

**مقایسه اثربخشی « طرحواره درمانی » و
« حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد » به
روش موردی بر کاهش اضطراب اجتماعی: ارائه الگو**

سیامک خدائی خیاوی^{*}، سیمین حسینیان[✉] و سیده منور یزدی^{***}

چکیده

پژوهش باهدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد به روش موردی بر کاهش اضطراب اجتماعی مراجعان نایمن مرکز مشاوره اجرا شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود و نمونه به تعداد ۲۲ نفر با توجه به اجرای آزمون در میان جامعه مراجع مرکز مشاوره انتخاب و در سه گروه جایگزین تصادفی شدند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس اضطراب اجتماعی کانور (SPIN) و آزمون دل‌بستگی هازان و شیور (ASP) استفاده شد. داده‌های به‌دست آمده با استفاده از روش کوواریانس تحلیل شد. نتایج نشان داد که طرح‌واره درمانی و حساسیت‌زدایی در مقایسه با گروه لیست انتظار تأثیر معناداری در کاهش اختلال دارند. تفاوتی از لحاظ میزان تأثیر در بین دو روش درمانی مشاهده نشد. برای کاهش مؤلفه ترس اختلال اضطراب اجتماعی روش طرحواره درمانی مؤثرتر از حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد است. بر این اساس می‌توان برای کاهش اضطراب اجتماعی از هر دو روش درمانی بهره برد، و برای کاهش مؤلفه ترس، طرحواره درمانی ارجحیت دارد. کلید واژه‌ها: طرحواره درمانی؛ حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد؛ اضطراب اجتماعی؛ دل‌بستگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^{*} دانشجوی رشته مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، ایران؛
siamakhekh@gmail.com

^{**} استاد دانشگاه، رشته مشاوره، عضو هیأت علمی دانشگاه الزهراء (س) hosseinian@alzahra.ac.ir

^{***} استاد دانشگاه، رشته روان‌شناسی، عضو هیأت علمی دانشگاه الزهراء (س)

مقدمه

اضطراب اجتماعی^۱ (هراس اجتماعی^۲) اختلال روان‌پزشکی شایعی است که به‌وسیله ترس مداوم و گسترده‌ای مشخص می‌شود که اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی را ایجاد می‌کند (هزل و مک نالی^۳، ۲۰۱۴)؛ اختلالی که ۵ تا ۱۴ درصد از افراد را در طی زندگی تحت تأثیر قرار می‌دهد. میانۀ سنی ابتلا به این اختلال ۱۳ و شروع سنی ۷۵٪ افراد مبتلا، از ۸ - ۱۵ سال است. افراد مبتلا به این اختلال دربارهٔ بعضی یا همه موقعیت‌های تعامل اجتماعی و رویدادهای جمعی زندگی شدیداً بیمناک هستند. آن‌ها می‌دانند که ترس آن‌ها مفرط و بیش از اندازه است، با این حال در غلبه بر اضطراب ناشی از اطرافیان ناتوان هستند. هر یک از رویدادهای جاری زندگی از جمله تلفن کردن، خرید کالا از مغازه، حضور در ملاقات یا مجالس و سخنرانی به دیگران برای آن‌ها بسیار سخت و با استرس همراه است. افراد مبتلا به این اختلال دربارهٔ نگاه و قضاوت منفی دیگران، نگران هستند. این اختلال افراد کم‌رو و افراد درون‌گرایی^۴ را شامل نمی‌شود که خودشان می‌خواهند مدت زیادی به تنهایی سپری کنند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ هیبرنا، مोगاس، ریچارد، مک نالی، اشمیت و فیلیپوت^۵، ۲۰۱۵). اضطراب مداوم و شدید از موقعیت‌های اجتماعی و اجتناب از آن‌ها، ترس شدید از ارزیابی منفی دیگران، آشفتگی یا سراسیمگی، طپش قلب، تعریق، لرزش، سرخ شدن، تنش عضلانی، دل پیچه و اسهال از نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی است (مک نالی، ناک، تسای و توسیان^۶، ۲۰۱۳؛ مخبردزفولی، رضایی؛ غضنفری پور و همکاران، ۱۳۹۴). درصد ابتلا در زنان بیشتر از مردان و میزان شیوع در کشورهای مختلف، یکسان نیست (سادوک، سادوک و روئیز^۷، ۲۰۱۵) در علت‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی، مؤلفه‌های شناختی - هیجانی از قبیل سوگیری توجه، بازداری رفتاری، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ابراز خشم و نیز مشکلاتی در دلبستگی اولیه و

-
1. social anxiety disorder(SAD)
 2. social phobia
 3. Hezel & McNally
 4. introvert
 5. Heerena, Mogoas, Richard, McNally, Schmitz & Philippot
 6. McNally, Enock, Tsai & Tousian
 7. Sadock, Sadock & ruiz

مسائل فرزندپروری گزارش شده است (سادوک و همکاران، ۲۰۱۵؛ کالوت، اوریو و هانکین^۱، ۲۰۱۳). در مطالعه حاضر برای رفع اختلال اضطراب اجتماعی ناشی از مشکلات دلبستگی، دو روش درمانی آزمون شد. در این قسمت دلبستگی به طور مختصر مرور می‌شود.

دلبستگی^۲، گره و پیوند عاطفی بین کودک و مراقبان او است که در دوران کودکی ایجاد می‌شود و در سراسر زندگی باقی می‌ماند (بالبی^۳، ۱۹۸۲). جان بالبی مطالعات مربوط به این سازه را همراه با آینزورث^۴ وارد متون روان‌شناسی کرد. آینزورث در سنجش سبک دلبستگی^۵ افراد سه سبک دلبستگی ایمن^۶، مضطرب-دو سوگرا^۷ و اجتنابی^۸ را مشخص کرد که دو نوع اخیر در گروه ناایمن^۹ قرار دارند. افراد گروه ایمن، آرام و خاطر جمع بوده در حالی که گروه ناایمن با ترس، اضطراب، خشم و بی‌تفاوتی ظاهری^{۱۰} نسبت به مراقب مشخص می‌شود.

دلبسته‌های ناایمن احساس کم‌ارزشی کرده و همدلی را قبول نمی‌کنند (کونولی و کونولی، ۲۰۰۹). بالبی تأثیر تجارب اولیه کودک با مادر و مراقب خود بر روابط بزرگسالانه سازه الگوهای کاری درونی^{۱۱} را معرفی کرد و معتقد شد که این تجربیات به شکل ناهشیار در ذهن کودک ذخیره می‌شود و در بزرگسالی به مانند یک الگوی درونی، در هدایت رفتار فرد تأثیرگذار شده و باعث ایجاد آسیب جدی به رشد عاطفی، شناختی، اجتماعی و فیزیکی فرد می‌شوند. با توجه به اینکه چگونگی شکل‌گیری این سبک‌های سه‌گانه دلبستگی به کیفیت رابطه کودک با مادر و مراقب او بستگی دارد و تعیین‌کننده شیوه رفتاری فرد در بزرگسالی بوده و در روابط زوجین حضور و تأثیر خود را نشان می‌دهد (هانت سینگر و لوکن^{۱۲}، ۲۰۰۴)؛ لازم است تا این مشکلات شناسایی شده و برای رفع آن‌ها چاره‌جویی به‌عمل آید؛ در این

-
1. Calvete, Orue, & Hankin
 2. attachment
 3. Bowlby
 4. Ainsworth
 5. attachment styles
 6. secure
 7. anxious-ambivalence
 8. avoidant
 9. unsecure
 10. seeming Indifference
 11. internal working models
 12. Huntsinger & Lueken

راستا دو روش درمانی مورد مطالعه به شکل خلاصه معرفی می‌شود.

طرحواره درمانی^۱ سیستم جدید و نوآورانه‌ای از روان‌درمانی است که یانگ و همکارانش آن را با تلفیق مدل‌های مختلف شناختی رفتاری، دلبستگی، گشتالت^۲، روابط شیء^۳، سازنده‌گرایی^۴ و روانکاوی^۵ ارائه کردند (یانگ، کلووسکو و ویشار^۶، ۲۰۰۳؛ ویسکوسیلووا، پراسکو، سدلاکووا، اوسیسکووا و گرامبال^۷، ۲۰۱۴؛ جنکینز^۸، ۲۰۰۹) طرحواره درمانی دارای دو مرحله سنجش و آموزش و مرحله تغییر است، در بخش اول بیمار طرحواره‌های خود را شناسایی و ریشه‌های تحولی آن را مشخص کرده و این طرحواره‌ها را به مشکلات فعلی مرتبط می‌کند. در مرحله دوم راهبردهای مختلف شناختی، رفتاری و بین فردی در جهت بهبود طرح‌واره به کار گرفته می‌شود (ویسکوسیلووا و همکاران، ۲۰۱۴؛ یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). این رویکرد درمانی با توجه به این استدلال ایجاد شد که بسیاری از بیماران نمی‌توانند مفروضه‌های درمان شناختی- رفتاری از قبیل تحلیل تجربی، گفتمان منطقی، تبعیت از روند درمانی، تأثیر مستقیم آموزش بر ناسازگاری را رعایت کنند و با توجه به اینکه میزان عود در این درمان بیشتر است و در واقع شکل گسترش یافته‌ای از درمان شناختی- رفتاری است (تیم^۹، ۲۰۱۳).

تأثیر این روش درمانی در افزایش صمیمیت و کاهش تعارض‌های زناشویی و کاهش طرحواره‌های ناسازگار اولیه (حاتمی و فدایی، ۲۰۱۵) در درمان اختلال شخصیت مرزی (نادورت، آرنتز، اسمیت، گیسن- بلو^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۹) در کاهش شدت نشانه‌های اضطراب فرد مبتلا به اختلال شخصیت وسواس جبری (منتظری، نشاط دوست، عابدی و عابدی، ۲۰۱۴) مستند شده است. تأثیر این رویکرد درمانی در کاهش شدت طرحواره‌های ناسازگار اولیه (موسوی اصل و موسوی سادات، ۱۳۹۳) و کاهش طرحواره‌های ناسازگار مبتلایان

-
1. schema Therapy
 2. Gestalt
 3. object relation
 4. constructivism
 5. Psychoanalysis
 6. Young, Klosko & Weishaar
 7. Vyskocilova, Prasko, Sedlackova, Ociskova & Grambal
 8. Jenkins
 9. Thimm
 10. Nadorta, Arntz, Smit, Giesen-Bloo

به اختلال اضطراب اجتماعی (صفارنیا، زارع، کرمی و سلگی، ۱۳۹۳) نیز مستند شده است. آموزش طرحواره درمانی در کاهش تفکرات غیر منطقی بیماران افسرده (بیرجندی، شیخ محمودی و عبدالهی، ۲۰۱۲) و کاهش علائم اختلالات اضطراب و افسردگی (ملکی، نادری، عاشوری و زیدی، ۱۳۹۴) نیز گزارش شده است. به‌رغم استنادات فوق، شواهد مستند و متقنی درباره اثربخشی این روش درمانی به استثناء اختلالات شخصیت در دسترس نیست. بر این اساس مطالعه حاضر می‌تواند جنبه مجهولی در زمینه درمان‌های موج سوم باشد؛ درمان‌هایی که ادعا می‌شود استنادات مقبولی پیدا کرده است (کاهل، ویتتر و شویگر^۱، ۲۰۱۲).

رویکرد دیگری که اثربخشی آن مطالعه شد، حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد^۲ است. این رویکرد درمانی را در سال ۱۹۸۹، شاپیرو^۳ (۲۰۱۴، ۲۰۱۰) به‌طور اتفاقی ابداع و به دنیای روان‌شناسی ارائه کرد. در این رویکرد اعتقاد بر این است که انسان‌ها از یک نظام خود‌نظم‌بخشی درونی^۴ بهره‌مند هستند که در هنگام مواجهه با آسیب، وارد عمل شده و به حفظ ارگانیسم کمک می‌کند. در این دیدگاه، آسیب روانی موقعی اتفاق می‌افتد که رویدادهای آسیب‌زای^۵ زندگی با ایجاد اختلال در این سیستم خود تنظیم‌کننده، نظام پردازش اطلاعات را از کار انداخته و باعث شکل‌گیری الگوهای بیمارگون در شناخت، رفتار و احساس می‌شوند؛ بر این اساس موقعی که ارگانیسم در جهت محافظت از خود نیاز به پردازش و تحلیل اطلاعات داشته باشد، این ساختارهای بیمارگون بر فرد غلبه کرده و باعث بروز رفتارهای خود تخریبی می‌شوند. در این نوع از روان‌درمانی، سیستم خود تنظیم‌کننده، تصحیح شده، بروز رفتارها و تفکرات مثبت و سازنده تسهیل می‌شود. آنچه در این رویکرد مورد توجه است، تجربه‌های آسیب‌زای دوره کودکی هستند که مجال پردازش پیدا نکرده و در دوره‌های بعدی زندگی فرصت تفکر، احساس و رفتار سالم را از فرد می‌گیرند. در این روش درمانی شاپیرو مدل هشت مرحله‌ای استاندارد را پیشنهاد کرده است که در آن با استفاده از حرکات سریع چشم و زنده‌کردن تجربیات دوره کودکی و تحلیل و پردازش مجدد آن سیستم خود

-
1. Kahl, Winter & Schweiger
 2. Eye Movement and Desensitization with Reprocessing(EMDR)
 3. Shapiro
 4. internal self- regulation system
 5. traumatic events

تنظیمی افراد دوباره به کار انداخته می‌شود (شاپیرو، ۲۰۱۴؛ کپس، اندردا و کاد، ۲۰۱۴). درباره کارایی این روش درمانی مجادله‌های^۲ زیادی انجام شده، به طوری که طرفداران، آن را بسیار مؤثر دانسته، ولی منتقدان آن را تأیید نمی‌کنند. این روش درمانی برای درمان اختلالات عصب‌شناختی، بعضی از اختلالات خلقی و نقص‌های ارگانیک مانند پسیکوز مناسب نیست (شاپیرو و ماکسفیلد، ۲۰۰۲). کارایی این روش درمانی در درمان اختلالات درد مزمن و درمان اختلال استرس پس از سانحه گزارش شده است (شاپیرو، ۲۰۱۴؛ ۲۰۱۰؛ ۲۰۰۲؛ شاپیرو و ماکسفیلد، ۲۰۰۲؛ کپس^۴ و همکاران، ۲۰۱۴؛ جاوید، بنی‌جمالی، خسروی و میرزایی، ۱۳۹۳؛ احمدی‌زاده، ۱۳۸۸).

دلیل انتخاب همزمان این دو رویکرد برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی از این جهت بود که هر دو درمان؛ تجربیات دوران کودکی را عامل ایجاد نارسایی دانسته و هرکدام به بررسی و پردازش مجدد قالب‌های شناختی و باورهای کهنه و رسوبی توجه دارند؛ هر دو روش درمانی در این زمینه با دلبستگی و اضطراب‌های ناشی از نوع ناایمن و مشکلات ارتباطی سروکار دارند. هر دو روش درمانی سبک درمانی از پایین به بالا^۵ (جنکینز، ۲۰۰۹) داشته و از طریق باز زنده کردن تجربیات دوران کودکی، باورهای^۶ افراد را شناسایی و به رفع آن اقدام می‌کنند و هر دو نظریه در این زمینه با مکاتب سازنده‌گرایی و گشتالت درباره نقش خود در تداوم بیماری و قبول مالکیت مشکل، نقطل اشتراک دارند. هر دو روش درمانی به مفاهیم دلبستگی، باورهای نامناسب و عمیقاً جا افتاده کودکی (برای و استانتون^۷، ۲۰۰۹) توجه کرده و رویارویی و مواجهه^۸ با تجربیات آسیب‌زا را تأکید می‌کنند، آن‌هم با آزمودنی‌هایی که با توجه به بیماری یا نبود پدر در زمینه دلبستگی با مشکلاتی مواجه هستند. در هر دو نظریه، وجود باورهای سخت و ساخت‌های شناختی مقاوم از طریق ایجاد مدل‌ها و طرحواره‌های

-
1. Capps, Andreda & Cade
 2. debates
 3. Shapiro & Maxfield
 4. Capps, Andreda & Cade
 5. bottom up
 6. believes
 7. Bray & Stanton
 8. exposure

رسوب‌یافته در شخصیت، باعث ایجاد اضطراب اجتماعی و مشکلات ارتباطی می‌شود (کالویت، اوربو و هانکین^۱، ۲۰۱۳). نهایت اینکه در هر دو این نظریه‌ها می‌توان ردپایی از الگوهای کاری درونی یافت که آرون تی بک^۲ ارائه کرده و به تأثیر تجربیات ناسازگار اولیه در رفتارهای فرد اشاره دارد. هدف مطالعه حاضر دستیابی به این مسأله است که کدام یک از روش‌های درمانی حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و طرحواره درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی مراجعان ناایمن مرکز مشاوره مورد مطالعه تأثیرگذار است؟ این مطالعه می‌تواند به ایجاد الگویی برای درمان افرادی منجر شود که در غیاب یکی از والدین، دلبستگی‌های اضطرابی دوره کودکی خود را به زندگی بزرگسالی و خانواده کنونی خود انتقال می‌دهند. با توجه به اینکه مقایسه این دو روش درمانی با محوریت دلبستگی به احتمال برای اولین بار اجرا می‌شود و با توجه به اینکه هر دو این روش‌های درمانی قدمت زیادی ندارند، به نتیجه حاصله می‌توان به عنوان یک گزارش شاهدمحور استناد نمود.

روش

روش اجرایی مطالعه، شبه آزمایشی^۳ و راهبرد درمانی^۴ آن مقایسه‌ای و در جهت پاسخگویی به این سؤال بود که کدام روش یا رویکرد درمانی بهتر عمل می‌کند؟ جامعه آماری^۵ پژوهش حاضر ۱۳۶ نفر از مراجعان مرکز راهنمایی و مشاوره خانواده بنیاد شهید و امورایثارگران بودند که پرونده مشاوره‌ای داشتند. از این تعداد ۲۲ نفر با ملاحظه اهداف درمانی، ماهیت مطالعه و ملاک‌های شمول، به عنوان نمونه انتخاب شدند. در این مطالعه افرادی که نمرات اختلال اضطراب اجتماعی آن‌ها دو انحراف استاندارد بالاتر از میانگین بود، به عنوان ملاک تشخیص در نظر گرفته شد. ملاک‌های شمول نمونه، داشتن پرونده مشاوره‌ای، حداقل یکبار مراجعه به خاطر مشکلات خانوادگی، داشتن سبک دلبستگی ناایمن، پر کردن رضایت‌نامه مبنی بر رضایت آگاهانه، متأهل بودن و مبتلا نبودن به بیماری جسمانی خاص بود. ملاک‌های عدم

-
1. Calvete, Orue & Hankin
 2. Beck
 3. semi experimental
 4. therapeutic strategy
 5. population
 6. inclusion

شمول^۱ در نمونه مورد مطالعه، تکمیل نکردن فرم رضایت آگاهانه و قرار گرفتن در سبک دلبستگی ایمن و ابتلا به بیماری روان‌شناختی یا جسمانی خاص بود.

در این پژوهش برای آزمون تأثیر طرحواره درمانی و روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، شرکت‌کنندگان در تحقیق با رعایت شرایط و اهداف پژوهش، انتخاب و با توجه به همین موارد به شکل تصادفی^۲ در گروه‌های سه‌گانه گمارش^۳ شدند. سپس، اعضای نمونه در گروه‌های حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد (EMDR)، طرحواره درمانی (ST) و گروه لیست انتظار (WL)^۴ جایگزین و در ادامه، مداخله آزمایشی به مدت ۱۱ جلسه (هفته‌ای دو جلسه ۱/۵ ساعته) برای اعضای گروه‌های آزمایش، به شکل موردی اجرا شد. پس از مداخله آزمایشی^۵، پس‌آزمون درباره هر سه گروه اجرا شد و مقایسه و آزمون به عمل آمد.

به‌منظور اندازه‌گیری سبک دلبستگی از پرسشنامه استاندارد هازان و شیور^۶ نسخه ۱۹۹۳ (نقل از هازان و شیور، ۱۹۸۷) استفاده شد. این پرسشنامه با نام پرسشنامه خودگزارشی سه مقوله‌ای^۷ شناخته شده و سه سبک ایمن، نایمن و مضطرب دوسوگرا را اندازه می‌گیرد. پرسشنامه دارای روایی و اعتبار بود و به روش آزمون مجدد، پایایی ۰/۷۰ و ۰/۶۰ درباره آن گزارش شده است (فینی^۸، ۱۹۹۴؛ هازان و شیور، ۱۹۸۷). برای اندازه‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی از پرسشنامه هراس اجتماعی^۹ (کانور^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۰) استفاده شد. این پرسشنامه در سه حیطه ترس^{۱۱}، اجتناب^{۱۲} و ناراحتی جسمانی^{۱۳} اطلاعاتی را نشان می‌دهد و درمان‌های با کارایی مختلف را از هم تمیز می‌دهد. پرسشنامه دارای اعتبار^{۱۴} و روایی^{۱۵} بالایی بوده و اعتبار

-
1. exclusion
 2. random
 3. placement
 4. waiting list
 5. intervention
 6. Hazen-Shaver attachment self-report
 7. category
 8. Feeney
 9. social phobia inventory (SPIN)
 10. Connor & et al
 11. fear
 12. avoidance
 13. physiological signs
 14. reliability
 15. validity

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و حساسیت‌زدایی با ... ۱۰۹

آن در گستره ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. ضریب همسانی درونی این پرسشنامه در گروه بهنجار ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹؛ اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی جسمانی ۰/۸۰ گزارش شده است.

یافته‌ها

داده‌های توصیفی به دست آمده از آزمودنی‌هایی که در سه گروه مطالعه شدند، در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: داده‌های توصیفی پیش‌آزمون مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی سه گروه

پیش‌آزمون	تعداد	M	SD	MD
ترس	۲۲	۱۷/۷۳	۱/۹۳۲	۱۴/۵۰
اجتناب	۲۲	۲۲/۰۵	۱/۷۸۶	۲۲
ناراحتی جسمانی	۲۲	۱۳/۱۸	۱/۷۶۳	۱۴
اضطراب اجتماعی	۲۲	۵۲/۹۵	۲/۱۲۶	۵۳/۰۰

اطلاعات توصیفی به دست آمده از پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب اجتماعی سه گروه

گروه	نمرات	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
EMDR	اضطراب اجتماعی	۵۲/۸۶	۲/۶۷۳	۳۴/۸۶	۵/۵۸
	ترس	۱۷/۸۶	۲/۱۹۳	۱۸/۰۰	۳/۲۱۵
	اجتناب	۲۲/۷۱	۱/۷۹۹	۱۰/۲۹	۳/۰۹۴
ST	ناراحتی جسمانی	۱۲/۲۹	۱/۶۰۴	۶/۴۳	۱/۶۱۸
	اضطراب اجتماعی	۵۴/۱۴	۱/۶۷	۳۴/۸۶	۵/۹۲۸
	ترس	۱۸/۰۰	۲/۱۶۰	۱۴/۱۴	۳/۱۳
WL	اجتناب	۲۲/۸۶	۱/۳۴	۱۲/۰۰	۲/۳۸۰
	ناراحتی جسمانی	۱۳/۲۹	۲/۴۳۰	۸/۴۳	۱/۹۰۲
	اضطراب اجتماعی	۵۲/۰۰	۱/۶۰۴	۴۸/۵۰	۴/۲۷۶
WL	ترس	۱۷/۳۸	۱/۶۸۵	۱۸/۱۳	۰/۹۹۱
	اجتناب	۲۰/۷۵	۱/۴۸۸	۱۸/۷۵	۲/۲۵۲
	ناراحتی جسمانی	۱۳/۸۸	۰/۸۳۵	۱۲/۰۰	۲/۵۶۳

با توجه به اطلاعات توصیفی فوق دو فرضیه آزمون شد که به شرح زیر است. در مفروض اول سه گروه مورد مطالعه، مقایسه شدند، شاخص‌های روان‌سنجی از جمله همگنی شیب رگرسیون ($F=0/61, P=0/52$) و آزمون لون ($F=0/39, P=0/68$) نشان می‌دهند که تحلیل‌های پارامتریک موردی نداشته و نیازی به تغییر روش یا تحلیل مکمل وجود ندارد. نتایج کلی تحلیل تأثیر متغیر آزمایشی طرحواره درمانی روی متغیر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان در جدول ۳ درج شده است. بعد از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثر معناداری در سطح ۹۹ درصد بین آزمودنی گروه به‌دست آمد ($P < 0/01; df 2,18; F = 17/86; \eta^2 = 0/67$). بدین معنی که اعمال متغیرهای آزمایشی در کاهش میزان متغیر وابسته با ۹۹ درصد اطمینان تأثیر معناداری داشت و این تأثیر به اندازه‌ای است که نمی‌توان آن را به شانس یا تصادف نسبت داد. با توجه به ضریب سهمی به‌دست آمده به میزان ۰/۶۶؛ مشخص می‌شود که مداخله آزمایشی تقریباً ۶۷ درصد متغیر وابسته را تبیین می‌کند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس متغیر آزمایشی روی متغیر اختلال اضطراب اجتماعی

منبع	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	A	ضریب سهمی اتا
ثابت	۰/۰۴۱	۱	۰/۰۴۱	۰/۰۰۲	۰/۹۶۹	۰/۰۰۰
SAD	۴۰/۳۵۳	۱	۴۰/۳۵۳	۱/۴۹۷	۰/۲۳۷	۰/۰۷۷
درمان	۹۶۳/۴۶۳	۲	۴۸۱/۷۳۱	۱۷/۸۶۵	۰/۰۰۰	۰/۶۶۵
خطا	۴۸۵/۳۶۱	۱۸	۲۶/۹۶۵			
کل	۳۶۳۵۴/۰۰۰	۲۲				

برای مقایسه دوتایی روش‌های درمانی در گروه‌های مورد مطالعه، به روش آزمون تعقیبی توکی (LSD) مقایسه به عمل آمد؛ نتیجه نشان داد که میانگین گروه‌های آزمایشی تفاوت معناداری از هم ندارند (با تفاوت میانگین ۰/۹۳ و $P < 0/05$)؛ و تفاوت گروه EMDR با گروه لیست انتظار (۱۴/۲۶-) و تفاوت گروه ST با همان گروه (۱۵/۲۰-) در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

در آزمون بعدی تأثیر دو روش درمانی در کاهش مؤلفه‌های اختلال اضطراب اجتماعی شامل سه

مؤلفه اجتناب، ترس و ناراحتی جسمانی مقایسه شد. داده‌ها به روش کوواریانس چند متغیری بررسی شد. بررسی ماتریس‌های واریانس و کوواریانس نشان می‌دهند که داده‌ها از این فرضیه حمایت لازم را نشان می‌دهند ($\chi^2(3) = 1043.32; P < 0.001$). و بررسی برابری واریانس با آزمون لون برای مؤلفه اجتناب ($F = 0.107; df(1,12); P = 0.74$)؛ ترس ($F = 0.000; df(1,12); P = 1.00$) و ناراحتی جسمانی ($F = 0.009; df(1,12); P = 0.92$) نشان می‌دهند که نتایج به دست آمده از پایایی لازم بهره‌مند بوده و تحلیل پارامتریک مانع کاربردی ندارد. نتیجه بررسی داده‌ها نشان می‌دهد که بین روش‌های درمانی مورد مطالعه در متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد؛ بین سطوح روش‌های درمانی در کاهش میزان متغیر اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معنادار مشاهده شد و ضریب سهمی به دست آمده نشان می‌دهد که تأثیر روش درمانی بر روی مؤلفه‌های مورد مطالعه جالب توجه است ($F = 5.85; df(3,10); P < 0.05$; = Wilk's Lambda 0.363; Partial $\eta^2 = 0.64$)

تحلیل هر یک از متغیرهای وابسته (مؤلفه‌های اختلال) به تنهایی در جدول ۵ درج شده است.

جدول ۵: نتیجه به دست آمده درباره تفاوت تأثیر روش‌های درمانی روی مؤلفه‌ها به طور جداگانه

مؤلفه‌ها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	α	ضریب سهمی اینتا
اجتناب	۱۰/۲۸۶	۱	۱۰/۲۸۶	۱/۳۵۰	۰/۲۶۸	۰/۱۰۱
ترس	۵۲/۰۷۱	۱	۵۲/۰۷۱	۵/۱۷۰	۰/۰۴۲	۰/۳۰۱
ناراحتی جسمانی	۱۴/۰۰۰	۱	۱۴/۰۰۰	۰/۰۵۶	۰/۰۵۶	۰/۲۷۲

هم چنانکه در جدول ۵ مشخص است، تأثیر روش‌های درمانی مورد مطالعه در مؤلفه ترس با ۹۵ درصد اطمینان تفاوت معناداری داشته و نشان از این دارد که روش طرحواره درمانی در کاهش این مؤلفه مؤثرتر از روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد است. میزان تأثیر روش‌های درمانی در کاهش مؤلفه‌های اجتناب و ناراحتی جسمانی، تفاوت معناداری ندارند.

بحث و نتیجه‌گیری

مقایسه اثربخشی «طرحواره درمانی» و «حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد» به روش موردی بر کاهش اضطراب اجتماعی فرزندان نایمن شاهد و ایشارگر عملی شد. اطلاعات و نتایج اولیه نشان داد که روش‌های درمانی فوق در کاهش اضطراب اجتماعی مراجعان نایمن، تأثیر معناداری داشت و در مقایسه با گروه لیست انتظار این تفاوت معنادار است. بررسی منابع مطالعاتی و اسناد دانشگاهی نشان داد که به احتمال زیاد پژوهشی گزارش نشده که این دو روش درمانی را مقایسه کرده باشد. در گزارش بیسون و همکاران (۲۰۱۵) آمده است که بین حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد و شناخت درمانی آسیب محور در درمان بیماران مبتلا به آسیب، تفاوتی وجود ندارد. اکثر تحقیقات انجام شده، درمان حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد را با درمان شناختی رفتاری مقایسه کرده و تقریباً همگی اشاره بر این دارند که بین میزان تأثیر این روش‌های درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد. بر این اساس نتایج فرضیه حاضر با گزارش‌های کپس و همکاران (۲۰۱۴)، شاپیرو و ماکسفیلد (۲۰۰۲)، احمدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۸)، احمدی‌زاده (۱۳۸۸)، نریمانی و رجبی (۱۳۸۸) همسو است. نتایج تحقیق حاضر درباره تأثیر طرحواره درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی با نتایج تحقیق صفارنیا و همکاران (۱۳۹۳)، در کاهش اضطراب با مطالعات منتظری و همکاران (۲۰۱۴)، عاشوری (۱۳۹۴)، ملکی و همکاران (۱۳۹۴)، حمیدپور، دولتشاهی، پورشهباز و دادخواه (۱۳۸۹) همسو است. نتایج مطالعه حاضر درباره تأثیر حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش علائم اضطراب با تحقیق اصلانی و همکاران (۲۰۱۴) و در بهبود پاسخ‌های اجتنابی با مطالعه هیبر و براندسما (۱۹۹۷) همسو است. تأثیرگذاری همزمان این روش‌های درمانی در کاهش علائم اضطراب اجتماعی مراجعان، شاید به این خاطر است که آماج عملیاتی این روش‌های درمانی ناراحتی‌های ایجاد شده در دوران کودکی بوده و هر یک به نوعی به بنیادهای دلبستگی و رفتارهای موضوعی توجه می‌کنند. علاوه بر اینکه هر دو روش درمانی، قالب‌های شناختی و عواطف مربوط به تجارب ناگوار را در برنامه درمانی خود قرار می‌دهند.

یافته دیگر نشان داد که روش‌های طرحواره درمانی و حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و

پردازش مجدد در کاهش اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری ندارند. این یافته مبنی بر عدم تفاوت معنادار روش‌های درمانی با اکثر مطالعات مقایسه‌ای هماهنگ است. این نتیجه با تحقیقات عاشوری (۱۳۹۴) درباره عدم تفاوت معنادار طرحواره درمانی با فراشناخت درمانی، و با تحقیق بیسون و اندرو (۲۰۰۹) درباره عدم تفاوت حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد از درمان شناختی رفتاری، همسو و هم‌جهت است. هم‌چنین این نتیجه با پژوهش شاپیرو و ماکسفیلد (۲۰۰۲)، احمدی‌زاده و همکاران (۱۳۸۸)، احمدی‌زاده (۱۳۸۸) و نریمانی و رجبی (۱۳۸۸) مبنی بر عدم تفاوت معنادار این درمان با درمان شناختی رفتاری همسو است. همسو بودن این یافته با نتایج مطالعات ذکر شده و هم‌چنین همسو بودن آن با مطالعات نظری، قابلیت استنادی و ارزشمندی کاربرد این درمان‌ها را نشان می‌دهند. با این شواهد می‌توان نتیجه گرفت که، درمان‌های مورد مطالعه می‌توانند با رعایت احتیاط، در این حیطه درمانی به کار گرفته شوند. در این راستا تأکید می‌شود مطالعات درباره اثربخشی درمانی مختلف، بیش از اینکه به فکر مقایسه اثربخشی درمان‌ها باشد، بهتر است در جهت این مفروض هدایت شود که چه روش درمانی برای کدام مؤلفه روان‌شناختی یا کدام اختلال مؤثرتر است؟

الگوی درمانی که با توجه به مفروض دوم حاصل شد این بود که طرحواره درمانی در مقایسه با روش حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، بر روی مؤلفه ترس اختلال اضطراب اجتماعی مؤثرتر است. براین اساس پیشنهاد می‌شود، در شرایط خاص یا محدودیت زمانی، برای کاهش مؤلفه ترس، طرحواره درمانی در اولویت باشد.

در تبیین، تحلیل و تفسیر چگونگی تأثیرگذاری طرحواره درمانی و حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، می‌توان گفت که شرکت‌کنندگان از طریق آشنایی با ساختارهای زیر بنایی مؤثر بر رفتارهای کنونی خود و آگاهی بر تأثیر تجارب اولیه زندگی روی این رفتارهای نامناسب می‌توانند مؤثرتر عمل کنند. شرکت‌کنندگان در فرایند درمانی درباره نقش شناخت‌ها، طرحواره‌ها، الگوهای کاری درونی و تجربیات دوران کودکی به اطلاعاتی دست پیدا می‌کنند و همین اطلاعات باعث می‌شود نشانه‌های اختلال آن‌ها بهبود پیدا کند. اشاره می‌شود که طرحواره درمانی شکل تغییر یافته نظریه‌های شناختی- رفتاری بوده و در آن مؤلفه‌های شناختی وارد عمل می‌شوند؛ لذا

شرکت‌کنندگان از طریق یادگیری جنبه‌های شناختی مؤثر در نحوه تفسیر رفتارهای دیگران، که در نقش ماشه‌چکان و محرک اضطراب عمل می‌کند، ساختارهای شناختی منفی را بازیابی کرده و با موقعیت‌های دشوار به‌طور مناسب مواجه می‌شوند. هم‌چنین شرکت‌کنندگان از طریق یادگیری نقش خود در ایجاد و تداوم رفتارهای نامناسب در جهت حل مسأله بر می‌آیند. شرکت‌کنندگان در فرایند درمان، از طریق باز پردازش احساسات و تجربه‌های دوران کودکی و آگاهی بر نقش هدایتی آن‌ها در رفتارهای کنونی، تعامل مناسبی ایجاد کرده، رفتارهای خود را با شناخت و عاطفه مثبت همراه می‌کنند. هم‌چنین می‌توان گفت چون آزمودنی‌های مورد مطالعه درباره دل‌بستگی ایمن مشکلاتی داشته و از ناراحتی ارتباطی رنج می‌برند، مشارکت در رابطه درمانی یک پایگاه ایمنی بخش^۱ برای آن‌ها ایجاد کرده، باعث می‌شود تا اضطراب‌های ناشی از تجارب ناگوار و فقدان را به شکل موفقیت‌آمیزی برطرف و نیازها، احساسات، آرزوها و تمایلات خود را مطرح کنند (کلوگ^۲ و یانگ، ۲۰۰۶). این مورد به ویژه با دیدگاه بالبی همخوان است که وظیفه درمان‌گر را ایجاد یک پایگاه ایمنی بخش و حمایت‌کننده می‌داند که باعث می‌شود الگوهای تهدیدکننده و تجربیات مراجع، فعال و در ادامه مهار شود (جنکینز، ۲۰۰۹). مضافاً، حضور افراد در برنامه‌های درمانی و آشنایی آن‌ها با مهارت‌های اجتماعی و حقوق فردی و اجتماعی خود و اینکه توسط درمان‌گران مورد تکریم واقع می‌شوند، تمرینی در مقابله با مشکلات اضطراب اجتماعی است. نتایج پژوهش حاضر از این جهت که تأثیر معناداری در کاهش اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های آن دارد، تمامی مشاوران و روان‌درمان‌گرانی می‌توانند از آن استفاده کنند که با این طیف از مراجعان سروکار دارند. درضمن با توجه به اینکه در کاهش مؤلفه ترس اختلال اضطراب اجتماعی روش طرحواره درمانی بهتر و مؤثرتر از روش حساسیت‌زدایی عمل می‌کند، بهتر است این روش برای رفع مؤلفه ترس در اولویت باشد.

اعتبار و روایی ابزارهای استفاده شده، محدودیت‌های مرتبط با انگیزش شرکت‌کنندگان در پاسخ‌گویی به ابزارهای تحقیق، تعداد جلسات درمانی، محدودیت‌های مربوط به هنجار و نرم ابزارها، از جمله محدودیت‌هایی است که در تعمیم و استفاده از نتایج، بهتر است مد نظر باشد.

1. holding environment

2. kellogg

پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی به جای مقایسه روش‌های درمانی به سمت درمان‌های با حمایت تجربی حرکت کرده و به شکل مورد محور، تأثیر درمان خاص روی اختلال خاص آزمون شود. آموزش طرحواره درمانی روی تفکرات غیرمنطقی (بیرجندی و همکاران، ۲۰۱۲) می‌تواند در قالب برنامه پیشگیری در مدارس نتیجه‌بخش باشد. استفاده از نتایج پژوهش برای مشاوران مدارس، روان‌درمان‌گران مراکز مشاوره و روان‌درمانی، مشاوران مراکز حمایتی چون بهزیستی، بنیاد شهید و امور ایثارگران و... پیشنهاد می‌شود. در پایان از همه عزیزانی که در طراحی، اجرا، نگارش و گزارش این مطالعه همکاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.



منابع

- احمدی‌زاده، محمد جواد، اسکندری، حسین، فلسفی‌نژاد، محمد رضا و برجعلی، احمد (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی الگوهای درمان شناختی رفتاری و حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ. *مجله طب نظامی*، ۱۲(۳): ۱۷۳-۱۷۸.
- احمدی‌زاده، محمد جواد (۱۳۸۸). *مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و حساسیت‌زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد بر بهبود بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ*. رساله دکتری رشته روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- جاوید، فاطمه، بنی‌جمالی، شکوه‌السادات، خسروی، زهره و میرزایی، جعفر (۱۳۹۳). بررسی میزان اثربخشی روش حساسیت‌زدایی حرکات چشم با باز پردازش با تأکید بر ضربات دوسویه بر کاهش نشانگان مزمن اختلال فشار روانی پس از آسیب جانبازان جنگ. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۰(۱): ۳۱-۵۳.
- حمیدپور، حسن، دولتشاهی، بهروز، پور شهباز، عباس و دادخواه، اصغر (۱۳۸۹). کارایی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۶(۴): ۴۲۰-۴۳۱.
- سادوک، بنجامین، سادوک، ویرجینیا و روئیز، پدرو (۱۳۹۴). *خلاصه روان‌پزشکی کاپلان و سادوک*. ویراست ۱۱، ترجمه مهدی گنجی، تهران: ساوالان.
- صفاری‌نیا، مجید، زارع، حسین، کرمی، جهانگیر و سلگی، زهرا (۱۳۹۳). اثربخشی و تداوم تأثیر طرحواره درمانی به شیوه گروهی در درمان دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *پژوهنده، مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی*، ۱۹(۴): ۲۱۱-۲۱۸.
- عاشوری، جمال (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی و طرحواره درمانی بر کاهش علائم اضطراب و افسردگی دانشجویان پرستاری و مامایی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۸(۲): ۵۰-۶۱.
- مخبر دزفولی، علیرضا، رضایی، مهدی، غضنفری پور، فیروزه، میر دریکوند، فضل‌اله،

غلامرضایی، سیمین،، موذنی، ترانه و هاشمی، شیما (۱۳۹۴). مدل‌یابی اختلال هراس اجتماعی بر پایه مؤلفه‌های هیجانی، شناختی و جنسیت: کاربرد تحلیل مسیر. *مطالعات روان شناختی*، ۱۱(۳): ۲۹-۵۲.

ملکی، زهرا، نادری، ایمان،، عاشوری، جمال و زیدی، امید (۱۳۹۴). تأثیر طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلالات افسردگی و اضطراب دانشجویان پرستاری و مامایی. *مجله مرکز مطالعات و توسعه آموزش علوم پزشکی یزد*، ۱۰(۱): ۴۷-۵۶.

موسوی اصل، سید علی و موسوی سادات، زینب (۱۳۹۳). اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش شدت فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه جانبازان مرد مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. *ارمغان دانش مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*، ۱۹(۱): ۸۹-۹۹.

نریمانی، محمد و رجبی، سوران (۱۳۸۸). مقایسه تأثیر حساسیت‌زدایی توأم با حرکات چشم و پردازش مجدد با درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال استرس. *مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی*، ۱۹(۴): ۲۳۶-۲۴۵.

Ahmadizadeh M. J., Eskandari H., Falsafinejad M. R. & Borjali A. (2010). Comparison the effectiveness of "cognitive-behavioral" and "eye movement desensitization reprocessing" treatment models on patients with war post-traumatic stress disorder. *Iranian Journal of Military Medicine*, 12(3): 173-178 (text in Persian).

Ahmadizadeh, M. (2009). *Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and EDMR on improvement of patients with post-traumatic war stress disorder*, PhD Thesis of Psychology, university of Allameh tabatabai, Tehran (text in Persian).

American psychiatric association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder: DSM-5*. American psychiatric publishing, Washington DC.

Ashoori, J. (2015). Comparing the effectiveness of meta - cognitive therapy and schema therapy on decrease symptoms of anxiety and Depression in nursing and midwifery students. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*, 18(95):50- 61 (text in Persian).

Aslani, j.; Mirtashi, M & Aslani, L. (2014). Effectiveness of Eye Movement Sensitization and Reprocessing Therapy on Public Speaking Anxiety of university Student. *Zahedan journal of Research in Medical Sciences*, 16(1):46-49.

Birjandi, sh., Sheykhmahmudi, H. & Abdollahi, M. (2012). Effects of schema therapy instructions on the depressed patients' irrational thinking. *Journal of basic and applied scientific research*, 2(9):8719-8724.

Bisson. J. Roberts, N. P., Andrew, M., Cooper, R. & Lewis, C. (2015). Psychological

- therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in Adults. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue, 12(2): Art.
- Bisson, J., Andrew, M. (2009). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). John Wiley publication, USA.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss*. Tavistock institute of relation, Basic book, USA.
- Bray, J. H. & Stanton, M. (2009). *The Wiley-Blackwell handbook of family psychology*. Wiley-Blackwell, UK.
- Calvete, E., Orue, L. & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thought. *Journal of anxiety disorders*, 27(3): 278– 288.
- Capps, F., Andreda, H., & Cade, R. (2014). EMDR: An Approach to healing Betrayal wounds in couples Counseling. Vista online publication produced for American Counseling Association (retrieval :<http://www.counseling.org/>).
- Conoley, C.W. & Conoley, J. C. (2009). *Positive psychology and family therapy*. John wiley and sons Inc: new Jersey, Canada.
- Connor, K. M., Davidson, L., Churchill, E., Sherwood, A., Weisler, R. H. & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory - New self-rating scale. *The British journal of psychiatry*, 176(4):379-386.
- Feeney, J. A. (1994). Attachment style, communication patterns and satisfaction across the life cycle of marriage. *Personal Relationships*, 1(4):333-348.
- Hamidpour, H., Dolatshai, B., shahbaz, A. P. & Dadkhah ,A. (2010). The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(4): 420-431. (text in Persian).
- Hatami, M., & Fadayi, M. (2015). Effectiveness of schema therapy in intimacy , marital conflict and early maladaptive schemas of women suing for divorce. *International journal of advanced biological research*, 3(3): 285-290.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3): 511-524
- Heerena, A., Mogoas, C., Richard, J., McNally, R. J., Schmitz, A., & Philippot, P. (2015). Does attention bias modification improve attentional control? A double-blind randomized experiment with individuals with social anxiety disorder. *Journal of anxiety Disorder*, 29:34-42.
- Hezel, D. M., & McNally, R.J. (2014). Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 45(4): 530–540.
- Huntsinger, E. T., & Lueken, L. J. (2004). Attachment relationship and health behavior: The meditational role of Self-esteem. *Psychology and health*, 19(4):515-526.
- Hyer, L. & Brandsma, J. M. (1997). EMDR minus eye movement equal good Psychotherapy. *Journal of traumatic stress*, 10(3): 515-522.
- Javid, F., Banijamali, Sh., Khosravi, Z. & Mirzaee, J. (2014). The effectiveness of EDMR With Bilateral Stimulation on patients with Chronic symptoms of mental stress disorder of War PTSD. *Psychological Studies Journal, Faculty of Education and Psychology, Alzahra University*, 10(1):31-53. (text in Persian)
- Jenkins, G. (2009). *An investigation of schema modes in the eating disordered*

- population. doctorate theses in Clinical Psychology, The University of Edinburgh.
- Kahl, K.G., Winter, L. & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioral therapies. *Current opinion in psychiatry*, 25(6):522-528.
- Kellogg, S. H. & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline Personality Disorder. *Journal of clinical psychology*, 62(4):445-458.
- Maleki Z., Naderi, I., Ashoori, J. & Zahedi. (2015). The effect of schema therapy on reducing symptoms of anxiety and depression in nursing and midwifery students. *Journal of Medical Education and Development*.10(1): 47-56. (text in Persian).
- McNally, R.J., & Enock, P.H. M. & Tsai, C., & Tousian, M. (2013). Attention bias modification for reducing speech anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 51(12):882-888.
- Mokhberdaezoli, A., Rezaee, M., Ghazanfari, F., Mirdrikvand, F., Gholamrezaee, S., Moazzani, T. & hashemi, Sh.(2015). Modeling of social phobia according to emotional and cognitive components and gender: applying of path analysis. *Psychological Studies Journal, Faculty of Education and Psychology*, 11(3): 29-52 (text in Persian).
- Montazeri, M.S., Neshatdost, H.T., Abedi, M.R. & Abedi, A. (2014). Effectiveness of schema therapy on symptoms intensity reduction and anxiety in a special case with obsessive compulsive personality disorder. *Zahedan Journal of research in medical sciences*,16(5): 92-94.
- Moosaviasl, S. & Moosavi Sadat, Z.(2014). The Effectiveness of schema therapy in reduction of Early maladaptive schemas on PTSD Veterans Men. *Armaghane danesh*.19 (1): 89-99. (text in Persian)
- Nadorta, M., Arntz, A., Johannes, H. Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P.H., Asselt, T. V., Wensing, M. & Van Dyck, R. (2009). Implementation Of outpatient schema therapy for borderline personality disorder. With Versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour resaerch and therapy*,47(11): 961-973.
- Narimani, M. & Rajabi, S. (2009), Comparing the Effectiveness of EDMR and Cognitive0Behavioral Therapy in treatment of stress disorder, *Journal of IAU Medical Sciences*, 19 (4): 236-245. (text in Persian)
- Sadock, B. S., Sadock, V. A. & Ruiz, P. (2015). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, Eleventh Edition, Translated by Ghanji, M. (text in Persian).
- Saffarinia M, Zare, H., Karami, J. & Solgi, Z. (2014). The Efficacy and continuing impact of group schema therapy in treating student's social anxiety disorder. *Pejouhandeh*,19(4):211-218.
- Shapiro, F. (2014). The Role of eye movement desensitization and reprocessing therapy in medicine: Addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse Life experiences. *The permanent Journal*,18(1): 71-77.
- Shapiro, F. (2010). *EMDR therapy: Adaptive information processing, clinical applications and research recommendations*. Trauma psychology newsletter, American Psychological Association, Division56; 5(2):12-18.
- Shapiro, F. (2002). EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of

diverse orientations explore the paradigm prism. Washington, DC, US: *American Psychological Association*: 7-26.

Shapiro, F. & Maxfield, L. (2002). In the blink of an eye. *The psychologist*,15(3):120-124.

Thimm, J.C. (2013). Early maladaptive schemas and interpersonal problems: A circumplex analysis of the YSQ-SF. *International Journal of Psychology and Psychotherapy*,13(1):113-124.

Vyskocilova, J., Prasko, J., Sedlackova, Z., Ociskova, M. & Grambal, A. (2014). Schema therapy for CBT therapists who treat borderline patients. *Activitas nervosa superior rediviva*, 56 (1-2): 24-31.

Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy, A practitioners Guide*. Guilford Press, NewYork.



**Comparing the Effectiveness of Schema
Therapy and Eye Movement Desensitization
and Reprocessing (EMDR) on Reducing of
Social Anxiety Disorder: Paradigm Presenting**

Siamak Khodaei Khiyavi* , Simin Hoseinian **

& Seiyede Monavvar Yazdi ***.

Abstract

Current study performed to compare the effectiveness of "Schema Therapy" and "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)" on Reducing of Social Anxiety Disorder. Study method was of semi-experimental type in which 22 cases selected among patients referred to counseling center that were randomly grouped in 3. Data gathered using Connor's Social Phobia Inventory (SPIN) and Hazan-Shaver Attachment Self-Report (ASP) and analyzed with Covariance method. Results of the study indicated that "Schema Therapy" and EMDR had significant effect on decreased social anxiety disorder, compared with wait list. There was no difference in effectiveness between two treatment methods. Current study paradigm would be that Schema Therapy is more effective than EDMR method in reducing fear component of social anxiety disorder. While both methods are considered effective in decreasing social anxiety, schema therapy is the preferred choice in decreasing the fear component.

*Keywords: Schema Therapy; Eye Movement
Desensitization and Reprocessing (EMDR); Social
Anxiety; Attachment*

* Department of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

** Professor, Al-Zahra University, Tehran, Iran.

*** Professor, Al-Zahra University, Tehran, Iran

DOI: 10.22051/psy.2017.2693

Reseived:2016/4/30

Accepted:2016/9/10