی نیز از تأثیر این گروه درمان‌ها در اختلال اضطراب اجتماعی حکایت دارد که حتی در برخی از مواقع درمقایسه‌با دارودرمانی برتری نشان داده است (۸). درمان‌های شناختی‌رفتاری نسل سوم همچون پروتکل لیهی، بر فرض‌های بنیادی مراجع و ریشه‌های آن تأکید می‌کند و هدف درمان، تغییر و سازماندهی مجدد روان‌بنه‌های اساسی مربوط به خود و هویت خود و جهان است (۹). ازسوی‌دیگر و باتوجه به اینکه بسیاری از مبتلایان به اختلال اضطرابی به‌خصوص در مطالعات پیگیری، در روند بهبودی دچار افت می‌شوند (۱۰)، طرحواره‌درمانی در مقام مقایسه برای پژوهش حاضر انتخاب شده است. از مزیت‌های مدل طرحواره‌ها ایجاز و نیز پیچیدگی و عمقی‌بودن آن بوده واین درمان اختصاصی است. به‌عبارتی طرحواره‌ها، سبک‌های مقابله‌ای و ذهنیت‌های خاص را نشان می‌دهد (۱۱). پیشینهٔ پژوهشی نیز از اثربخشی درمان طرحواره‌محور بر اختلال‌های اضطرابی و به‌خصوص علائم مرتبط با هیجان‌ها و ادراک‌های مرتبط با تصویر بدنی حمایت می‌کند (۱۲)؛ لذا باتوجه به شیوع فراوان و آثار و تبعات توأم با اختلال اضطراب اجتماعی همچون وضعیت نامناسب از لحاظ روابط چندبعدی تصویر بدنی و همچنین ضعف پیشینهٔ پژوهشی، به‌ویژه از نوع مداخله‌ای و بومی، پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی پروتکل لیهی و طرحواره‌درمانی یانگ در بهبود روابط چندبعدی بدن خود در مبتلایان به اضطراب اجتماعی طراحی و اجرا شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی تک‌عاملی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون گسترش‌یافته و گروه کنترل بود. این طرح به‌منظور بررسی تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی) بر متغیر وابسته (روابط چندبعدی بدن خود) صورت گرفت و دارای سه گروه آزمودنی مبتلا به اضطراب اجتماعی بود. جامعهٔ آماری را تمامی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی و مددکاری شهر تهران در تابستان ۱۳۹۳ تشکیل دادند. حداقل معیار انتخاب نمونه برای مطالعات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر بیان شده است که پژوهشگر به‌دلیل احتمال ریزش نمونه به‌سبب فرایند طولانی، هر گروه را ۲۰ نفر گرفت که مجموع سه گروه ۶۰ نفر شد (۱۳)؛ بنابراین نمونهٔ پژوهش ۶۰ نفر از افرادی بود که برطبق مصاحبهٔ ساختاریافتهٔ بالینی براساس DSM-5 ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی را کسب کردند و پس از اخذ رضایت کتبی شرکت‌کنندگان بعد از همتاسازی از لحاظ متغیرهای بافتی (سن، تحصیلات، تأهل، مصرف دارو) به‌صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری آزمایش (۲۰ نفر درمان شناختی‌رفتاری و ۲۰ نفر طرحواره‌درمانی) و یک‌گروه کنترل ۲۰نفری تقسیم شدند. شیوهٔ نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی‌خوشه‌ای بود. بدین‌صورت که از بین مناطق شهر تهران به‌شکل تصادفی ساده سه منطقهٔ ۵ و ۷ و ۱۳ درنظر گرفته شد. سپس در آن مناطق از بین فهرست کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی و مددکاری، تعدادی کلینیک (۱۲ مرکز) به‌طور تصادفی انتخاب شده و پس از مراجعه به کلینیک‌ها و هماهنگی با مسئولان، پروندهٔ بیمارانی استخراج شد که مبتلا به اضطراب اجتماعی تشخیص داده شدند. سپس با بیماران تماس گرفته و از آنان دعوت شد که اگر هنوز علائم این اختلال را دارا هستند، می‌توانند در یک‌دورهٔ درمان روان‌شناختی رایگان شرکت کنند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: دارابودن ملاک‌های تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی براساس DSM-5؛ تکمیل فرم رضایت درمان؛ نداشتن سابقهٔ بستری و معیارهای سایکوتیک. بعد از تشکیل گروه‌ها، برای یک‌گروه آزمایش به‌مدت ۲۰ جلسه برنامهٔ درمانی شناختی‌رفتاری گروهی طبق بستهٔ لیهی و گروه آزمایش دیگر ۱۵ جلسه برنامهٔ طرحواره‌درمانی گروهی براساس بستهٔ یانگ ارائه شد. گروه کنترل نیز در انتظار ماند. آزمودنی‌های گروه کنترل و دو گروه آزمایش شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی سه بار در زمان و موقعیت یکسان (اندازه‌گیری اول قبل از شروع درمان با اجرای پیش‌آزمون و اندازه‌گیری دوم بعد از انجام آخرین جلسهٔ درمان شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی با اجرای پس‌آزمون و اندازه‌گیری سوم به‌منظور پیگیری شش هفته بعد از درمان، ارزیابی تعقیبی) پرسشنامهٔ روابط چندبعدی بدن خود MBSRQ را، تکمیل کردند. بعد از اجرای پژوهش به‌جهت همکاری سه گروه از آنان قدردانی و هدایایی به‌رسم یادبود به آنان اهدا شد. به گروه کنترل نیز گفته شد در صورت تمایل می‌توانند آمادگی خود را جهت اجرای برنامهٔ درمانی گروه آزمایش برای آنان، اعلام کنند. لازم به‌ذکر است که با سه جلسه غیبت، آزمودنی از گروه کنارگذاشته می‌شد و باتوجه به این موضوع در

---

1. Social Phobia
2. Social anxiety disorder
3. embarrassment
4. Multidimensional Body Self Relations

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.13.8]

خلال دورهٔ درمان درمجموع پنج نفر از شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی (دو نفر از درمان شناختی‌رفتاری و سه نفر از گروه طرحواره‌درمانی) حذف شدند. در نهایت تحلیل نهایی بر گروه ۵۵نفری صورت گرفت. برنامه‌های درمانی به‌صورت جلسات هفتگی (هفته‌ای دو جلسه) بر گروه‌های آزمایشی اجرا شده و در این مدت گروه کنترل در انتظار بود.

جدول ۱. خلاصهٔ پروتکل درمان شناختی‌رفتاری لیهی

سرفصل‌های درمان مبتنی‌بر آموزش روانی عبارت بود از:
۱. مرور تکلیف‌های جلسهٔ قبل؛ ۲. ارائهٔ مباحث آموزشی؛ ۳.تمرین؛ ۴.تکلیف‌های جلسهٔ بعد.
جلسهٔ اول: خوش‌آمدگویی، ایجاد انگیزه، مرور ساختار جلسات و قوانین، معرفی مشکل، بررسی علائم و تاریخچه، اشاره به عادی‌بودن اختلال و امکان بهبودی کوتاه‌مدت، تمرین‌هایی برای تنش‌زدایی، جزوه‌های آموزشی، تکلیف‌های خانگی.
جلسهٔ دوم: مرور تکلیف‌ها، ارائهٔ مطالب اجتناب و رفتارهای ایمن، آموزش تن‌آرامی، تکلیف خانگی.
جلسهٔ سوم و چهارم: مرور تکلیف‌ها، شناسایی افکار خودکار منفی، ثبت افکار و واکنش منطقی، تکلیف‌ها.
جلسهٔ پنجم و ششم: مرور تکلیف‌ها، چالش افکار خودآیند منفی، بررسی شواهد، بازسازی شناختی، تکلیف‌های سلسله‌مراتب اضطراب.
جلسهٔ هفتم تا سیزدهم: مرور تکلیف‌ها، فرضیه‌های ناسازگار و طرحواره‌های بد کارکرد، مواجهه تصوری و واقعی سلسله‌مراتبی، مهارت‌های اجتماعی ازطریق مدل‌سازی و ایفای نقش، تکلیف‌های خانگی.
جلسهٔ چهاردهم تا شانزدهم: شناسایی افکار خودکار، فرضیات ناسازگار، طرحوارهٔ اساسی، کامل‌کردن سلسله‌مراتب مواجهه، تکلیف‌های تن‌آرامی در موقعیت مواجهه.
جلسهٔ هفدهم تا بیستم: مرور، تداوم تمرکز بر فرضیات و طرحواره‌ها، مرور تکنیک‌ها، آمادگی برای مشکلات آتی. (۱۰).

جدول ۲. خلاصهٔ پروتکل طرحواره‌درمانی یانگ

قبل از شروع درمان: هدف پژوهش و منطق درمان، اطلاعاتی درباره ساختار، زمان، تعداد جلسات.
جلسهٔ اول تا چهارم: سنجش طرحواره: معرفی اعضا، بحث دربارهٔ نتایج پیش‌آزمون، انتخاب تعدادی افراد جهت اجرای تکنیک‌ها در هر جلسه، جست‌وجوی تاریخچهٔ زندگی، جست‌وجوی الگوهای ناکارآمد و چرخه‌های مزمن، شناخت طرحواره‌های مرکز ثقل، کمک به افراد جهت ارتباط‌دادن ریشه‌های تحولی کودکی به مشکلات فعلی، فعال‌سازی تصاویر ذهنی، تجربهٔ اصلاحی باز والدینی، ارزیابی خلق‌وخوی هیجانی، خودمشاهده‌گری.
جلسهٔ پنجم و ششم: تغییر طرحواره: طرحواره‌ها به‌عنوان فرضیهٔ آزمون، تحلیل تجربی طرحواره‌ها، بررسی شواهد عینی، شواهد دوران کودکی، تعریف جدید، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، کارت‌های فرم ثبت طرحواره، رویارویی همدلانه، تکنیک‌های تجربی.
جلسهٔ هشت تا پانزده: تکنیک‌های رفتاری تغییر: بازنگری مفهوم‌سازی مشکل افراد، توصیف دقیق رفتارهای مشکل‌آفرین، شناسایی رفتارهای مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی، افزایش انگیزهٔ تغییر، تمرین رفتارهای سالم ازطریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش، غلبه بر موانع احتمالی، تقویت رفتارهای جدید و تکنیک‌های کلاسیک رفتاردرمانی، آمادگی برای اختتام (۱۵).

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ روابط چندبعدی بدن-خود (MBSRQ). این پرسشنامه مقیاس خودسنجی ۴۶ماده‌ای است و از افراد درخواست می‌شود تا میزان توافق خود را با هریک از گویه‌ها در مقیاسی پنج‌گزینه‌ای علامتگذاری کنند که برحسب مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ یک=کاملاً مخالف تا نمرهٔ پنج=کاملاً موافق می‌سنجد. نمره‌گذاری برای سؤالات ۱تا۳۷ به این صورت است:.کاملاً موافق (۵)؛ موافق (۴)؛ ممتنع (۳)؛ مخالف (۲)؛ کاملاً مخالف (۱). این پرسشنامه دارای نمرات وارونه بوده و یکی از روش‌های سنجش بدگویی از تصویر بدن است که کش و وینستد و جاندا آن را در سال ۱۹۸۶ و ۱۹۸۷ برای ارزیابی تصویر بدنی ساختند و ویژگی‌های روان‌سنجی‌های آن را ارزیابی کردند. در این پژوهش از فرم نهایی آن استفاده شد که کش در سال ۱۹۹۷ آماده کرد. این ابزار شش زیرمقیاس دارد که عبارت است از: ۱. ارزیابی وضع ظاهری[1]؛ ۲. گرایش به ظاهر[2]؛ ۳. ارزیابی تناسب[3]؛ ۴. گرایش به تناسب[4]؛ ۵. دل‌مشغولی به اضافه‌وزن یا وزن ذهنی[5]؛ ۶. رضایت از نواحی بدن[6]. اعتبار خرده‌آزمون‌ها براساس آلفای کرونباخ بین ۷۷تا۹۱درصد برای مردان و ۷۳تا۸۹درصد برای زنان گزارش شد. مقادیر آلفای کرونباخ در فرم فارسی برای شش عامل به‌ترتیب معادل ۰/۸۸، ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۳، ۰/۸۵ و ۰/۸۸ به‌دست آمد که حاکی‌از پایایی همسانی درونی مطلوب پرسشنامه است (۶). پرسشنامهٔ حاضر سه مرتبه در پژوهش استفاده شد (قبل از مداخله‌درمانی و روز آخر مداخلات درمانی و شش هفته بعد از درمان).

۳ یافته‌ها

در ابتدا مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌ها قبل از مداخله ارائه شده

[1]. Appearance Evaluation: AE

[2]. Appearance Orientation: AO

[3]. Fitness Evaluation: FE

[4]. Fitness Orientation: FO

[5]. Subjective Weight: SW

[6]. Body Areas Satisfaction: BAS

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.13.8]

است.

جدول ۳. مشخصات جمعیت‌شناختی به‌تفکیک گروه‌ها

متغیر		گروه درمان شناختی‌رفتاری		گروه طرحواره‌درمانی		گروه کنترل	
سن		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
		۲۶/۲۷	۸/۵۴	۲۵/۴۷	۷/۵۴	۲۵/۱۰	۶/۱۷
تحصیلات		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
	دیپلم و کمتر	۱	۵/۶	۲	۱۱/۸	۲	۱۰
	کاردانی	۵	۲۷/۸	۴	۳۲/۵	۶	۳۰
	دانشجوی کارشناسی	۸	۴۴/۴	۷	۴۱/۲	۸	۴۰
	لیسانس و بیشتر	۴	۲۲/۲	۴	۳۲/۵	۴	۲۰
	کل	۱۸	۱۰۰	۱۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰
تأهل		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
	مجرد	۱۰	۵۵/۶	۸	۴۷/۱	۱۲	۶۰
	متأهل	۸	۴۴/۴	۹	۵۲/۹	۸	۴۰
	کل	۱۸	۱۰۰	۱۷	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

چنان‌که ملاحظه می‌شود گروه‌ها به‌لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک دارای پراگندگی نسبتاً همگنی درمقایسه‌با یکدیگر هستند.

در جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون و روابط چندبعدی بدن خود به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل آورده شده است.

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های روابط چندبعدی بدن خود به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیر	اتا	p		گروه درمان شناختی‌رفتاری			گروه طرحواره‌درمانی			گروه کنترل		
				پیش	پس	پیگیری	پیش	پس	پیگیری	پیش	پس	پیگیری
ارزیابی ظاهر	۰/۹۰	<۰/۰۰۱	M	۱۸/۷۲	۲۷/۹۴	۲۷/۳۳	۱۷/۴۷	۲۹/۸۲	۲۸/۷۰	۱۹/۱۰	۱۹/۵۰	۱۸/۶۰
			SD	۱/۷۴	۲/۸۷	۲/۸۴	۱/۵۴	۱/۵۵	۱/۸۶	۱/۸۶	۲/۵۶	۲/۶۰
جهت‌گیری	۰/۹۱	<۰/۰۰۱	M	۴۹/۰۱	۳۶/۹۴	۳۵/۵۵	۴۷/۶۴	۳۹/۴۷	۳۷/۱۷	۴۸/۵۵	۴۹/۲۰	۴۶/۸۰
			SD	۱/۶۸	۳/۵۳	۱/۶۵	۱/۷۲	۵/۲۳	۵/۰۵	۱/۵۰	۱/۵۴	۵/۷۱
ارزیابی تناسب	۰/۷۸	<۰/۰۰۱	M	۶/۳۳	۱۰/۶۱	۱۰/۰۱	۵/۶۴	۹/۱۷	۸/۵۸	۵/۵۰	۶/۷۵	۴/۲۰
			SD	۱/۷۱	۱/۰۹	۰/۹۰	۱/۵۳	۲/۳۲	۲/۲۹	۰/۶۸	۱/۲۵	۱/۲۸
جهت‌گیری	۰/۹۱	<۰/۰۰۱	M	۱۶/۲۷	۳۴/۸۸	۳۷/۷۷	۱۶/۴۱	۲۶/۴۷	۳۰/۶۴	۱۵/۶۰	۱۳/۴۰	۱۵/۱۰
			SD	۲/۸۲	۲/۱۳	۴/۶۰	۲/۳۱	۹/۶۲	۸/۷۲	۲/۹۴	۴/۰۳	۲/۹۵
وزن ذهنی	۰/۸۷	<۰/۰۰۱	M	۹/۴۴	۴/۸۳	۵/۸۸	۹/۱۷	۵/۲۹	۶/۲۳	۹/۳۵	۹/۶۵	۹/۲۰
			SD	۰/۹۲	۰/۸۵	۰/۹۰	۰/۷۲	۱/۴۰	۱/۲۵	۰/۸۱	۰/۵۸	۰/۶۹
رضایت از بدن	۰/۹۴	<۰/۰۰۱	M	۱۸/۷۲	۳۶/۹۴	۳۵/۲۲	۱۸/۸۲	۳۲/۱۱	۳۰/۶۴	۱۹/۳۰	۱۹/۱۰	۱۷/۷۵
			SD	۱/۷۴	۳/۵۳	۱/۹۵	۱/۸۴	۳/۰۳	۴/۲۷	۱/۸۳	۱/۸۶	۲/۲۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های روابط چندبعدی بدن خود در پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه‌با پیش‌آزمون تغییر کرده است. به‌دلیل اینکه مؤلفه‌های روابط چندبعدی بدن خود دارای ابعاد متضاد مثبت و منفی هستند، عامل کلی در این پرسشنامه محاسبه نمی‌شود. به‌منظور مشخص‌شدن تفاوت معنادار گروه‌ها از لحاظ متغیرهای پژوهش، از تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده و در ابتدا مفروضهٔ اصلی این آزمون یعنی کرویت ماچلی بررسی شد که برای مؤلفه‌های روابط چندبعدی بدن خود معنادار بود (p<۰/۰۰۱). در جدول ۳ همچنین نتایج اصلی آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر و مقایسهٔ سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی در مؤلفه‌های روابط چندبعدی بدن خود بیان شده است.

نتایج آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر جهت مقایسهٔ سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری برای گروه آزمایشی در مؤلفه‌های روابط چندبعدی بدن خود نشان می‌دهد آماره‌های هر شش مؤلفه معنادار است (p<۰/۰۰۱). به‌عبارت‌دیگر متغیرها دست‌کم در یکی از سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار دارند. به‌منظور مقایسهٔ زوجی گروه‌ها از آزمون توکی استفاده شد که به‌دلیل حجیم‌بودن جدول خلاصهٔ نتایج آن گزارش می‌شود: نتایج آزمون‌های تعقیبی توکی جهت مقایسهٔ زوجی گروه‌ها مشخص کرد

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.13.8]

گروه‌های درمانی درمقایسه‌با گروه کنترل در هر سه مؤلفه در پس‌آزمون و پیگیری موجب بهبود روابط چندبعدی بدن شدند؛ اما بین دو گروه درمانی از لحاظ میزان اثربخشی به‌جز مؤلفه‌های ارزیابی تناسب و جهت‌گیری تناسب و رضایت از بدن، بین میزان اثربخشی دو مداخله در دو مرحله تفاوت معناداری وجود نداشت. لازم به‌ذکر است با درنظرداشتن تفاضل میانگین‌ها، برتری پروتکل لیهی در قسمت‌های دارای اختلاف مشهود بود.

۴ بحث

یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاضر نشان داد گروه‌های درمانی درمقایسه‌با گروه کنترل در تمام مؤلفه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری موجب بهبود روابط چندبعدی بدن خود شدند؛ اما بین دو گروه درمانی از لحاظ میزان اثربخشی به‌جز مؤلفه‌های ارزیابی تناسب و جهت‌گیری تناسب و رضایت از بدن، بین میزان اثربخشی دو مداخله در دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت. لازم به‌ذکر است با درنظرداشتن تفاضل میانگین‌ها، برتری پروتکل لیهی در قسمت‌های دارای اختلاف درمقایسه با طرحواره‌درمانی مشهود بود. در ارتباط با اثربخشی درمان لیهی درمقایسه‌با گروه کنترل، می‌توان همسویی با پژوهش‌های پیشین را دراین‌باره شناسایی کرد. در همین راستا نیز در پژوهشی تأثیر درمان شناختی‌رفتاری بر اضطراب اجتماعی بررسی شد و نتایج نشان داد درمان شناختی‌رفتاری مؤثرتر از درمان‌های دارویی بوده و بهبودی چشمگیرتری را گزارش کردند (۱۶). همچنین این نتایج با یافته‌های دیگری همسوست که بیان کردند بین هراس اجتماعی و تصویر بدنی رابطهٔ معناداری وجود دارد (۵). به‌عبارت‌دیگر یکی از مسیرهای پیش‌بینی اضطراب اجتماعی ازطریق متغیرهای مرتبط با تصویر بدنی محقق می‌شود؛ اما در ارتباط با اثربخشی درمان CBT با تکنیک لیهی بر روابط چندبعدی بدن، نتایج حاصل همسو با یافته‌های دیگر در آزمودنی‌های غیرایرانی است (۱۷) که درمان‌های زیرگروه شناختی‌رفتاری در بهبود وضعیت مؤلفه‌های مرتبط با تصویر بدنی به‌صورتی اثربخش و معنادار استفاده شده است. در تبیین این نتایج باید اشاره کرد پروتکل‌های شناختی‌رفتاری نسل سوم بر نقش اصلاح خودادراکی منفی و ارزیابی مجدد خودِ اجتماعی تأکید دارند. از همین رو و باتوجه به این مهم که اختلال اضطراب اجتماعی در سطحی اساسی، اختلالی دربرگیرندهٔ دیدگاه منفی و تحریف‌شده‌ای از خود است، می‌توان اثربخشی این دسته از درمان‌ها را محتمل دانست. پیشینهٔ پژوهشی از اثربخشی طرحواره‌درمانی بر علائم روابط چندبعدی بدن نیز حمایت کرده و به‌نوعی همسو با نتایج پژوهش حاضر است (۱۱،۱۵). علاوه‌بر عوامل فیزیولوژیک و فردی و اجتماعی، الگوهای عمیق و فراگیر طرحواره نیز دسته‌ای از عوامل روان‌شناختی هستند که در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند (۱۴،۱۸). به‌عبارت‌دیگر فردی با مکانیسم طرحواره‌ها در برابر تغییر ایمن است و محتوای منفی را در باورهای خود حفظ کرده و طیف گسترده‌ای از مشکل‌ها و ناکارآمدی‌های فردی، بین‌فردی و اجتماعی را در خود رشد می‌دهد؛ که افزایش احتمال ابتلا به اختلال‌های مزمن شخصیت و ارتکاب بزه یکی از این عوارض احتمالی این رفتار خواهد بود (۱۵). در تبیین اختصاصی طرحواره‌درمانی بر روابط چندبعدی بدن باید به تجارب تلخ زندگی گذشته به‌ویژه در دوران کودکی در گرایش بیش از اندازه به زیبایی‌شناسی و حساسیت در ارزیابی وضعیت ظاهری و بدنی در دوران کودکی اشاره کرد (۱۹) که می‌تواند نقش بسزایی در شکل‌گیری باورهای عمیق و طرحواره‌های ناکارآمد در این باره داشته باشد. ازطریق طرحواره‌درمانی و با بهره‌گیری از تکنیک‌های تجربی، با بازسازی این خاطرات و شناخت‌واره‌ها وکمک به ابراز و تخلیهٔ هیجان‌ها و عواطف منفی و سرکوب‌شده، سبب بهبود وضعیت روابط چندبعدی بدن در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود. هم راستا با نتایج مطالعهٔ حاضر، پژوهش‌های ایرانی نیز بیانگر اثربخشی طرحواره‌درمانی به‌دلایل مذکور بر روابط چندبعدی بدن خود است ازجمله پژوهشی با هدف تعیین تأثیر طرحواره‌درمانی بر روابط چندبعدی بدن خود در دانشجویان پسر دارای نگرانی از تصویر بدن منفی دانشگاه شهیدچمران اهواز انجام شد. نتایج مشخص کرد طرحواره‌درمانی تأثیر چشمگیری در بهبود روابط چندبعدی بدن خود داشته است (۲۰)؛ اما در مقام مقایسهٔ دو درمان مذکور، دو درمان دارای اثربخشی بسیار نزدیکی بوده و به‌جز برتری درمان شناختی‌رفتاری لیهی در برخی مؤلفه‌ها در دورهٔ پیگیری، تفاوت معنادار دیگری بین دو روش برقرار نیست.

پرسشنامه‌های ناقص، مخدوش، اثر خستگی، استفاده از مقیاس خودگزارش‌دهی، اجرای هر دو پروتکل توسط یک‌درمانگر و افزایش احتمال سوگیری و طولانی‌بودن فرایند مداخله از محدودیت‌های بسیار مهم پژوهش حاضر به‌شمار می‌روند که ممکن است روایی درونی و تعمیم‌پذیری نتایج را محدود سازند.

انجام پژوهش‌های مشابه با نمونه‌ای جامع و معرف‌تر و در جوامع متفاوت، کنترل متغیرهای دموگرافیک، بهره‌گیری از مداخلات فردی و طولی و افزایش تعداد جلسات به‌عنوان پیشنهادهای بنیادین و برگزاری کارگاه‌های آموزشی و تهیهٔ پیام‌های مؤثر با رویکردهای شناختی‌رفتاری و طرحواره‌محور برای مدارس و والدین و تمامی نهادهای مربوط به‌عنوان کاربردهای پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

شیوع فراوان و هزینه‌های فردی و اجتماعی گسترده و میزان زیاد عود پس از بهبودی، لزوم توجه و بهره‌گیری از کاربست‌های نوین بالینی را در ارتباط با اختلال اضطراب اجتماعی خاطرنشان می‌سازد. ازهمین‌رو در پژوهش حاضر اثربخشی دو پروتکل لیهی به‌عنوان نسل سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی یانگ، بررسی شد. به‌طور خلاصه نتایج نشان‌دهندهٔ مؤثربودن هر دو درمان در بهبود روابط چندبعدی بدن در مبتلایان درمقایسه با گروه کنترل بوده و اثربخشی دو روش مذکور نیز اختلاف اندکی مشاهده شد.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.13.8]

References

1. Ganji M. Asibshenasi ravani bar asas-e DSM-5 [Abnormal Psychopathology based on DSM-5]. Tehran: Savalan publications; 2014. [Persian]
2. Kaplan H, Sadok B. Summary of clinical psychiatry. Rafee H, Rezaee F. (Persian translator). Arjmand Press; 2004.
3. Hubley AM, Quinlan L. Body image in men and women across the adult life span. Viii Eropean Congress of Psychology Vienna, Austria; 2003. p. 6-11.
4. Delamater JL. A study to determine the effect of the media on the perception of adolescent femal body image and resultant relationship to academic achievement [MSc thesis]. University of Wisconsin- Strout; 2002.
5. Davidson J. Pharmacotherapy of social phobia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2003;108:65-71. doi:10.1034/j.1600-0447.108.s417.7.x
6. Cash TF, Theriault J, Annis NM. Body image in an interpersonal context: Adult attachment, fear of intimacy and social anxiety. Journal of social and clinical psychology. 2004;23:89-103. doi:10.1521/jscp.23.1.89.26987
7. Liebowitz MR, Heimberg RG, Schneier FR, et al. Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long term outcome. Depression and Anxiety. 1999;10:89-98.
8. Heimberg RG. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment: Guilford Press; 1995, p: 29-30.
9. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. Guilford press; 2011.
10. Beck AT, Davis DD, Freeman A. Cognitive therapy of personality disorders. Guilford Publications; 2015.
11. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;16(4):420–31. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1207-en.html
12. Gianini LM, White MA, Masheb RM. Eating pathology, emotion regulation, and emotional overeating in obese adults with binge eating disorder. Eating behaviors. 2013;14:309-13. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.05.008
13. Delavar A. Mabani nazari va amali pezhuhesh dar oloom-e ensani va ejtemaie [Fundamentals of theoretical and practical research in the humanities and social sciences]. Roshd Publications; 2010. [Persian]
14. Leahy RLQ, Holland S. Step by step guide treatment of anxiety disorders. Dehghani A. (Persian translator). Iran, Arak: Navaye danesh press; 2007.
15. Young J, Kolesko J, Vishar M. Schema therapy practical guide for clinicians. Hamidpour H, Andooz Z. (Persian translators). Tehran: Arjmand press; 2008.
16. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of GAD: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression and non-patients. Behavior Therapy. 2001;32:85-102. doi:10.1016/S0005-7894(01)80045-9
17. Schwartz MB, Brownell KD. Obesity and body image. Body Image. 2004;1:43–56. doi:10.1016/S1740-1445(03)00007-X
18. Lampe LA. Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. 2009;43:887-98. doi:10.1080/00048670903179111
19. Gilbert N, Meyer C. Fear of negative evaluation and the development of eating psychopathology: A longitudinal study among nonclinical women. International Journal of Eating Disorders. 2005;37:307-12. doi:10.1002/eat.20105
20. Shahini H. The impact of schema therapy on body image concern, understanding and quality of life of Shahid Chamran University of Ahwaz male students with body image concern [MSc Thesis]. [Iran, Ahwaz]: Shahid Chamran University of Ahwaz; 2014.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.13.8]