مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۰، شماره ۵، مرداد ۱۴۰۲ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر هراس اجتماعی در پایان دوره درمان و پیگیری در دانش آموزان دختر متوسطه اول

فهیمه السادات صاحبی: دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

حسین مهدیان: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران، (* نویسنده مسئول) hossein3284@gmail.com

مهدی قاسمی مطلق: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: دانش آموزان در رده‌های مختلف از لحاظ مسایل روانی گروه حساسی محسوب می‌شوند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر هراس اجتماعی در پایان دوره درمان و پیگیری در دانش آموزان دختر متوسطه اول بود.

روش کار: پژوهش حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان بهشهر که در سال ۱۴۰۳ - ۱۴۰۲ در مدارس مشغول به تحصیل بودند که بنا بر استعلام از اداره آموزش و پرورش شهرستان بهشهر تعداد ۲۳۲۰ نفر بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر بود. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از روش نمونه گیری خوشه‌ای استفاده شد. در این پژوهش از ابزار استاندارد استفاده شد که پرسشنامه‌ها شامل پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گارنفسکی و گرایج (۲۰۰۶)، پرسشنامه هراس اجتماعی کانور و همکارانش (۲۰۰۰) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس و آزمون تعقیبی برونفنی استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که دو شیوه طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری، هراس اجتماعی اثر معنی‌دار داشتند. همچنین بین نمرات هراس اجتماعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از گروه، تفاوت وجود داشت.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته ها از بین روش‌های طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری، درمان شناختی رفتاری در بهبود هراس اجتماعی مؤثرتر واقع شد. به طور کلی، این نتایج بیانگر اهمیت انتخاب رویکرد درمانی مناسب بر اساس نوع مشکل روان‌شناختی و نیازهای فردی است، زیرا هر کدام از این رویکردها می‌توانند در زمینه‌های خاصی نتایج بهتری ارائه دهند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

طرحواره درمانی هیجانی،
درمان شناختی رفتاری،
هراس اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۰
تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۰۵/۳۱

شیوه استناد به این مقاله:

Sahebi FS, Mahdian H, Ghasemi Motlagh M. Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Social Phobia at the End of the Treatment and Follow-Up Period in First-Secondary Female Students. Razi J Med Sci. 2023;30(5): 325-336.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

Razi Journal of Medical Sciences. 2023;30(5):325-336. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Social Phobia at the End of the Treatment and Follow-Up Period in First-Secondary Female Students

Fahimeh Al-Sadat Sahebi: PhD student in Educational Psychology, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.
Hossein Mahdian: Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran. (* Corresponding author) hossein3284@gmail.com
Mehdi Ghasemi Motlagh: Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

Abstract

Background & Aims: Students in different grades are considered a sensitive group regarding psychological issues, and everything they experience in this course will affect their adult personality and future. Children and teenagers spend a lot of time as students in schools and many factors affecting their mental health come back to the school and its conditions. At the same time, family issues will be effective in the mental health of students. The present study was conducted to Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Social Phobia at the End of the Treatment and Follow-Up Period in First-Secondary Female Students.
Methods: The current research was a semi-experimental design of pre-test-post-test type with a control group with follow-up. The statistical population of this research includes all female students of the first secondary school in Behshahr city who were studying in schools in 2023-2024. According to the inquiry from the first secondary school unit of the Education Department of Behshahr city, there were 2320 people studying at this stage. The present study sample included 45 people (15 people for each group; that is, 15 people in experimental group 1, 15 people in experimental group 2, and 15 people in the control group). In this research, the available sampling method was used, and using the cluster sampling method, a number of 45 people were selected, these people were not at an optimal level in terms of their condition and level of social anxiety, so they were screened and again randomly divided into three groups and 15 experimental people (two groups) and waiting for treatment were assigned to each group. In this research, standard tools were used, the questionnaires included the emotion regulation questionnaire by Garnofsky and Graj (2006), and the social anxiety questionnaire by Kanor and his colleagues (2000), and both groups were examined with research questionnaires before and after the intervention.
Results: The findings showed that two methods of emotional schema therapy and cognitive behavioral therapy had a significant effect on social phobia. Also, there was a difference between the social phobia scores in the three stages of pre-test, post-test and follow-up regardless of the group. Table 3 shows the results of multivariate tests (four tests of Pillay's effect, Wilks's lambda, Hotelling's effect, and the largest Z root). For the significance and non-significance of each test, you can pay attention to the Sig value, which is significant at the 0.05 level if it is less than 0.05. The squared values of Eta related to the dependent variable (social phobia) in the three groups are 0.632, this indicates an above average effect. Also, the results of the Vickers lambda test are significant for the mentioned variable, and the significance of the dependent variable (social phobia) indicates that the participants in the three groups are different from each other, and the averages of the groups are significantly affected by the independent variable. . (p=0.0001, F=32.561). As a result, the amount of social phobia of the participants in the three groups is different and the averages of the groups are significantly influenced by the independent variable. Table 4, the client's kurtosis test tests this null hypothesis. In this test, if the significance level is less than 0.05, the hypothesis H0 is rejected

Keywords
Emotional Schema Therapy,
Cognitive Behavioral Therapy,
Social Phobia

Received: 09/04/2023
Published: 22/08/2023

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

and the hypothesis H1 is confirmed. If the hypothesis H0 is rejected, the curvature of the variance-covariance matrix of the dependent variable cannot be accepted, and the other three tests Greenhouse Geisser, Haven-Felt or the lower limit should be used, which correct the degrees of freedom. In this variable, the curvature of the variance-covariance matrix was not accepted at the error level of 0.05 (Sig.= 0.047). So it is necessary to use three other tests. Table 5 shows the tests of within-subjects effects. Because in the previous part, the sphericity of the variance-covariance matrix was not accepted through the client's sphericity test, in this part we used the assumed sphericity rows to test the significance and non-significance of each effect. But if the curve of the variance-covariance matrix is not accepted, we must use the other three rows (Geisser Greenhouse, Haven-Flat and lower limit tests). As can be seen, the only interaction effect of the number of tests * group (Time * Group) is significant at the error level of 0.05.

Conclusion: According to the findings, among the methods of emotional schema therapy and cognitive behavioral therapy, cognitive behavioral therapy was more effective in improving social phobia. In general, these results indicate the importance of choosing the appropriate treatment approach based on the type of psychological problem and individual needs. Because each of these approaches can provide better results in certain fields. Understanding the effect of cognitive-behavioral therapy on social anxiety in students requires a deep analysis of how this therapeutic approach works and how it affects social anxiety. Cognitive-behavioral therapy is specifically designed to help people who suffer from anxiety disorders, including social phobia, and uses a combination of cognitive and behavioral techniques to manage and reduce symptoms. Social phobia, or social anxiety, is a mental disorder characterized by intense fear and anxiety in social and performance situations. Emotional schema therapy as a new treatment approach in psychology has been very effective, especially for dealing with emotional and psychological problems, including social phobia in students. This therapeutic approach, unlike more traditional methods that focus more on changing superficial thoughts and behaviors, examines and changes deeper emotional schemas that are rooted in early experiences and the formation of a person's personality. Social phobia or social anxiety is one of the common mental disorders that is characterized by severe fear and anxiety in social and functional situations. This disorder can significantly affect students' academic performance, social interactions, and quality of life. Students suffering from social phobia usually have irrational fears of being negatively evaluated, criticized, or rejected by others. These fears can lead to social isolation, reduced self-confidence, and serious problems in education and social activities.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Sahebi FS, Mahdian H, Ghasemi Motlagh M. Comparison of the Effectiveness of Emotional Schema Therapy and Cognitive Behavioral Therapy on Social Phobia at the End of the Treatment and Follow-Up Period in First-Secondary Female Students. Razi J Med Sci. 2023;30(5): 325-336.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

مقدمه

دانش آموزان در رده‌های مختلف از لحاظ مسایل روانی گروه حساسی محسوب می‌شوند و هر آنچه در این دوره تجربه می‌کنند در شخصیت بزرگسالی و آینده آنان تاثیرگذار خواهد بود لذا سلامت و بهداشت روان دانش آموزان موضوعی مهم و قابل توجه است (۱). کودکان و نوجوانان زمان بسیاری را به عنوان دانش آموز در مدارس می‌گذرانند و بسیاری از عوامل موثر بر بهداشت روانی آنان به مدرسه و شرایط آن باز می‌گردد. در عین حال مسایل مربوط به خانواده نیز قطعاً در زمینه بهداشت روانی دانش آموزان موثر خواهد بود (۲). بنا به دلایل خانوادگی، محیطی، فرهنگی و تربیتی، دانش آموز ممکن است دچار یکسری اختلالات روانی گردد که منجر به آسیب روانی و مشکلات هیجانی و تحمل شکست و ناکامی در دانش آموز شود (۳). سطح تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی در بسیاری از جوامعه در افراد با گروه‌های سنی مختلف قابل رویت است. تنظیم هیجانی به مرحله‌ای اشاره دارد که افراد به واسطهٔ آن بر هیجانات خود و این که آن‌ها چگونه هیجانات‌شان را بیان و تجربه می‌کنند تأثیر می‌گذارد (۴). دشواری در تنظیم هیجانی باید نتیجهٔ کمبود توانایی‌ها و قابلیت‌های تنظیم هیجانی باشد. مفهوم تنظیم هیجان، یک مفهوم گسترده شامل فرآیندهای هشیار و ناهشیار روانی، فیزیولوژیکی و رفتاری پیچیده است (۵).

تنظیم هیجان از طریق افکار و شناخت، با زندگی افراد مرتبط بوده و به افراد در مدیریت یا تنظیم هیجان‌ها یا احساسات، همزمان یا بعد از رویدادهای استرس‌زا یا تهدید کننده کمک می‌کند. از جمله مشکلات هیجانی، می‌توان هراس اجتماعی را نام برد. هراس اجتماعی یکی از مشکلات اصلی هیجانی است که حیطه‌هایی از کارکردهای فرد را دچار مشکل می‌کند (۶). هراس اجتماعی یکی از انواع اختلالات اضطرابی است که به ترس بارز و مستمر از یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی که در آن شخص با افراد ناآشنا مواجه است یا ممکن است موضوع کنجکاوی آنها قرار گیرد اطلاق می‌شود. شخص می‌ترسد به‌گونه‌ای رفتار کند که موجب تحقیر و شرمندگی او گردد و یا مورد ارزیابی منفی قرار گیرد. این پدیده بخش بزرگی از فعالیت‌های روزانه فرد را تخریب می‌کند و ممکن است به‌طور قابل توجیهی سطح کیفیت زندگی را کاهش دهد (۷).

کثیری از محققان بر این باور هستند که اختلال هراس اجتماعی، بدتنظیمی هیجان یا مشکلاتی در معیارهای تنظیم هیجان را به همراه دارد. معیارهای تشخیصی حاکی از تغییر مشکلات پردازشی هیجانی و وابسته به خود برای این اختلال است، اما راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی به‌طور ویژه به مشکلات تنظیم هیجان اشاره نمی‌کند. نقش پردازش هیجانی در اختلال‌های اضطرابی و سلامت روانی کانون شماری از مطالعات بوده است (۸). تحقیقات بر نقش هیجان و تنظیم هیجان در اختلال هراس اجتماعی را مشخص کردند و نشان داده شد که هر چه یک فرد از سطح تنظیم هیجان نامناسبی برخوردار باشد، به همان اندازه دچار هراس اجتماعی خواهد بود و در پی آن آسیب‌های روانی در فرد مشاهده می‌گردد و سطح سلامت روانی فرد کاهش می‌یابد (۹). روزن (Rozen) و همکاران (۲۰۲۳) تنظیم هیجانی را به عنوان تلاش فرد برای مدیریت هیجان در نظر گرفته که در آن هیجان خاصی برای یک هدف مورد استفاده قرار می‌گیرد. تنظیم هیجانی یک فرآیند محوری برای همه‌ی جنبه‌های عملکرد انسان است و نقش حیاتی در شیوه‌هایی که افراد با تجارب استرس‌زا تجربه می‌کنند، ایفا می‌کند. تنظیم هیجانی دلالت‌های بالینی مهمی دارد، روش‌هایی که افراد هیجان‌هایشان را مدیریت می‌کنند، عملکرد شناختی‌شان را (مثل مشکلات بیرونی و مشکلات درونی) متأثر می‌سازند (۱۰). با تغییر راهبردهای ناکارآمد و مؤثر در کاهش هیجان‌های منفی می‌توان به بهداشت و سلامت روانی فرد کمک کرد. می‌دانیم که کنترل توجه، حل مشکل و روابط سالم، برای موفقیت تحصیلی و رضایت فردی حیاتی هستند. تنظیم هیجان، برای عملکرد مثبت حیاتی است. در بعضی مواقع، می‌تواند عملکرد را بهبود بخشد. تنظیم هیجان، اساساً با رفتار مرتبط است، به صورتی که رفتار را سازماندهی می‌کند (۱۱). سطح هراس اجتماعی و تنظیم هیجانی با بهزیستی ذهنی ارتباط نزدیکی دارد. بوجود آمدن هراس اجتماعی برای هر فردی یک تجربه غافل‌گیرکننده و نگران‌کننده است. در واقع در افراد با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

هراس اجتماعی، درک از زندگی تغییر می‌کند (۱۲). به طوری که تحقیقات متعددی نشان داده است رابطه تنگاتنگی میان عدم تنظیم هیجان و هراس اجتماعی و حالات روان‌شناختی وجود دارد. هر چند این اختلال باعث بروز عارضه‌های روانی متعددی می‌شود، اما به تازگی مشخص شده است که فشارهای روانی تأثیر عمیقی در سرعت بخشیدن به پیشرفت و رشد انواع مختلف اختلالات روانی دارند بدون اینکه عملاً به وجودآورنده و سازنده آنها باشند (۱۳). بر این اساس، به منظور روشن شدن تضاد آراء و آشکار نمودن میزان اثربخشی دقیق‌تر این رویکردهای درمانی، همچنین تفاوت رویکرد نظری هر دو نوع مداخله و به جهت مقایسه اثرگذاری هریک از این دو رویکرد، محقق به دنبال پاسخ به این مسئله پژوهش بود که آیا اثربخشی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر تنظیم هراس اجتماعی در دانش آموزان متفاوت بوده یا نه؟

روش کار

تحقیق حاضر طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. این پژوهش دارای کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1401.178 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر متوسطه اول شهرستان بهشهر که در سال ۱۴۰۳ - ۱۴۰۲ در مدارس مشغول به تحصیل بودند که بنا بر استعلام از واحد متوسطه اول اداره آموزش و پرورش شهرستان بهشهر تعداد ۲۳۲۰ نفر در این مقطع مشغول به تحصیل بودند. نمونه پژوهش حاضر شامل ۴۵ نفر (برای هر گروه ۱۵ نفر؛ یعنی ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۱ و ۱۵ نفر در گروه آزمایشی ۲ و ۱۵ نفر نیز در گروه کنترل) بود. در این مطالعه برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج و احتمال ریزش برخی نمونه‌ها تعداد هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس و با استفاده از روش نمونه گیری خوشه‌ای استفاده شد؛ بدین صورت که شهرستان بهشهر با توجه به پراکندگی مدارس مقطع متوسطه اول، به ۴ ناحیه شمال، جنوب، شرق و غرب تقسیم شد (جهت تحت پوشش قرار دادن تمام مناطق) و سپس ابتدا از هر ناحیه یک مدرسه به شیوه تصادفی انتخاب شد و در هر مدرسه به روش تصادفی ساده یک کلاس انتخاب شد و در نهایت از هر کلاس دانش آموزانی که در مرحله غربالگری با توجه به پاسخگویی به پرسشنامه مطالعه (هراس اجتماعی) در سطح نامطلوبی بودند و بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه، می‌توانستند در مطالعه شرکت کنند انتخاب شدند و بعد از پُر کردن فرم رضایت نامه شرکت در تحقیق، از بین افراد تعداد ۴۵ نفر انتخاب و مجدداً بصورت تصادفی به سه گروه و هر گروه ۱۵ نفر آزمایشی (دو گروه) و در انتظار درمان اختصاص داده شدند. ابزار گرداوری داده‌ها به شرح زیر بود:

پرسشنامه هراس اجتماعی کانور (۲۰۰۰):

پرسشنامه هراس اجتماعی در سال ۲۰۰۰ توسط کانور و همکارانش به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد. پرسشنامه مذکور سه حیطه بالینی هراس اجتماعی یعنی ترس، اجتناب و علایم فیزیولوژیکی این اختلال را می‌سنجد. از مزیت‌های این پرسشنامه کوتاه بودن و سادگی نمره‌گذاری آن است که سبب می‌شود بتوان از آن به سهولت و بر روی جمعیت‌های بزرگ همانند دانشجویان استفاده کرد. یکی از موارد استفاده این پرسشنامه آزمودن پاسخ به درمان در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی است. نمره کل مقیاس از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید. بنابراین دامنه‌ی نمرات مقیاس از ۱۷ تا ۸۵ خواهد بود. نمرات بالا در هر مقیاس، بیان‌گر میزان هراس اجتماعی بالا در افراد است. براساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی ۸۹ درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز می‌کند. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش باز آزمایی در گروههایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۷۸/۰ تا ۸۹/۰ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۹۴/۰ گزارش شده است. همچنین برای

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

مقیاس‌های فرعی ترس ۸۹/۰، اجتناب ۹۱/۰ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۸۰/۰ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنیهای با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنیهای گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار بالای آن است.

جلسات درمان: جلسات درمان طرحواره درمانی هیجانی در ۱۰ جلسه و هرجلسه ۶۰ دقیقه و هفته‌ای یک جلسه برگزار گردید و جلسات درمان شناختی-رفتاری نیز در ۱۰ جلسه و هرجلسه ۶۰ دقیقه و هفته‌ای یک جلسه برگزار گردید.

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آماری و استنباطی به شرح زیر استفاده شد: در سطح آمار توصیفی میانگین، انحراف معیار و جداول دموگرافیک برای متغیرها در سه گروه و در دو مرحله آزمایش و کنترل استفاده شد. در سطح آمار استنباطی به منظور مقایسه نتایج سه گروه آزمایشی و کنترل ضمن رعایت پیش‌فرض‌های تحقیق شامل نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون، از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون بون‌فرونی استفاده شد.

یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین‌های سه گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون ارائه شده است. این میانگین‌ها به ما می‌گویند که میانگین متغیر هراس اجتماعی دو گروه آزمایش (مداخله آموزشی) در مقایسه با گروه کنترل در سطح بهتری قرار دارند. بهترین میانگین را در پس‌آزمون گروه مداخله طرحواره درمانی هیجانی مشاهده می‌کنیم.

آزمون باکس این فرض صفر را مورد آزمون قرار می‌دهد که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌های مختلف برابرند. در جدول ۲ چون مقدار F در سطح خطای داده شده (۰/۰۰۶) معنی‌دار است بنابراین فرض صفر رد می‌شود. به این معنی که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین سه گروه مختلف پژوهش حاضر با هم برابر نیستند. بنابراین فرض تساوی ماتریس‌های واریانس کواریانس رد می‌شود. به این معنی که ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین سه گروه مختلف پژوهش حاضر با هم برابر نیستند.

جدول ۳ نتایج آزمون‌های چند متغیره (چهار آزمون اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی) را نشان می‌دهد. برای معنی‌داری و غیر معنی‌داری هر آزمون می‌توان به مقدار Sig دقت نمود که اگر کمتر از ۰/۰۵ باشد در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. مقادیر مجذوراتی Eta مربوط به متغیر وابسته (هراس اجتماعی) در سه گروه ۰/۶۳۲ است این نشان دهنده اثر بیش از متوسط است. همچنین نتایج آزمون لامبدای

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیر هراس اجتماعی در گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون پژوهش

مراحل آزمون	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری آزمون		تعداد
گروه	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
گروه (۱) طرحواره درمانی هیجانی	۳/۸۱۱۸	۰/۱۳۳۷۷	۲/۳۹۶۱	۰/۱۴۴۸۹	۳/۶۴۷۱	۰/۱۴۴۰۹	۱۵
گروه (۲) درمان شناختی رفتاری	۳/۸۷۰۶	۰/۱۴۶۱۳	۲/۴۱۵۷	۰/۳۳۱۶۲	۳/۶۳۱۴	۰/۲۱۸۳۷	۱۵
گروه (۳) کنترل	۳/۸۹۰۲	۰/۱۷۰۵۸	۳/۶۹۰۲	۰/۱۵۱۵۶	۳/۷۶۸۶	۰/۲۲۲۸۵	۱۵
مجموع	۳/۸۵۷۵	۰/۱۵۱۲۷	۲/۸۳۴۰	۰/۶۵۱۰۹	۳/۶۸۲۴	۰/۲۰۳۵۴	۴۵

جدول ۲- نتایج آزمون باکس مربوط به برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده هراس اجتماعی در بین سه گروه

آزمون	Box's M	اندازه F	df1	df2	سطح معناداری
هراس اجتماعی	۳۱/۱۰۴	۲/۳۲۱	۱۲	۸۵۴۸/۶۱۵	۰/۰۰۶

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

ویکلز نشان دهنده این است که شرکت‌کنندگان در سه گروه با هم متفاوت هستند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار است. در نتیجه مقدار هراس اجتماعی شرکت‌کنندگان در سه گروه با هم متفاوت هستند و میانگین‌های گروه‌ها تحت تأثیر متغیر مستقل معنادار است.

جدول ۴، آزمون کرویت موکلی این فرض صفر را آزمون می‌کند. در این آزمون چنانچه سطح معنی‌داری کوچکتر از ۰/۰۵ باشد فرض H_0 رد و فرض H_1 تأیید می‌گردد. چنانچه فرض H_0 رد شود، نمی‌توان کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته را پذیرفت و باید از سه آزمون دیگر گرینهاوس گیسر، هیون- فلت یا حد پایین استفاده کرد که این آزمون‌ها درجه آزادی را تصحیح می‌کنند. در این متغیر کرویت ماتریس واریانس-کوواریانس در سطح خطای ۰/۰۵ پذیرفته نشد. پس نیاز به استفاده از سه آزمون دیگر است.

جدول ۵ آزمون‌های اثرات درون آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. چون در قسمت قبل کرویت ماتریس واریانس-

جدول ۳- نتایج آزمون‌های چند متغیره در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون متغیر هراس اجتماعی

	آزمون	ارزش	اندازه F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری Sig.	مربع اتای جزئی
اثر تعداد آزمون	اثر پیلای	۰/۶۳۲	۳۲/۵۶۱	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲
	لامبدای ویلکز	۰/۳۶۸	۳۲/۵۶۱	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲
	اثر هتلینگ	۱/۷۱۴	۳۲/۵۶۱	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲
	بزرگترین ریشه روی	۱/۷۱۴	۳۲/۵۶۱	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲
اثر تعداد آزمون * گروه	اثر پیلای	۰/۵۲۳	۶/۹۰۹	۴/۰۰۰	۷۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۲۶۲
	لامبدای ویلکز	۰/۶۳۲	۳۲/۵۶۱	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲
	اثر هتلینگ	۰/۳۶۸	۳۲/۵۶۱	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲
	بزرگترین ریشه روی	۱/۷۱۴	۳۲/۵۶۱	۲/۰۰۰	۳۸/۰۰۰	۰/۰۰۰	۰/۶۳۲

جدول ٤- نتایج آزمون کرویت موکلی

اثر	Mauchly's	تقریب خی دو	df	سطح معناداری	گرینهاوس گیسر	هیون –فلت	حد پایین
تعداد پیش، پس و پیگیری آزمون	۰/۸۵۲	۶/۰۹۸	۲	۰/۰۴۷	۰/۸۷۱	۱/۰۰۰	۰/۵۰۰

جدول ۵- نتایج آزمون‌های اثرات درون موضوعی متغیر هراس اجتماعی

	منبع	مجموع مجذورها نوع III	درجه آزادی	مجذور میانگین	اندازه F	سطح معناداری Sig.	مربع اتای جزئی
اثر تعداد آزمون	کرویت فرض‌شده	۲/۰۲۴	۲	۱/۰۱۲	۲۸/۹۲۴	۰/۰۰۰	۰/۴۲۶
	گرینهاوس گیسر	۲/۰۲۴	۱/۷۴۲	۱/۱۶۲	۲۸/۹۲۴	۰/۰۰۰	۰/۴۲۶
	هیون –فلت	۲/۰۲۴	۲/۰۰۰	۱/۰۱۲	۲۸/۹۲۴	۰/۰۰۰	۰/۴۲۶
	حد پایین	۲/۰۲۴	۱/۰۰۰	۲/۰۲۴	۲۸/۹۲۴	۰/۰۰۰	۰/۴۲۶
اثر تعداد آزمون * گروه	کرویت فرض‌شده	۱/۱۲۳	۴	۰/۲۸۱	۸/۰۲۵	۰/۰۰۰	۰/۲۹۲
	گرینهاوس گیسر	۱/۱۲۳	۳/۴۸۴	۰/۳۲۲	۸/۰۲۵	۰/۰۰۰	۰/۲۹۲
	هیون –فلت	۱/۱۲۳	۴/۰۰۰	۰/۲۸۱	۸/۰۲۵	۰/۰۰۰	۰/۲۹۲
	حد پایین	۱/۱۲۳	۲/۰۰۰	۰/۵۶۲	۸/۰۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۲
خطای (تعداد آزمون)	کرویت فرض‌شده	۲/۷۲۹	۷۸	۰/۰۳۵	–	–	–
	گرینهاوس گیسر	۲/۷۲۹	۶۷/۹۲۸	۰/۰۴۰	–	–	–
	هیون –فلت	۲/۷۲۹	۷۸/۰۰۰	۰/۰۳۵	–	–	–
	حد پایین	۲/۷۲۹	۳۹/۰۰۰	۰/۰۷۰	–	–	–

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

کوواریانس از طریق آزمون کرویت موکلی پذیرفته نشد در این قسمت ما برای آزمون معنی‌داری و غیر معنی‌داری هر اثر از ردیف‌های کرویت فرض‌شده استفاده نمودیم. اما اگر کرویت ماتریس واریانس کوواریانس پذیرفته نشود باید از سه ردیف دیگر (آزمون‌های گرینهاوس گیسر، هیون-فلت و حد پائین) استفاده کنیم. همان‌طور که مشاهده می‌شود تنها اثر تعاملی اثر تعداد آزمون * گروه (Time*Group) در سطح خطای ۰/۰۵ معنی‌دار است. مقدار Eta نشان می‌دهد که تقریباً ۱۰/۴۰ درصد از واریانس متغیر وابسته (هراس اجتماعی) برای متغیر گروه به حساب آمده است(جدول۶).

جدول ۷ نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیر هراس اجتماعی را در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری متغیر هراس اجتماعی نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود در پس‌آزمون معنی‌دار است و در پیش‌آزمون و پیگیری‌آزمون غیرمعنی‌دار است. نتیجه اینکه، واریانس خطا در بین افراد سه گروه پژوهش متفاوت نیست.

مهمترین نتایج پژوهش جدول ۸ ارائه شد. یعنی اثرات گروه Group معنی‌دار شده است به این معنی که میزان متغیر هراس اجتماعی در افراد سه گروه پژوهش در پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری آزمون با هم تفاوت دارد. مقدار Eta نشان می‌دهد که تقریباً ۴۰/۶ درصد از واریانس متغیر وابسته (هراس اجتماعی) برای متغیر گروه به حساب آمده است.

نمودار ۱ میزان متغیر هراس اجتماعی را به صورت جداگانه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری نشان می‌دهد. خط آبی رنگ مربوط به میزان متغیر هراس اجتماعی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه مداخله طرحواره درمانی هیجانی و خط قرمز رنگ مربوط به متغیر هراس اجتماعی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه مداخله درمان شناختی رفتاری است. خط سبز رنگ مربوط به میزان متغیر هراس اجتماعی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه کنترل (شاهد) است. این نمودار

جدول ٦- نتایج آزمون‌های تضاد درون موضوعی متغیر هراس اجتماعی

منبع	تعداد آزمون	مجموع مجذورها نوع III	درجه آزادی	مجذور میانگین	اندازه F	سطح معناداری . Sig	مربع اتای جزئی
تعداد آزمون	خطی	۰/۰۸۲	۱	۰/۰۸۲	۲/۸۰۲	۰/۱۰۲	۰/۰۶۷
	درجه دوم	۱/۹۴۲	۱	۱/۹۴۲	۴۷/۶۰۳	۰/۰۰۰	۰/۵۵۰
تعداد آزمون * گروه	خطی	۰/۱۳۳	۲	۰/۰۶۶	۲/۲۷۳	۰/۱۱۷	۰/۱۰۴
	درجه دوم	۰/۹۹۰	۲	۰/۴۹۵	۱۲/۱۳۷	۰/۰۰۰	۰/۳۸۴
خطای (تعداد آزمون)	خطی	۱/۱۳۸	۳۹	۰/۰۲۹	–	–	–
	درجه دوم	۱/۵۹۱	۳۹	۰/۰۴۱	–	–	–

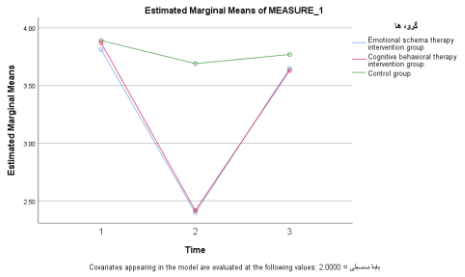
جدول ۷- نتایج آزمون لون جهت سنجش برابری واریانس‌های خطای متغیر هراس اجتماعی

آزمون	آماره اف	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری .Sig
پیش‌آزمون متغیر هراس اجتماعی	۰/۱۱۶	۲	۴۲	۰/۸۹۱
پس‌آزمون متغیر هراس اجتماعی	۷/۷۱۸	۲	۴۲	۰/۰۰۱
آزمون پیگیری متغیر هراس اجتماعی	۱/۲۹۵	۲	۴۲	۰/۲۸۵

جدول۸- نتایج آزمون‌های اثرات بین موضوعی متغیر هراس اجتماعی

منبع	مجموع مربعات نوع III	درجه آزادی	مجذور میانگین	اندازه F	سطح معناداری .Sig	مربع اتای جزئی
رهگیری	۲۳۱/۸۳۰	۱	۲۳۱/۸۳۰	۶۸۷۲/۷۷۴	۰/۰۰۰	۰/۹۹۴
گروه	۰/۸۹۸	۲	۰/۴۴۹	۱۳/۳۱۶	۰/۰۰۰	۰/۴۰۶
خطا	۱/۳۱۶	۳۹	۰/۰۳۴	–	–	–

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]



نمودار ۱- میزان تغییرات متغیر هراس اجتماعی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آزمون سه گروه پژوهش

نشـــان می‌دهد که بطور متوســـط میزان متغیر هراس اجتماعی در دو گروه مداخله درمانی (طرحواره درمانی هیجانی و درمان شـــناختی رفتاری) نســـبت به گروه کنترل در پس‌آزمون (بـار دوم) متغیر تنظیم هیجـان نسبت به پیش‌آزمون (بار اول) کاهش چشـمگیری یافته اسـت. در حالی که در گروه کنترل این متغیر در بار دوم (پس آزمون) اندک ناچیزی کاهش یافتـه اســـت. در مرحله پیگیری آزمون نیز میانگین ســه گروه نســبت به مرحلهٔ دوم پس‌آزمون، هراس اجتماعی افزایش چشمگیر و اندکی یافته است. بنا بر نتایج آزمون و مشاهدهٔ نمودار ۱ می‌توان گفت کـه بین اثربخشـــی طرحواره درمـانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر هراس اجتماعی در پـایـان دوره درمـان و پیگیری در دانش‌آموزان دختر متوسطه اول تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

بحث

هدف از این پژوهش تاثیر اثربخشـی طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی رفتاری بر هراس اجتماعی در پـایـان دوره درمـان و پیگیری در دانش آموزان دختر متوســطه اول بود. نتایج نشـان داد که با هر دو شـیوه درمان در مقایســه با گروه گواه، نمرات هراس اجتماعی شـرکت‌کنندگان بهبود یافت. از بین روش‌های طرحواره درمـانی هیجـانی و درمـان شـــناختی رفتـاری، روش طرحواره درمـانی هیجـانی در بهبود هراس اجتمـاعی مؤثرتر بوده است. هم‌چنین یافته مشابهی که اثربخشی این دو نوع درمان را با توجه به تعامل دو عامل گروه و زمان نشـــان داده باشـــد در ایران به‌ندرت یافت شـــد. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش الداهر(El-Dahr) و همـکـاران(۲۰۱۹) (۱۳)، اپولینـارو هـاگن (Apolinário-Hagen) و همکاران (۲۰۲۰) (۳) و سرات (Serrat) و همکاران (۲۰۲۱) (۸) همسو می‌باشد. درک تأثیر درمـان شـــناختی-رفتاری بر هراس اجتماعی در دانش‌آموزان نیازمند تحلیل عمیق از نحوه عملکرد این رویکرد درمـانی و چگونگی اثرگـذاری آن بر اضـــطراب اجتماعی اســـت. درمان شـــناختی-رفتاری به‌طور ویژه برای کمک به افرادی که از اختلالات اضطرابی، از جمله هراس اجتماعی، رنج می‌برند، طراحی شـــده اســـت و از ترکیبی از تکنیک‌های شـناختی و رفتاری برای مدیریت و کاهش علائم اســـتفاده می‌کند. هراس اجتماعی، یا اضطراب اجتماعی، یک اختلال روانی است که با ترس و اضـطراب شـدید در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی مشـــخص می‌شـــود (۹). دانش‌آموزانی کـه از هراس اجتماعی رنج می‌برند، معمولاً از مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی به دلیل ترس از ارزیابی منفی، نقد، یا رد شدن توسط دیگران می‌ترسـند. این اختلال می‌تواند به انزوای اجتماعی، کاهش اعتماد به نفس، و مشـــکلات جدی در عملکرد تحصـیلی و روابط اجتماعی منجر شـود. درمان شـــناختی-رفتاری بر این مبنا اســـتوار اســـت که افکار، احســـاســـات و رفتارها به‌طور متقابل بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند (۱۳). درمـان شـــنـاختی-رفتـاری بر تغییر الگوهای فکری منفی و رفتارهای غیرسازنده تمرکز دارد که ممکن اســـت باعث بروز یا تشـــدید هراس اجتماعی شوند. این رویکرد درمانی به‌طور خاص به تغییر نگرش‌ها و واکنش‌های فرد به موقعیت‌های اجتماعی پرداخته و از تکنیـک‌هـای مختلف برای کـاهش اضـــطراب و بهبود مهارت‌های اجتماعی اســـتفاده می‌کند. تکنیک‌های شـناختی درمان شـناختی-رفتاری به شـناسـایی و تغییر افکـار منفی و غیرواقعی کـه در هراس اجتمـاعی نقش دارند، کمـک می‌کنـد. افکار منفی می‌تواننـد شـــامـل نگرانی‌های مداوم درباره ارزیابی منفی دیگران، ترس از اشـتباه کردن، یا احسـاس عدم کفایت باشـند (۳). این افکار منفی می‌توانند باعث افزایش اضـطراب اجتماعی و محدود شـــدن عملکرد فرد در موقعیت‌های اجتماعی شوند. در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر به فرد کمک می‌کند تا این افکار منفی را شناسایی کرده و آن‌ها را به چالش بکشـد. این فرآیند شـامل ارزیابی شـواهدی اسـت

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

که این افکار را تأیید یا رد می‌کند و تلاش برای تغییر این افکار به باورهای منطقی‌تر و مثبت‌تر است. برای مثال، اگر یک دانش‌آموز نگران است که در یک ارائه کلاس دچار اشتباه شود و مورد تمسخر قرار گیرد، درمانگر می‌تواند به او کمک کند تا شواهدی برای حمایت از این نگرانی‌ها و شواهدی برای رد آن‌ها جمع‌آوری کند و نگرش‌های منطقی‌تری درباره توانایی‌های خود توسعه دهد (۱۰). تکنیک‌های رفتاری درمان شناختی-رفتاری به تغییر رفتارهای غیرسازنده و افزایش مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی کمک می‌کنند. این تکنیک‌ها به فرد این امکان را می‌دهند که به‌تدریج و به‌طور سیستماتیک با موقعیت‌های اجتماعی که باعث اضطراب می‌شوند، مواجه شود. این مواجهه به فرد کمک می‌کند تا تجربه‌های جدید و مثبت‌تری از موقعیت‌های اجتماعی کسب کند و به تدریج بر ترس‌های خود غلبه کند. یکی از تکنیک‌های اصلی در درمان شناختی-رفتاری برای هراس اجتماعی، "مواجهه تدریجی" است. در این تکنیک، درمانگر به فرد کمک می‌کند تا موقعیت‌های اجتماعی را به تدریج و به‌طور مرحله‌ای مورد بررسی قرار دهد (۴).

یافته به دست آمده از پژوهش نشان داد که آموزش طرحواره درمانی هیجانی بر هراس اجتماعی مؤثر است و نسبت به درمان شناختی رفتاری تاثیر کمتری در مرحله پیگیری داشت و درمان شناختی رفتاری مؤثرتر واقع گردید. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش الوی (Alvi) و همکاران(۲۰۲۲) (۲)، زویفل (Zweifel) (۲۰۲۱) (۵) و آرمو (Rozen) و همکاران (۲۰۲۳) (۱۰) همسو می‌باشد. طرحواره درمانی هیجانی به عنوان یک رویکرد درمانی نوین در روان‌شناسی، به ویژه برای مقابله با مشکلات هیجانی و روانی، از جمله هراس اجتماعی در دانش‌آموزان، بسیار مؤثر واقع شده است. این رویکرد درمانی، برخلاف روش‌های سنتی‌تر که بیشتر بر روی تغییر افکار و رفتارهای سطحی تمرکز دارند، به بررسی و تغییر طرحواره‌های هیجانی عمیق‌تری که ریشه در تجربیات اولیه و شکل‌گیری شخصیت فرد دارند، می‌پردازد. هراس اجتماعی یا اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات رایج روانی است که به طور مشخص با ترس و اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی مشخص می‌شود. این اختلال می‌تواند به طور قابل توجهی بر عملکرد تحصیلی، تعاملات اجتماعی، و کیفیت زندگی دانش‌آموزان تأثیر بگذارد. دانش‌آموزانی که از هراس اجتماعی رنج می‌برند، معمولاً با ترس‌های غیرمنطقی از ارزیابی منفی، نقد، یا رد شدن توسط دیگران مواجه هستند. این ترس‌ها می‌تواند به انزوای اجتماعی، کاهش اعتماد به نفس، و بروز مشکلات جدی در تحصیل و فعالیت‌های اجتماعی منجر شود (۶).

طرحواره‌های هیجانی الگوهای عمیق و پایدار از احساسات و باورهای پایه‌ای هستند که در دوران کودکی و بر اساس تجربیات اولیه شکل گرفته‌اند. این طرحواره‌ها می‌توانند به طور مستقیم بر نحوه تجربه و ابراز هیجانات فرد تأثیر بگذارند. در مورد هراس اجتماعی، طرحواره‌هایی مانند احساس بی‌کفایتی، ترس از رد شدن، یا عدم محبت ممکن است به شکل‌گیری و شدت‌یافتن این اختلال کمک کنند. برای مثال، دانش‌آموزی که در دوران کودکی به دلیل کمبود محبت از سوی والدین، احساس بی‌کفایتی و عدم پذیرش را تجربه کرده است، ممکن است در موقعیت‌های اجتماعی دچار ترس و اضطراب شود. این طرحواره‌ها به گونه‌ای در فرد شکل می‌گیرند که به طور خودکار و ناخودآگاه در موقعیت‌های اجتماعی فعال می‌شوند و باعث بروز هراس اجتماعی می‌گردند. طرحواره درمانی هیجانی با هدف شناسایی و تغییر این طرحواره‌های هیجانی عمیق و پایدار به کار می‌رود. درمانگر در این رویکرد ابتدا به شناسایی طرحواره‌های هیجانی که به هراس اجتماعی منجر شده‌اند، می‌پردازد (۱۱). این شناسایی شامل بررسی تجربیات اولیه و الگوهای هیجانی است که به شکل‌گیری این اختلال کمک کرده‌اند. پس از شناسایی طرحواره‌ها، درمانگر به تغییر این الگوهای عمیق پرداخته و به فرد کمک می‌کند تا تجربیات جدید و مثبت‌تری را جایگزین تجربیات منفی گذشته کند. برای مثال، اگر یک دانش‌آموز به دلیل تجربه‌های اولیه منفی از عدم محبت، دچار هراس اجتماعی شده است، درمانگر با استفاده از تکنیک‌های طرحواره درمانی به او کمک

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

می‌کند تا این تجربیات منفی را بازنگری کرده و باورهای مثبت‌تری درباره خود و توانایی‌هایش توسعه دهد. این فرآیند شامل تکنیک‌های مختلفی از جمله تجدیدنظر در تجربیات گذشته، تغییر الگوهای فکری منفی، و ایجاد تجربیات مثبت جدید است (۷).

طرحواره درمانی هیجانی و درمان شناختی-رفتاری هر دو رویکردهای مؤثری برای درمان هراس اجتماعی هستند، اما این دو روش از زوایای متفاوتی به مسئله می‌پردازند و به همین دلیل می‌توانند در زمینه‌های خاصی مزایای مختلفی داشته باشند. طرحواره درمانی هیجانی، به دلیل تمرکز عمیق‌تر بر الگوهای هیجانی و تجربیات اولیه، نسبت به درمان شناختی-رفتاری می‌تولند در برخی موارد برای کاهش هراس اجتماعی در دانش‌آموزان مؤثرتر باشد. درمان شناختی-رفتاری بیشتر بر شناسایی و تغییر افکار منفی و غیرواقعی و رفتارهای غیرسازنده تمرکز دارد. در درمان شناختی-رفتاری، تمرکز اصلی بر تغییر افکار و رفتارهایی است که در حال حاضر باعث بروز هراس اجتماعی می‌شوند. تکنیک‌های درمان شناختی-رفتاری شامل شناسایی افکار منفی، ارزیابی شواهد برای یا علیه این افکار، و جایگزینی آن‌ها با باورهای منطقی‌تر است. علاوه بر این، درمان شناختی-رفتاری از تکنیک‌های رفتاری مانند مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اجتماعی استفاده می‌کند تا به فرد کمک کند تا به‌تدریج بر ترس‌های خود غلبه کند (۵). درمان شناختی-رفتاری می‌تواند به کاهش علائم اضطراب و بهبود مهارت‌های اجتماعی کمک کند، ممکن است نتواند به تغییرات پایدار و عمیق‌تری در احساسات و باورهای بنیادین منجر شود. درمان شناختی-رفتاری و طرحواره‌درمانی هیجانی دو رویکرد متفاوت برای درمان هراس اجتماعی هستند، اما درمان شناختی-رفتاری معمولاً به عنوان روش مؤثرتری شناخته می‌شود. این تفاوت اثربخشی به چند دلیل اصلی برمی‌گردد. اولین دلیل این است که درمان شناختی-رفتاری به طور مستقیم بر افکار و رفتارهای مخربی که باعث ایجاد و تقویت هراس اجتماعی می‌شوند تمرکز دارد. در این روش، فرد یاد می‌گیرد که چگونه افکار منفی و باورهای غیرمنطقی خود را شناسایی کرده و آنها را تغییر دهد. این رویکرد به فرد کمک می‌کند تا به جای اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، به تدریج با آنها مواجه شود و ترس خود را کاهش دهد (۲). دومین دلیل این است که درمان شناختی-رفتاری به صورت یک درمان ساختاری و زمان‌بندی شده ارائه می‌شود. این ساختار مشخص به فرد کمک می‌کند که در مدت زمان نسبتاً کوتاه‌تری به نتایج قابل توجهی دست یابد. طرحواره‌درمانی هیجانی، در مقایسه، به تحلیل عمیق‌تر ریشه‌های هیجانی و روانی مشکلات می‌پردازد و اغلب زمان بیشتری نیاز دارد تا به نتایج مطلوب برسد (۸). سومین عامل، شواهد پژوهشی و بالینی است. مطالعات بسیاری نشان داده‌اند که درمان شناختی-رفتاری به طور مؤثری می‌تواند هراس اجتماعی را درمان کند. این روش به عنوان یک استاندارد طلایی در درمان اختلالات اضطرابی شناخته می‌شود، در حالی که طرحواره‌درمانی به دلیل تمرکز بر اصلاح الگوهای عمیق‌تر روانی و هیجانی، ممکن است نیاز به دوره‌های طولانی‌تر درمانی داشته باشد و اثرات آن به مرور زمان ظاهر شوند (۱۰).

نتیجه‌گیری

درمان شناختی-رفتاری مهارت‌های مقابله‌ای را به افراد آموزش می‌دهد که می‌توانند در آینده نیز در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌آور از آنها استفاده کنند. این مهارت‌ها به فرد کمک می‌کنند تا در بلندمدت نیز از بازگشت هراس اجتماعی جلوگیری کند. در مقابل، طرحواره‌درمانی بیشتر بر تغییر الگوهای درونی و عمیق‌تر متمرکز است و شاید در کوتاه‌مدت نتواند همان اثرات مثبت را ارائه دهد.

محدودیت‌ها: در این پژوهش امکان کنترل برخی متغیرها مانند مشکلات خانوادگی وجود نداشت. همچنین تکمیل تعدادی از پرسش‌نامه در منزل صورت گرفته که شرایط موجود ممکن است بر نحوه پاسخگویی اثر داشته باشد. خود پژوهشگر مداخله‌درمانی را اجرا کرده که ممکن است سوگیری اتفاق افتاده باشد و اعتبار بیرونی پژوهش را تهدید کند.

پیشنهادات: با توجه به نتایج پیشنهاد می‌شود در

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]

مواردی که فرد همزمان با مشکلاتی مانند هراس اجتماعی و مسائل عمیق هیجانی یا طرحواره‌های منفی دست و پنجه نرم می‌کند، می‌توان از یک رویکرد ترکیبی استفاده کرد. برای مثال، ابتدا می‌توان با استفاده از درمان شناختی-رفتاری به بهبود هراس اجتماعی پرداخت و سپس با طرحواره‌درمانی به مشکلات ریشه‌ای‌تر و هیجانی پرداخته شود. همچنین پیش از شروع درمان، ارزیابی دقیقی از مشکلات و نیازهای روانی مراجع انجام شود تا مشخص شود که کدام رویکرد درمانی طرحواره‌درمانی یا درمان شناختی-رفتاری برای آنها مناسب‌تر است. این ارزیابی می‌تواند شامل مصاحبه‌های بالینی، پرسش‌نامه‌ها و تست‌های روان‌شناختی باشد. درمانگران باید با هر دو روش درمانی آشنا باشند و توانایی تشخیص و اجرای مناسب هر یک از این رویکردها را داشته باشند. برگزاری کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی برای آشنایی با کاربردهای خاص هر روش می‌تواند مفید باشد.

References

1. Alivernini S, Firestein GS, McInnes IB. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. Immunity. 2022;55(12):2255-2270.
2. Alvi T, Kumar D, Tabak BA. Social anxiety and behavioral assessments of social cognition: A systematic review. J Affect Disord. 2022;311:17-30.
3. Apolinário-Hagen J, Drüge M, Fritsche L. Cognitive Behavioral Therapy, Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Acceptance Commitment Therapy for Anxiety Disorders: Integrating Traditional with Digital Treatment Approaches. Adv Exp Med Biol. 2020;1191:291-329.
4. Buenaver LF, Townsend D, Ong JC. Delivering Cognitive Behavioral Therapy for Insomnia in the Real World: Considerations and Controversies. Sleep Med Clin. 2019;14(2):275-281.
5. Zweifel P. Mental health: The burden of social stigma. Int J Health Plann Manage. 2021;36(3):813-825.
6. Williams CL, Garcia-Reyero N, Martyniuk CJ, Tubbs CW, Bisesi JH Jr. Regulation of endocrine systems by the microbiome: Perspectives from comparative animal models. Gen Comp Endocrinol. 2020;292:113437.
7. Trenoska Basile V, Newton-John T, Wootton BM. Remote cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary meta-analysis. J Clin Psychol. 2022;78(12):2381-2395.
8. Serrat M, Sanabria-Mazo JP, Almirall M, Musté M, Feliu-Soler A, Méndez-Ulrich JL, et al. Effectiveness of a Multicomponent Treatment Based on Pain Neuroscience Education, Therapeutic Exercise, Cognitive Behavioral Therapy, and Mindfulness in Patients With Fibromyalgia (FIBROWALK Study): A Randomized Controlled Trial. Phys Ther. 2021;101(12):pzab200.
9. Saint SA, Moscovitch DA. Effects of mask-wearing on social anxiety: an exploratory review. Anxiety Stress Coping. 2021;34(5):487-502.
10. Rozen N, Aderka IM. Emotions in social anxiety disorder: A review. J Anxiety Disord. 2023;95:102696.
11. Li Y, Storch EA, Ferguson S, Li L, Buys N, Sun J. The efficacy of cognitive behavioral therapy-based intervention on patients with diabetes: A meta-analysis. Diabetes Res Clin Pract. 2022;189:109965.
12. Ivlev I, Beil TL, Haynes JS, Patnode CD. Rapid Evidence Review of Digital Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents With Depression. J Adolesc Health. 2022;71(1):14-29.
13. El-Dahr SS, Saifudeen Z. Epigenetic regulation of renal development. Semin Cell Dev Biol. 2019;91:111-118.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-21]