MEJDS. 2018; 8:84.

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

Background and Objective: The present study was conducted to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy of Leahy and schema therapy of Young on social anxiety disorder and specific symptoms related to it.

Methods: This study was a quasi-experimental study, developed pre-test and post-test type, with control group. Samples of study comprised 60 patients with social anxiety obtained the highest score in the social anxiety test of SPIN selected randomly through cluster sampling. In experimental groups, 20 people were trained in cognitive behavioral therapy according to Leahy package during 20 sessions and 20 people were trained in schema therapy according to Yang package, while 20 people in the control group received no training. Tools of study included SPIN questionnaire; and data were analyzed through repeated measure analysis using SPSS software.

Results: In the experimental groups there was significant difference in the social anxiety 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 reducing social anxiety. In addition, no significant difference was found among treatment groups in terms of efficacy of the components of social anxiety in post-test and follow-up.

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, Social Anxiety.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.14.9]

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): ۸۴.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری لیهی و طرحواره‌درمانی یانگ بر علائم اختصاصی اختلال 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 اختلال اضطراب اجتماعی و علائم اختصاصی وابسته به آن انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی تک‌عاملی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون گسترش‌یافته) بود که با گروه کنترل انجام شد. نمونه‌های پژوهش را ۶۰ نفر از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تشکیل دادند که در آزمون اضطراب اجتماعی SPIN بیشترین نمره را کسب کردند. نقطهٔ برش این پرسشنامه ۱۹ است و ملاک اولیه در پژوهش حاضر این بود که نمرهٔ فرد بیشتر از نقطهٔ برش باشد. در ادامه افراد با نمرات ۲۵ و بیشتر، ازطریق نمونه‌گیری تصادفی‌خوشه‌ای انتخاب شدند. در گروه‌های آزمایش، ۲۰ نفر تحت آموزش درمان‌شناختی‌رفتاری طبق بستهٔ لیهی و ۲۰ نفر تحت طرحواره‌درمانی طبق بستهٔ یانگ قرار گرفتند. برای ۲۰ نفر در گروه کنترل هیچ برنامهٔ آموزشی اجرا نشد. ابزار پژوهش، پرسشنامهٔ اضطراب اجتماعی SPIN بود. داده‌ها ازطریق تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر و نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد در گروه‌های آزمایشی، علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی، به هنگام ورود به پژوهش و بعد از درمان و شش هفته بعد از درمان اختلاف معناداری داشتند (p=۰/۰۰۴)؛ درحالی‌که در گروه کنترل از این نظر، تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ بدین‌معنا که درمان شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر واقع شده است. همچنین بین گروه‌های درمانی ازلحاظ اثربخشی بر مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری در بیشتر مؤلفه‌ها تفاوت معناداری دیده نشد.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های این مطالعه امکان بهره‌گیری از مداخله‌های شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی در کاهش علائم بیماران اضطراب اجتماعی وجود دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی‌رفتاری، طرحواره‌درمانی، اضطراب اجتماعی.

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 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.14.9]

۱ مقدمه

فوبیای اجتماعی[1] از اختلال‌های روانی بسیار قدیمی بوده که سال ۱۹۸۰ در سومین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی مطرح شد و با اضافه‌شدن تعیین‌کننده (فقط عملکرد) در DSM-V به اختلال اضطراب اجتماعی[2] تغییر نام داد (۱). اضطراب اجتماعی، ترس بیش‌ازاندازه از ارزیابی اجتماعی است که باعث می‌شود عملکرد فرد تحت‌تأثیر قرار گیرد؛ به‌گونه‌ای‌که از موقعیت‌های اجتماعی دوری کند و ازهمین‌رو از اختلالات بسیار ناتوان‌کننده است (۲).

پژوهش‌های انجام‌شده کارایی درمان‌های دارویی را در مبتلایان به اضطراب اجتماعی بررسی کرده است؛ اما شیوع زیاد و نبود پاسخ درمانی مناسب و افزایش آمار خودکشی باعث جلب‌نظر متخصصان به‌سوی درمان‌های روان‌شناختی شده است (۳). در همین راستا ولز و کارتر (۴) در پژوهشی تأثیر درمان شناختی‌رفتاری را بر اضطراب اجتماعی بررسی کرده و درمان‌های روان‌شناختی را مؤثرتر از درمان‌های دارویی معرفی کردند.

بسیاری از بیماران با شیوهٔ رفتاردرمانی شناختی کلاسیک، مشکلاتشان حل می‌شود؛ ولی بسیاری از آن‌ها به این نوع درمان جواب نمی‌دهند یا به‌محض پایان درمان، مشکلشان پیشرفت می‌کند (۵)؛ لذا در پژوهش حاضر طرحواره‌درمانی به‌عنوان رویکرد رقیب و در مقام مقایسه آزمون شد که مفیدبودن آن در درمان اضطراب تأیید شده است (۶).از مزیت‌های مدل طرحواره‌ها ایجاز، تعمقی‌بودن و درک راحت آن است. مدل طرحواره، ایده‌های پیچیده را به‌شکلی ساده عرضه می‌کند که درک این ایده‌ها در قالب مدل‌های دیگر، مشکل به‌نظر می‌رسد. همچنین این درمان اختصاصی است. علاوه‌براین، مدل طرحواره، راهبردهای درمانی خاصی، ازجمله دستورکار باز والدینی مناسب را برای هر بیمار مشخص کرده است (۷). با مروری در پیشینهٔ پژوهشی نیز مشخص می‌شود که این مداخله با موفقیت در اضطراب اجتماعی به‌کار گرفته شده است (۸،۹)؛ بنابراین باتوجه به هزینه‌های سنگین فردی و اجتماعی همراه با اختلال اضطراب اجتماعی و ضعف پیشینهٔ پژوهشی، به‌ویژه از نوع کارآزمایی بالینی، پژوهش حاضر با هدف مقایسهٔ اثربخشی پروتکل لیهی به‌عنوان نسل سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری (۱۰) و طرحواره‌درمانی یانگ در کاهش علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی اجرا شد.

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی تک‌عاملی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون گسترش‌یافته) بود که با گروه کنترل انجام شد. این طرح به‌منظور بررسی تأثیر متغیر مستقل (روش‌های درمان شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی) بر متغیر وابسته (علائم اختصاصی اختلال اضطراب اجتماعی) صورت گرفت و از سه گروه آزمودنی مبتلا به اضطراب اجتماعی تشکیل شد. جامعهٔ آماری این تحقیق تمامی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی کلینیک‌های روان‌شناسی و روان‌پزشکی و مددکاری شهر تهران در تابستان ۱۳۹۳ بود. حداقل معیار انتخاب نمونه برای مطالعات آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر بیان شده که پژوهشگر به‌دلیل احتمال ریزش نمونه به‌سبب طولانی‌بودن فرایند، هر گروه را ۲۰ نفر درنظر گرفت و مجموع سه گروه ۶۰ نفر شد (۱۱)؛ لذا نمونهٔ پژوهش ۶۰ نفر از افرادی بود که طبق مصاحبهٔ ساختاریافتهٔ بالینی براساس DSM-5 و پرسشنامهٔ اضطراب اجتماعی[3]SPIN ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی را کسب کردند. پس از دریافت رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان و همتاسازی ازلحاظ متغیرهای بافتی (سن، تحصیلات، تأهل، مصرف دارو)، نمونه‌ها به‌صورت تصادفی در دو گروه ۲۰نفری آزمایش شامل ۲۰ نفر درمان شناختی‌رفتاری و ۲۰ نفر طرحواره‌درمانی و یک‌گروه کنترل ۲۰نفری قرار گرفتند. شیوهٔ نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی‌خوشه‌ای بود. بدین‌صورت که از بین مناطق شهر تهران به‌شکل تصادفی ساده سه منطقه (منطقهٔ ۵ و۷ و۱۳) انتخاب شد. سپس در آن مناطق از بین فهرست کلینیک‌های موجود روان‌شناسی و روان‌پزشکی و مددکاری تعدادی کلینیک (۱۲ مرکز) به‌صورت تصادفی انتخاب شده و پس از مراجعه به کلینیک‌ها و هماهنگی با مسئولان، پروندهٔ بیمارانی استخراج شد که مشکلشان اضطراب اجتماعی تشخیص داده شده بود. در ادامه با بیماران تماس گرفته و از آنان دعوت شد که اگر هنوز علائم این اختلال را دارند، می‌توانند در یک‌دورهٔ درمان روان‌شناختی رایگان شرکت کنند. دارابودن ملاک‌های تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی براساس DSM-5 و تکمیل فرم رضایت درمان و نداشتن سابقهٔ بستری و معیارهای سایکوتیک، ملاک‌های ورود به پژوهش بودند. بعد از تشکیل گروه‌ها، برای یک‌گروه آزمایش به‌مدت ۲۰ جلسه برنامهٔ درمانی شناختی‌رفتاری گروهی طبق پکیج لیهی و گروه آزمایش دیگر ۱۵ جلسه برنامهٔ طرحواره‌درمانی گروهی براساس پکیج یانگ ارائه شد. در گروه کنترل برنامه‌ای اجرا نشد. آزمودنی‌های گروه کنترل و دو گروه آزمایش شناختی‌رفتاری و طرحواره‌درمانی سه‌بار در زمان و موقعیت یکسان پرسشنامهٔ اضطراب اجتماعی SPIN را، تکمیل کردند. 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) بود. بعد از اجرای پژوهش به‌جهت همکاری سه گروه، از آنان قدردانی و هدایایی به‌رسم یادبود اهدا شد. به گروه کنترل نیز گفته شد درصورت 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 خارج شده که باتوجه به این موضوع درخلال دورهٔ درمان درمجموع پنج نفر از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش، دو نفر از درمان شناختی‌رفتاری و سه نفر از گروه طرحواره‌درمانی حذف شدند. درنهایت تحلیل نهایی بر گروه ۵۵نفری صورت گرفت. برنامه‌های

[1]. Social Phobia

[2]. Social anxiety disorder

[3]. Social Phobia inventory

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.14.9]

درمانی به‌صورت جلسات هفتگی (هفته‌ای دو جلسه) در گروه‌های آزمایش اجرا شد و در این مدت گروه کنترل در انتظار بود.

در این پژوهش از پرسشنامهٔ علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی (SPIN) به‌منظور تشخیص اضطراب اجتماعی استفاده شد. نخستین‌بار کانور در سال ۲۰۰۰ این مقیاس را جهت ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه کرد. این پرسشنامه مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای بوده که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده) و اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است. هر ماده یا سؤال براساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (به‌هیچ‌وجه=۰، کم=۱، تااندازه‌ای=۲، خیلی زیاد=۳ و بی‌نهایت=۴) درجه‌بندی می‌شود. سؤالات مربوط به زیرمقیاس‌ها به‌صورت ذیل است: اجتناب: ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲ و ۱۶؛ ترس: ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴و ۱۵؛ ناراحتی فیزیولوژیک: ۲، ۷، ۱۳ و ۱۷. پایایی این پرسشنامه را کانور در سال ۲۰۰۰ به‌روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ گزارش کرده و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹ و برای اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیک معادل ۰/۸ به‌دست آمد. همچنین روایی همگرا را درمقایسه با نمرات مقیاس اضطرابی اجتماعی فرم کوتاه (BSPS)، با ضرایب همبستگی در دامنه‌ای از ۰/۵۷ الی ۰/۸۰ و اعتبار سازه‌ای مطلوب بیان کردند. روایی سازه نیز در مقایسهٔ نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌ها باتشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص اختلال روانی، بررسی شده که تفاوت معناداری باهم نشان دادند و روایی سازهٔ خوبی را در این پرسشنامه بیان می‌کند. نقطهٔ برش این پرسشنامه ۱۹، دارای کارآیی بادقت تشخیصی ۰/۷۹ است (۱۲). عبدی در سال ۱۳۸۲ در پژوهش خود همسانی درونی به‌روش آلفای کرونباخ را برابر با ۰/۸۶ و پایایی به‌روش بازآزمایی را ۰/۸۳ گزارش کرد. حسن‌وند عموزاده و شعیری و باقری (۱۳) در سال ۱۳۸۶ در نمونهٔ غیربالینی در ایران روایی و پایایی این مقیاس را به‌دست آوردند. ضریب آلفای پرسشنامه در نیمهٔ اول آزمون برابر ۰/۸۲، برای نیمهٔ دوم آزمون برابر ۰/۷۶، همچنین همبستگی دو نیمهٔ آزمون برابر ۰/۸۴ و شاخص اسپیرمن براون برابر ۰/۹۱ مشخص شد. محاسبهٔ آلفای کروبناخ مربوط به کل آزمون‌ها نیز در خرده‌مقیاس‌های اضطراب اجتماعی، برای اجتناب برابر ۰/۷۵ و برای ترس برابر ۰/۷۴ و برای ناراحتی برابر ۰/۷۵ بوده که پایایی محاسبه‌شده را رضایت‌بخش نشان می‌دهد. اعتبار همگرای پرسشنامهٔ SPIN براساس رابطهٔ آن با پرسشنامهٔ خطای شناختی (CEQ) لفوبارور ($y=0/35$ ($p<0/001$) و با نمرات پرسشنامهٔ عزت‌نفس ($y=0/58$ ($p<0/001$) و با اضطراب بک SCL90-R در وگاتیسولیمن ($y=0/7$ ($p<0/001$) به‌دست آمد که بیانگر اعتبار مناسب آزمون است (۱۳). پرسشنامهٔ حاضر سه مرتبه در پژوهش استفاده شد (قبل از مداخلهٔ درمانی و روز آخر مداخلات درمانی و شش هفته بعد از درمان).

خلاصهٔ پروتکل درمان شناختی‌رفتاری لیهی: سرفصل‌های درمان مبتنی‌بر آموزش روانی وبه‌صورت زیر است.

۱. مرور تکالیف جلسهٔ قبل؛
۲. ارائهٔ مباحث آموزشی؛
۳. تمرین؛
۴. تکالیف 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، تمرین‌ها برای تنش‌زدایی، جزوه‌های آموزشی، تکالیف خانگی.

جلسهٔ دوم: مرور تکالیف، ارائهٔ مطالب اجتناب و رفتارهای ایمن، آموزش تن‌آرامی، تکلیف خانگی.

جلسهٔ سوم و چهارم: مرور تکالیف، شناسایی افکار خودکار منفی، ثبت افکار و واکنش منطقی، تکالیف.

جلسهٔ پنجم و ششم: مرورتکالیف، نقد افکار خودآیند منفی، بررسی شواهد، بازسازی‌شناختی، تکالیف سلسله‌مراتب اضطراب.

جلسهٔ هفتم تا سیزدهم: مرور تکالیف، فرضیه‌های ناسازگار و طرحواره‌های بدکارکرد، مواجههٔ تصوری و واقعی سلسله‌مراتبی، مهارت‌های اجتماعی ازطریق مدل‌سازی و ایفای نقش، تکالیف خانگی.

جلسهٔ چهاردهم تا شانزدهم: شناسایی افکار خودکار، فرضیات ناسازگار، طرحوارهٔ اساسی، کامل‌کردن سلسله‌مراتب مواجهه، تکالیف تن‌آرامی در موقعیت مواجهه.

جلسهٔ هفدهم تا بیستم: مرور، تداوم تمرکز بر فرضیات و طرحواره‌ها، مرور تکنیک‌ها، آمادگی برای مشکلات آتی. (۱۴).

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 از افراد در هر جلسه جهت اجرای تکنیک‌ها، جست‌وجوی تاریخچهٔ زندگی، جست‌وجوی الگوهای ناکارآمد و چرخه‌های مزمن، شناخت طرحواره‌های مرکز ثقل، کمک به افراد جهت ارتباط 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 (۶).

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.14.9]

۳ یافته‌ها

در ابتدا مشخصات جمعیت‌شناختی گروه‌ها قبل از مداخله ارائه شده است.

جدول ۱. مشخصات جمعیت‌شناختی به‌تفکیک گروه‌ها

	گروه درمان شناختی‌رفتاری		گروه طرحواره‌درمانی		گروه کنترل	
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	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
وضعیت 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 پراکندگی نسبتاً همگنی درمقایسه با یکدیگر هستند.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن به‌تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیرهای وابسته		گروه درمان شناختی‌رفتاری			گروه طرحواره‌درمانی			گروه کنترل			اتا	p
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری		
اجتناب	M	۱۳/۱۱	۷/۰۵	۷/۶۱	۱۳/۷۶	۸/۲۳	۹/۸۲	۱۳/۴۵	۱۳/۰۵	۱۲/۶۰	۰/۸۱	<۰/۰۰۱
	SD	۲/۳۴	۱/۳۹	۱/۱۹	۲/۶۳	۲/۳۵	۲/۰۹	۲/۵۲	۳/۵۳	۲/۹۹		
ترس	M	۱۰/۲۲	۴/۰۱	۵/۰۵	۱۳/۱۱	۴/۲۹	۸/۲۹	۱۱/۲۰	۱۰/۶۰	۱۲/۶۰	۰/۸۲	<۰/۰۰۱
	SD	۳/۰۵	۱/۱۳	۱/۱۰	۲/۶۱	۱/۶۱	۳/۰۳	۳/۰۷	۳/۷۳	۳/۲۵		
ناراحتی	M	۷/۶۱	۴/۸۸	۶/۰۵	۸/۴۱	۴/۶۴	۵/۷۶	۸/۲۰	۷/۶۵	۷/۵	۰/۷۲	<۰/۰۰۱
	SD	۱/۱۴	۱/۰۷	۰/۸۰	۱/۷۶	۱/۳۲	۱/۵۶	۰/۹۵	۲/۱۳	۲/۱۸		
کل	M	۳۰/۹۴	۱۵/۹۴	۱۸/۷۲	۳۵/۲۹	۱۷/۱۷	۲۳/۸۸	۳۲/۸۵	۳۱/۳۰	۳۲/۷۰	-	-
	SD	۳/۷۹	۲/۷۹	۱/۸۴	۳/۶۰	۴۴/۴	۵/۰۱	۴/۰۴	۷/۳۹	۵/۸۶		

نتایج جدول توصیفی نشان می‌دهد میانگین‌های دو گروه در تمام مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی و در پیش‌آزمون با یکدیگر اختلاف چندانی نداشته و در بیشتر آن‌ها اختلاف مشاهده‌شده ناچیز است. به‌منظور مشخص‌شدن تفاوت معنادار گروه‌ها ازلحاظ متغیرهای پژوهش، از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد. در ابتدا مفروضهٔ اصلی این آزمون یعنی کرویت ماچلی بررسی شد که برای مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی معنادار بود (p=۰/۰۲). جدول ۲ همچنین خلاصهٔ نتایج آزمون تحلیل واریانس برای اندازه‌گیری‌های مکرر جهت مقایسهٔ سه مرحلهٔ (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) گروه آزمایشی را در مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد. آماره‌های هر سه مؤلفه معنادار است (p=۰/۰۰۴)؛ به‌عبارت‌دیگر متغیرها در حداقل یکی از سه مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار داشته است. به‌منظور مقایسهٔ زوجی گروه‌ها از آزمون توکی استفاده شد که به‌دلیل حجیم‌بودن جدول خلاصهٔ نتایج آن گزارش شده است.

نتایج آزمون تعقیبی توکی مشخص کرد گروه‌های درمانی درمقایسه با گروه کنترل در هر سه مؤلفه در پس‌آزمون موجب بهبود علائم اضطراب اجتماعی شدند؛ اما بین دو گروه درمانی ازلحاظ میزان اثربخشی تفاوت معناداری در هیچ‌یک از مؤلفه‌ها دیده نشد؛ لذا بین گروه‌های درمانی ازجهت اثربخشی بر مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون تفاوت معناداری یافت نشد. در مرحلهٔ پیگیری نیز همچون پس‌آزمون نتایج آزمون تعقیبی مشخص کرد گروه‌های درمانی درمقایسه با گروه کنترل در هر سه مؤلفه در پس‌آزمون موجب بهبود علائم اضطراب اجتماعی شدند. همچنین بین دو گروه درمانی ازلحاظ میزان اثربخشی بر مؤلفهٔ اجتناب و ناراحتی تفاوت معناداری مشاهده نشد؛ اما باتوجه به معناداری و تفاضل میانگین‌ها، درمان شناختی در مؤلفهٔ ترس، بهبودی بیشتری در پیگیری نشان داد.

۴ بحث

باتوجه به تبعات شدید همراه با اختلال اضطراب اجتماعی (۱۵) و تعداد اندک تحقیقات صورت‌گرفته در این حوزه به‌ویژه درزمینهٔ کارآزمایی‌های بالینی بومی‌شده، پژوهش حاضر به این مبحث پرداخت. یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش نشان داد گروه‌های درمانی درمقایسه با گروه کنترل در هر سه مؤلفهٔ علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری موجب بهبود درمقایسه با گروه کنترل شدند؛ اما بین دو گروه درمانی ازلحاظ میزان اثربخشی تفاوت معناداری در هیچ‌یک از مؤلفه‌ها در پس‌آزمون دیده نشد. در مرحلهٔ

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.14.9]

پیگیری نیز میزان اثربخشی دو مداخلهٔ مذکور بر علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی، به‌جز خرده‌مقیاس ترس که در درمان شناختی‌رفتاری بهبودی بیشتر داشت، تفاوت معناداری نداشتند؛ لذا می‌توان با رویکرد مقایسه‌ای اثربخشی دو درمان را بسیار نزدیک به‌هم ارزیابی کرد و این یافته‌ها با نتایج مطالعات انجام‌شده در ایران، همسوست (۳،۹).

هم‌راستا با نتایج پژوهش حاضر در پژوهش‌های گذشته نیز درمان‌های شناختی‌رفتاری در بهبود اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش معرفی شده است (۴،۱۶). در تبیین این نتایج باید تمرکز را بر علائم مبتلایان قرار داد. این افراد هنگام پیش‌بینی و عملکرد نواندیشیدن دربارهٔ برخوردهای اجتماعی، توجه‌شان را به درون تغییر داده و به خودنظارتی ریز و گسترده‌ای می‌پردازند (۱۷) و خودانگارهٔ شدیداً منفی را تجربه می‌کنند و تصور می‌کنند که این تجربه صحیح است(۱۸)؛ لذا باتوجه به نقش برجستهٔ ابعاد هیجانی، روابط بین‌فردی، خودادراکی منفی و ارزیابی مجدد اجتماعی در پروتکل‌های نسل سوم شناختی‌رفتاری همچون لیهی، تأثیر مثبت این کاربست بالینی را بر متغیرهای مذکور بیان می‌کند (۱۹)؛ اما پیشینهٔ پژوهشی خارجی و داخلی از اثربخشی طرحواره‌درمانی بر علائم مرتبط با اضطراب اجتماعی نیز حمایت می‌کند (۶،۸،۹). در همین راستا لمپ (۲۰) طرحواره‌های ناسازگار و اولیه را از عوامل روان‌شناختی مؤثر در روند مزمن اختلال‌های اضطرابی معرفی می‌کند. این الگوها که برای پردازش تجربیات افراد به‌کار گرفته می‌شوند، به‌دلیل ماهیت خودتداوم‌بخش در سراسر زندگی ادامه می‌یابند. فردی که بدین‌ترتیب دربرابر تغییر ایمن است، محتوای منفی را در باورهای خود حفظ کرده و طیف گسترده‌ای از ناکارآمدی‌های فردی و بین‌فردی را رشد خواهد داد که افزایش احتمال ابتلا به اختلالات مزمن، همچون اختلال اضطراب اجتماعی یکی از این عوارض احتمالی خواهد بود (۶)؛ لذا طراحی پروتکل‌هایی با هدف تمرکز بر عمق این الگوهای ناسازگار می‌تواند احتمال اثربخشی را افزایش دهد؛ اما باوجود اثربخشی هر دو روش درمقایسه با گروه کنترل، در مقام مقایسه به‌جز مؤلفهٔ ترس و آن هم در مرحلهٔ پیگیری که با برتری معنادار درمان لیهی همراه بوده، در دیگر متغیرهای وابسته در دو مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری برقرار نبوده است؛ به‌عبارت‌دیگر می‌توان اثربخشی دو روش درمان را بر علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی بسیار نزدیک به‌هم قلمداد کرد. البته این نتایج با برخی یافته‌های پیشین که در آن‌ها درمان‌های شناختی‌رفتاری را در درمان اختلال اضطراب اجتماعی غیرمؤثر معرفی کرده، هم‌جهت نیست (۲۱)؛ لیکن باید توجه داشت که پروتکل لیهی به‌عنوان نسل سوم درمان‌های شناختی‌رفتاری، علاوه‌بر مواجهه و بازسازی شناختی توجه بیشتری را به بُعد هیجانی و بین‌فردی در اختلال اضطراب اجتماعی معطوف ساخته است که همین مهم تبیین‌کنندهٔ کارآمدی درمان مذکور خواهد بود (۱۰). استفاده از مقیاس خودگزارش‌دهی و احتمال پاسخ‌های غیرصادقانه و برداشت ناصحیح از سؤالات و همچنین پرسشنامهٔ مداد-کاغذی به‌عنوان منبع جمع‌آوری داده‌ها و اجرای هر دو پروتکل توسط یک‌درمانگر و افزایش احتمال سوگیری و طولانی‌بودن فرآیند مداخله از محدودیت‌های مهم در پژوهش حاضر به‌شمار می‌روند که ممکن است روایی درونی و تعمیم‌پذیری نتایج را محدود سازد. انجام پژوهش‌های مشابه با نمونه‌ای جامع و معرف‌تر و در جوامع متفاوت، کنترل متغیرهای جمعیت‌شناختی، بهره‌گیری از مداخلات فردی و طولی و افزایش تعداد جلسات به‌عنوان پیشنهادات پژوهشی و برگزاری کارگاه‌های آموزشی و تهیه کتب و نرم‌افزارهای آموزشی با زبان غیرتخصصی به‌عنوان پیشنهادات کاربردی پژوهش حاضر مطرح می‌شود.

۵ نتیجه‌گیری

هزینه‌های هنگفت بهداشتی در ابعاد فردی و اجتماعی و کارآیی‌نداشتن درمان‌های دارویی و کلاسیک و نرخ زیاد بازگشت علائم پس از بهبودی، لزوم بهره‌گیری از مداخلات روان‌شناختی فرانظری و چندوجهی 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 حاکی‌از مؤثربودن هر دو درمان در بهبود علائم اختصاصی در گروه‌های آزمایشی درمقایسه با گروه کنترل بوده و ازلحاظ اثربخشی نیز دو درمان مذکور با توان مؤثر نزدیک به‌هم ارزیابی شدند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.14.9]

References

1. Ganji M. Abnormal Psychopathology based onDSM-5. Tehran: Savalan publications;2014.
2. Kaplan H, Sadok B. Summary of Clinical Psychiatry. Translation: Rafee H, Rezaee F. Press Arjmand; 2004.
3. Lak Z. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on social anxiety disorder [MA thesis]. [Tehran, Iran]: Allameh Tabatabai University; 2013.
4. Wells AG, Carter K. Further Tests of a Cognitive Model of GAD. Meta Cognition and worry in GAD, Panic Disorder, SochalAnxiety, Depression and none patients. Behavior Therapy. 2001;32:85-102. doi:10.1016/S0005-7894(01)80045-9
5. Beck AT, Freeman A, Davis D. Associate Cognitive Therapy of personality disorders. Guilford Publications; 1990.
6. Young J, Kolesko J, Vishar M. Schema Therapy Practical Guide for Clinicians. Translation: Hamidpour H, AndoozZ. Press Arjmand; 2008.
7. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, et al. Early maladaptive schemas and social phobia. Cognitive Therapy and Research. 2006;30:571-84. doi:10.1007/s10608-006-9027-8
8. Brackeman D, Spinhaven B. RCT of Cognitive Therapy ansSchematherapy for comorbit anxiety and cluster c personality disorders. ZON – MW, The Netherland Organication for Health Research and Development Lieden University; Pieter de la court gebouw; 2008.
9. Hamidpour H, Dolatshahi B, Pourshahbaz A, Dadkhah A. The effectiveness of schema therapy in the treatment of women with 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
10. Leahy RLQ, Holland SJ. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. New York: Guilford; 2000.
11. Delavar A. Theoretical and practical research in the humanities and social sciences. Tehran: growth. 2001.
12. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, et al. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. The British Journal of Psychiatry. 2000;176:379-86. doi:10.1016/j.brat.2005.08.013
13. Hasanvand AmouzadehM, Shaeeri M, Asgharimoghadam M. A prediction model of social anxiety with cognitive-behavioral component. Journal of Research and Health. 2014;2:379-87. [Persian]
14. Leahy RLQ, Holland S.Step by step guide treatment of anxiety disorders.Translation: Dehghani A. Arak: PressNavayedanesh; 2007.
15. Alden LE, Mellings T, Ryder AG. Social anxiety, social phobia, and the self. In HofmannSG, DiBartoloPM.From social anxiety to social phobia: Multiple perspectives. Needham Heights MA: Allyn & Bacon; 2001.p. 304–20.
16. Heimberg G, Richard G. Social Anxity, Diagnosis, Assessment and treatment, Guilford press; 2003. p. 29-30.
17. Spurr JM, Stopa L. Self-focused attention in social phobia and social anxiety. Clinical psychology review. 2002;22:947-75. doi:10.1016/S0272-7358(02)00107-1
18. Hackmann A, Clark DM, McManus F. Recurrent images and early memories in social phobia. Behaviour Research and Therapy. 2000;38(6):601-10. doi:10.1016/S0005-7967(99)00161-8
19. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In HeimbergRG,LiebowitzMR, HopeDA,SchneierFR. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment New York: Guilford Press; 1995. P. 69-93.
20. 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
21. Newman MG, Llera SJ, Erickson TM, Przeworski A, Castonguay LG. Worry and Generalized Anxiety Disorder: A review and theoretical synthesis of evidence on nature, etiology, mechanisms, and treatment. Annu Rev Clin Psychol. 2013;9:275–97. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185544

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-10-30]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.14.9]