



خورشید زاده، محسن؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز؛ دلاور، علی (۱۳۹۰). اثر بخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱(۲)، ۲۴-۵

اثر بخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

محسن خورشید زاده^۱، احمد برجعلی^۲، فرامرز سهرابی^۳، علی دلاور^۴
تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۵/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۲۰

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. در این پژوهش، از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شده است. تعداد ۵ بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به مدت ۲۰ جلسه تحت درمان انفرادی با مدل طرح‌واره درمانی یانگ قرار گرفتند و مرحله پیگیری نیز، دو ماه پس از پایان درمان دنبال شد. به منظور گردآوری داده‌ها از پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز (LSAS)، پرسشنامه فرم بلند طرح‌واره یانگ (YSQ-L2)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (BFNE)، مقیاس خودکارآمدی عمومی (GSE-10) و پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش بهبود تشخیصی و معناداری بالینی استفاده گردید. طرح‌واره درمانی، موجب کاهش فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌های طرح‌واره و متعاقب آن سبب کاهش معنادار آماری و بالینی در آماج‌های اصلی درمان (ترس و اجتناب) می‌شود. طرح‌واره درمانی در درمان اختلال اضطراب اجتماعی زنان از کارآیی و اثربخشی لازم برخوردار است.

واژه‌های کلیدی: طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اختلال اضطراب اجتماعی

^۱ دانشجوی دکتری دانشگاه علامه طباطبایی، mkhorshid86@yahoo.com

^۲ استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

^۳ دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

^۴ استاد دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (SAD) یا هراس اجتماعی^۲ به عنوان یک اختلال از طبقه اختلال‌های اضطرابی، یکی از رایج‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی (لمپ^۳، ۲۰۰۹؛ گارسیا-لوپز^۴ و همکاران، ۲۰۰۶)، شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی و سومین اختلال روانی از نظر شیوع بین جمعیت عمومی است (هافمن^۵ و بارلو^۶، ۲۰۰۲؛ فهم^۷ و همکاران، ۲۰۰۸). شیوع کلی این اختلال تقریباً ۱۳ درصد است (انجمن روان‌پزشکی روان‌پزشکی آمریکا^۸، ۱۳۸۱) و در جایگاه سوم اختلال‌های روان‌پزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار دارد (نیکلسون^۹، ۲۰۰۸؛ کسلر^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۴) و اگر درمان نشود با دوره‌های مزمن و پنهان همراه می‌گردد (لمپ، ۲۰۰۹) و اختلال اساسی در کار و حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی و شخصی (رپی^{۱۱}، ۱۹۹۵) ایجاد می‌کند و سبب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (استین^{۱۲} و همکاران، ۲۰۰۵). این اختلال زمینه ساز اختلال‌های شخصیتی، اختلال‌های خلقی، اضطرابی و اختلال‌های مرتبط با مواد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۸۱) و از این رو در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (فرمارک^{۱۳}، ۲۰۰۲؛ به نقل از رپی و اسپنس^{۱۴}، ۲۰۰۴) و ضرورت پرداختن به تبیین و شیوه‌های درمان آن، با مرور سابقه پژوهشی این اختلال که در سال ۱۹۸۰ با انتشار سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا به عنوان یکی از اشکال آسیب‌شناسی روانی شناخته شد، آشکار می‌شود. اگرچه این اختلال دیرتر از سایر اختلال‌ها، توجه پژوهشگران آسیب‌شناسی را به خود جلب کرد و تا انتشار DSM III (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۹۸۰) مطرح نشد، با این وجود، در خلال چندین سال گذشته، پژوهش‌ها به سمت ماهیت و درمان آن کشیده شده‌اند (رپی و همبرگ^{۱۵}، ۱۹۹۷). با وجود حجم بسیار تحقیق‌های انجام شده در این حوزه، ریشه اضطراب اجتماعی به خوبی درک نشده است. تحقیق‌های همه‌گیر شناسی و

¹ . social anxiety disorder

² . social phobia

³ . Lampe

⁴ . Garcia-Lopez

⁵ . Hofmann

⁶ . Barlow

⁷ . Fehm

⁸ . American Psychiatry Association (APA)

⁹ . Nicholson

¹⁰ . Kessler

¹¹ . Rapee

¹² . Stein

¹³ . Furmark

¹⁴ . Spence

¹⁵ . Heimberg

بالینی نشان می‌دهند که بین فرآیندهای فیزیولوژیکی و بیولوژیکی در اضطراب اجتماعی رابطه‌ای متقابل وجود دارد (کپلند^۱، ۲۰۰۱؛ به نقل از پینتو-گاوایا^۲، ۲۰۰۶). متغیرهای خلق و خو، سبک فرزند پروری، روابط با همسالان و رویدادهای منفی زندگی بر رشد و توسعه اضطراب اجتماعی دلالت دارند (نیل^۳ و ادلمن^۴، ۲۰۰۳؛ رپی و اسپنس، ۲۰۰۴). نتایج تحقیق لمپ (۲۰۰۹)، نشان می‌دهد که عوامل شناختی، اختلال اختلال اضطراب اجتماعی را حفظ می‌کنند و عواملی همچون ژنتیک، شخصیت و خلق و خو، در ابتلا به SAD نقش دارند. نوعی از عوامل شناختی که در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند، طرح‌واره‌ها هستند. طرح‌واره‌ها، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطره‌ها، هیجان و شناخت‌واره‌ها و احساس‌های بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند و به شدت ناکارآمد هستند. آن‌ها ممکن است هسته اصلی اختلال‌های شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلال‌های مزمن محور I قرار بگیرند (یانگ^۵، ۱۳۸۶). اختلال اضطراب اجتماعی نیز یک اختلال مزمن و یکی از شایع‌ترین اختلال‌های کودکی و نوجوانی است (ورهولست^۶، وندرلند^۷، فردیناند^۸ و کاسیوس^۹، ۱۹۹۷؛ به نقل از دادستان و همکاران، ۱۳۸۶) که باعث بروز مشکلات طولانی مدت در حوزه‌های مختلف عملکردی می‌شود. تحقیق‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا به SAD طرح‌واره‌هایی دارند (ویلسون^{۱۰} و رپی، ۲۰۰۶) که این طرح‌واره‌ها آماج مناسبی برای رویکرد طرح‌واره درمانی تلقی می‌شوند. در تحقیقی که بر روی باورهای اصلی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با سایر بیماران اضطرابی انجام شد (پینتو-گاوایا، کاستیلهو^{۱۱}، گالهرادو^{۱۲} و کنها^{۱۳}، ۲۰۰۶)، نشان داد طرح‌واره بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی با سایر بیماران مبتلا به دیگر اختلال‌های اضطرابی و بیماران غیر روان‌شناختی متفاوت است. نتایج تحقیق‌های آن‌ها نشان می‌دهد افراد مبتلا به SAD در بیشتر زیرمقیاس‌های پرسشنامه طرح‌واره یانگ نسبت به افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی دیگر، امتیازهای بالاتری کسب نمودند. این بدان معنی است که هراس اجتماعی بیشتر از اختلال‌های اضطرابی دیگر با

^۱ . Coupland
^۲ . Pinto- Gouveia
^۳ . Neal
^۴ . Edelman
^۵ . Young
^۶ . Verhulst
^۷ . Vanderlande
^۸ . Ferdinand
^۹ . Kasius
^{۱۰} . Wilson
^{۱۱} . Castilho
^{۱۲} . Galhrado
^{۱۳} . Cunha

ناسازگاری باورهای مرکزی در ارتباط است. باورهای مرکزی^۱ که در تحقیق‌های تجربی توجه زیادی به آن‌ها نشده است، می‌توانند به عنوان یک متغیر میانجی احتمالی بین شیوه‌های فرزند پروری والدین و تمایل بیماران مبتلا به هراس اجتماعی به تهدید آمیز تعبیر کردن موقعیت‌های اجتماعی قرار گیرند. شیوه مراقبتی والدین که از طریق انتقاد و یا مراقبت افراطی اعمال می‌گردد، به فرزند این پیام را می‌دهد که در روابط اجتماعی ناتوان، فاقد صلاحیت و ناکارآمد است و دیگران را انتقادگر و دلیل انزوای رفتارشان بدانند؛ لذا این عوامل، باورهای مرکزی در ترس‌های هراس اجتماعی می‌باشند.

طرح‌واره درمانی برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمنی که به قدر کافی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی‌کردند، تدوین گردید. طرح‌واره درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و بر ریشه‌های تحولی^۲ مشکل‌های روان‌شناختی در دوران کودکی کودکان و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده^۳ و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تاکید دارد. بسیاری از مطالعه‌های پژوهشی، نشان دادند رفتار درمانی شناختی برای بسیاری از اختلال‌های روان‌شناختی از کارآیی و اثربخشی لازم برخوردار است. اما در مطالعه‌های پیگیری تنها ۵۰ درصد از بیماران به بهبودی معنادار بالینی دست می‌یابند (ماسکوویچ^۴، ۲۰۰۸). رفتار درمانی شناختی در سطح شناخت شناخت‌واره، رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند. به عنوان مثال در اختلال‌های اضطرابی از سطح نگرانی شروع می‌کند، سپس به مفروضه‌های زیربنایی و در نهایت به طرح‌واره‌ها می‌پردازد (داگاس^۵، رابی چاوود^۶، ۲۰۰۷؛ لی هی^۷ و هالند^۸، ۲۰۰۰؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۸)، اما در طرح‌واره درمانی این روند برعکس دنبال می‌شود. در فرآیند طرح‌واره درمانی، مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح شناخت‌واره می‌روند. به عبارتی در طرح‌واره درمانی، روش پایین به بالا در پیش گرفته می‌شود (یانگ، ۱۳۸۶).

سفران^۹ (۱۹۹۰)، اعتقاد دارد که افراد دچار مشکل‌های هیجانی، طرح‌واره‌های بین فردی در ذهنشان نقش بسته است، که این طرح‌واره‌ها، بازنمایی تعمیم یافته ارتباط با خویشان و دیگران را بر عهده دارند و با ایجاد چرخه شناختی بین فردی^{۱۰}، مانع اثرگذاری دقیق و کامل فنون شناخت درمانی می‌شوند.

۱. core beliefs

۲. origins

۳. emotive

۴. Moscovitch

۵. Dugas

۶. Robi Chaud

۷. Leahy

۸. Holland

۹. Safran

۱۰. cognitive interpersonal cycle

بورووک^۱، نیومن^۲ و کاستن گوی^۳ (۲۰۰۴) با جمع بندی پژوهش‌های شناختی- رفتاری به این نتیجه رسیده‌اند که بایستی برای افزایش کارآیی درمان‌های شناختی- رفتاری به مؤلفه‌های بین فردی و هیجانی این افراد بیشتر توجه شود. اگرچه عوامل تداوم بخش، آماج اصلی شناخت درمانی محسوب می‌شوند (بارلو، ۲۰۰۲)، اما اخیراً نظریه پردازی و گمانه زنی‌های زیادی در این باره صورت گرفته است که نباید به عوامل زمینه سازی توجهی کرد (پنینگتون^۴، ۲۰۰۲).

در حوزه اختلال‌های اضطرابی نیز این مسأله توجه متخصصان را به خود جلب کرده است که نقش عوامل زمینه ساز در شکل گیری اختلال‌های اضطرابی را باید مدنظر قرار داد و نادیده انگاری آن‌ها ممکن است بر نتایج درمان و مفهوم سازی اختلال‌ها تأثیر بگذارد (وسی^۵ و دادز^۶، ۲۰۰۱؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۸). طرح‌واره درمانگران، نقش نیازهای هیجانی اساسی، خلق و خو، تجارب اولیه زندگی و شیوه‌های فرزندپروری را به عنوان عوامل زمینه ساز اختلال‌ها بسیار جدی تلقی می‌کنند و آن‌ها را ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها می‌دانند که اهمیت بسزایی در شکل گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ایجاد کننده و تداوم دهنده اختلال‌ها دارند. به اعتقاد یانگ (۱۳۸۶)، هدف نهایی طرح‌واره درمانی، بهبود طرح‌واره است. بهبود طرح‌واره از طریق فرآیند درمان، که در برگیرنده مداخله‌های شناختی، عاطفی و رفتاری است امکان پذیر است. بهبود طرح‌واره یعنی کاهش شدت خاطره‌های مرتبط با طرح‌واره، کاهش فعال شدن هیجانی طرح‌واره و کاستن از ناسازگاری شناخت واره‌ها. روند بهبود طرح‌واره، طولانی و دشوار است. از آنجا که طرح‌واره‌ها، هسته اصلی هویت فرد را تشکیل می‌دهند و عمیقاً با باورهای فرد راجع به خودش و محیط اطرافش گره خورده‌اند و شامل تمام چیزهایی می‌شوند که فرد می‌داند، لذا تغییر آن به سختی انجام می‌گیرد. بیمار در برابر تغییر طرح‌واره مقاومت می‌کند و این مقاومت را نوعی صیانت ذات^۷ می‌داند؛ لذا طرح‌واره‌ها را نمی‌توان از بین برد، بلکه می‌توان در روند بهبود، از میزان فعال شدن و شدت عاطفه همراه آن‌ها کاست و این نیازمند داشتن اراده‌ای قوی برای جنگیدن با طرح‌واره‌ها از سوی بیمار است و نیاز به انضباط دقیق و تمرین فراوان دارد. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است.

^۱ . Borrovec

^۲ . Newman

^۳ . Castonguay

^۴ . Pennington

^۵ . Vase

^۶ . Dads

^۷ . self- defeating

روش

طرح پژوهش

در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی^۱ از نوع خط پایه چندگانه^۲ استفاده شده است. با توجه به نکات مثبت طرح‌های تجربی تک موردی، مثل داشتن کنترل نسبی روی شرایط آزمایش، سنجش مداوم و سنجش خط پایه (بارلو و هرسن^۳، ۱۹۸۴) در این پژوهش از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده گردید.

آزمودنی‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشکیل می‌دادند که به مراکز مشاوره دانشگاه‌های بیرجند مراجعه نموده و با اجرای آزمون‌های اضطراب اجتماعی (SPIN و LSAS) این اختلال در آن‌ها تشخیص داده شده بود. آزمودنی‌های پژوهش، از این جمعیت به روش هدفمند انتخاب شدند و سرند اولیه برای گزینش نمونه‌ای دارای معیارهای ورود انجام شد. معیارهای ورود عبارت بودند از: نداشتن اختلال شخصیت شدید، عدم دریافت درمان روان‌شناختی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی تا ۴ ماه قبل از درمان و نداشتن سوء مصرف مواد. برای این که مشخص شود افراد اختلال شخصیت شدید ندارند، پرسشنامه میلون^۴ (MCMI) بر روی آن‌ها اجرا شد. منظور از اختلال شخصیت شدید طبق نظر میلون، اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوتایپ و پارانوئید است. حجم نمونه پژوهش ۵ نفر بود که پس از موافقت بیماران برای شرکت در پژوهش، درمان طرح‌واره به گونه انفرادی بر روی آن‌ها اجرا شد. ویژگی‌های نمونه مورد مطالعه در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱: ویژگی‌های دموگرافیک بیماران

بیمار اول	سن	جنس	تحصیلات	مدت ابتلا	تاهل	حوزه‌های فعال طرح‌واره
بیمار اول	۲۰	زن	ترم ۷ مهندسی کشاورزی	۱۰ سال	مجرد	گوش به زنگی
بیمار دوم	۲۱	زن	ترم ۷ حقوق	از دوران راهنمایی	مجرد	بریدگی و طرد و عملکرد مختل
بیمار سوم	۲۱	زن	ترم ۶ ادبیات فارسی	از حدود ۵ سالگی	مجرد	بریدگی و طرد
بیمار چهارم	۲۱	زن	ترم ۵ تاریخ	از حدود ۱۲ سالگی	مجرد	بریدگی و طرد و گوش به زنگی
بیمار پنجم	۲۳	زن	ترم ۶ روان‌شناسی	از دوران راهنمایی	مجرد	بریدگی، طرد و دیگر جهت‌مندی

^۱ . single case

^۲ . multiple base line

^۳ . Hersen

^۴ . Millon Clinical Multiaxial Inventory

ابزار

۱. مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی^۱ (CIDI): یک مصاحبه جامع استاندارد است که می‌تواند برای ارزیابی اختلال‌های روانی و تشخیص‌گذاری بر اساس تعاریف و ملاک‌های دهمین طبقه بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) - سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳) و چهارمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) مورد استفاده قرار گیرد. این ابزار ابتدا با هدف استفاده در مطالعه‌های همه‌گیر شناختی اختلال‌های روانی طراحی شد، ولی می‌تواند برای سایر اهداف بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. CIDI دارای ۱۷ حیطه اصلی تشخیصی است که دو نسخه دوازده ماهه و طول عمر دارد، که نسخه طول عمر آن به فارسی ترجمه و اعتبار یابی شده است (کاوایانی، علاقبندراد، شریفی، پورناصح و احمدی ابهری، ۱۳۸۵).

۲. پرسشنامه هراس اجتماعی^۲ (SPIN): این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور^۳ و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و مزیت همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ ماده است که برای مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است و بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای، درجه بندی می‌شود.

۳. مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز^۴ (LSAS-SR): اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی که مواجه شدن با آن‌ها برای افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مشکل است را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت در دو زیر مقیاس اضطراب عملکرد (۱۳ عبارت) و اجتناب (۱۱ عبارت) است. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۵ گزارش شده است. ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و رفتار اجتنابی ۰/۹۱ گزارش شده است (فرسکو^۵، ۲۰۰۱).

۴. پرسشنامه طرح‌واره یانگ-فرم بلند^۶ (YSQ-L2): ۲۰۵ سؤال دارد که بر روی یک مقیاس لیکرت ۶

۱. Composite International Diagnostic Interview

۲. Social Phobia Inventory

۳. Cannor

۴. Liebowitz Social Anxiety Scale

۵. Fresco

۶. Young Schema Questionnaire (YSQ)

درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. به منظور نمره گذاری این پرسشنامه، امتیازهای هر یک از مقیاس‌ها با هم جمع و نمره کل محاسبه می‌شود. کسب نمره بالاتر از نمره برش به مفهوم وجود آن طرح‌واره در فرد است که نیاز به چالش مشاوره‌ای وجود دارد. این پرسشنامه ۱۶ طرح‌واره را در ۵ حوزه مورد سنجش قرار می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این ۱۶ مقیاس که بر روی نمونه آماری شامل ۵۲۹ نفر از اولیا دانش آموزان، فرهنگیان و دانش آموزان شهر تهران انجام شده بود (کردلو، ۱۳۸۸)، بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۸ گزارش شده است. YSQ، هم دارای فرم بلند است و هم دارای فرم کوتاه (۷۵ سوالی). یانگ و همکارانش (۱۳۸۶) توصیه می‌کنند برای کارهای بالینی بهتر است از فرم بلند پرسشنامه استفاده شود؛ زیرا سؤال‌های بیشتری برای هر طرح‌واره مطرح شده و اطلاعات دقیق‌تری فراهم می‌شود.

۵. مقیاس کوتاه ترس از ارزیابی منفی^۱ (BFNE)، در سال ۱۹۸۳ توسط لیری^۲ به منظور سنجش اضطراب ناشی از ارزیابی اجتماعی بر مبنای مقیاس ترس از ارزیابی منفی (واتسون^۳ و فرند^۴، ۱۹۶۹؛ به نقل از کالینز^۵ و همکاران، ۲۰۰۵) ساخته شد. ضریب همسانی درونی آزمون بین ۰/۹۴ تا ۰/۹۸ و ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در فاصله زمانی یک ماه بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۴ (در نمونه‌های خارجی) گزارش شده است. شکری و همکاران (۱۳۸۷) با اجرای آزمون بر روی نمونه ۳۲۵ نفری در جامعه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ را برای همسانی درونی در مورد پرسش‌های نمره گذاری شده مثبت، ۰/۸۷ به دست آورده‌اند. همبستگی پرسش‌ها و کل پرسشنامه بین ۰/۵۰ تا ۰/۶۶ گزارش شده است.

۶. پرسشنامه کیفیت زندگی^۶ (SF-36)، دارای ۳۶ عبارت است که توسط واروشربون^۷ (۱۹۹۲) طراحی طراحی شد. مفاهیمی که توسط این پرسشنامه سنجیده می‌شوند، اختصاص به سن، گروه یا بیماری خاصی ندارند. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو نظر وضعیت جسمانی و روانی است،

به وسیله ترکیب نمره‌های حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. منتظری، گشتاسبی و وحدانی نیا (۱۳۸۴) در تحقیق خود پایایی و روایی نسخه فارسی این پرسشنامه را در ایران تأیید کرده‌اند ($r = 0.7 - 0.9$).

^۱. Brief Fear of Negative Evaluation Scale

^۲. Leary

^۳. Watson

^۴. Friend

^۵. Collins

^۶. Short Form Health Survey

^۷. Varosherbon

۷. مقیاس خودکارآمدی عمومی^۱ (GSE-10)، برای ارزیابی تغییرهای کیفیت زندگی بیماران قبل از عمل جراحی، بیماران دارای درد مزمن، بیماران برنامه‌های توان‌بخشی و هنگام رویارویی با مشکل‌ها مورد استفاده قرار می‌گیرد. این مقیاس در سال ۱۹۸۱ توسط شواتزر^۲ و جروسلم^۳ مورد بازنگری قرار گرفت. شواتزر (۱۹۹۲) معتقد است سازه خودکارآمدی ادراک شده، نشان دهنده دید خوش‌بینانه فرد نسبت به خود است. شواتزر و همکاران (۱۹۹۷) ضرایب همسانی درونی مقیاس خودکارآمدی را برای دانشجویان از ۰/۸۱ تا ۰/۹۱ به دست آوردند. رجیبی (۱۳۸۵) نتایج به دست آمده از هنجاریابی این مقیاس را بر روی دانشجویان ایرانی از ۰/۸۲ تا ۰/۸۴ گزارش کرده است.

روند اجرای پژوهش

پس از اجرای آزمون‌های اضطراب اجتماعی و سرنده معیارهای ورود، با بهره‌گیری از CIDI، پنج بیمار زن مبتلا به SAD انتخاب شدند. پس از برگزاری جلسه توجیهی و جلب رضایت افراد جهت انجام روند درمان، رضایت‌نامه دریافت گردید. جلسه‌های خط پایه برای بیمار اول برگزار شد و پرسشنامه‌های SPIN، YSQ، LSAS، BFNE، SF-36 و GSE تکمیل گردید. طبق اصول طرح‌های خط پایه چندگانه، در جلسه دوم بیمار اول، بیمار دوم وارد طرح درمان شد. به همین ترتیب در جلسه سوم بیمار اول و جلسه دوم بیمار دوم، طرح درمان برای بیمار سوم آغاز گردید. تا این که هر پنج بیمار یکی پس از دیگری وارد طرح درمان شدند. بیماران در یک فرایند درمان بیست جلسه‌ای به مدت ۵۰ دقیقه در هر جلسه و هر هفته یک جلسه قرار گرفتند و برای بررسی اثر بخشی درمان، فرآیند پیگیری دو ماهه نیز انجام گرفت جدول (۲).

جدول ۲: فرآیند طرح‌واره درمانی در قالب ۲۰ جلسه درمانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	توضیح مدل طرح‌واره به زبان ساده و شفاف برای بیمار و چگونگی شکل‌گیری طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای
دوم	سنجش مشکل‌های بیمار و جستجوی الگوهای ناکارآمد زندگی و تکمیل پرسشنامه چندوجهی زندگی
سوم	فرضیه‌سازی در خصوص طرح‌واره‌ها و شناسایی و نام‌گذاری آن‌ها
چهارم	تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی بیمار و تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش
پنجم	مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرح‌واره و جمع‌آوری کلیه اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش
ششم	بررسی شواهد عینی تأیید کننده و طرد کننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار

^۱ . General Self-Efficacy Scale

^۲ . Schwartzer

^۳ . Jerusalem

هفتم	اسناد دادن شواهد تأیید کننده طرح‌واره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد
هشتم	گفتگو بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط بیمار
نهم	تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرح‌واره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرح‌واره
دهم	نوشتن فرم ثبت طرح‌واره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها
یازدهم	ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی
دوازدهم	تقویت مفهوم «بزرگ‌سال سالم» در ذهن بیمار و شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و جنگیدن علیه طرح‌واره‌ها
سیزدهم	ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش توسط آن‌ها
چهاردهم	کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حادثه آسیب‌زا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار
پانزدهم	پیدا کردن راه‌های جدیدی برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی
شانزدهم	تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌ساز و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج‌های درمانی
هفدهم	تصویر سازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار
هیجدهم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید
نوزدهم	بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم
بیستم	غلبه بر موانع تغییر رفتار

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از شاخص تغییر پایا^۱ (RCI) استفاده شد. شاخص تغییر پایا را اولین بار جاکوبسون^۲ و تراکس^۳ (۱۹۹۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه دادند. در این شاخص، نمره پس آزمون از نمره پیش آزمون کم می‌شود و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین این دو نمره تقسیم می‌شود:

$$RCI = \frac{\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون}}{\text{خطای استاندارد تفاوت}}$$

برای آنکه شاخص تغییر پایا از نظر آماری معنادار باشد، بایستی نتیجه آن مساوی یا بیشتر از ۱/۹۶ شود. علاوه بر این، برای محاسبه داده‌های حاصل از این پژوهش، از روش معناداری بالینی نیز استفاده گردید. برای بدست آوردن معناداری بالینی از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌شود.

^۱. reliable change index (RCI)

^۲. Jacobson

^۳. Trax

این فرمول اولین بار توسط بلانچارد^۱ و اسکوارز^۲ (۱۹۸۸)، به نقل از اوگلز^۳، لونن^۴ و بونستیل^۵ (۲۰۰۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه شده است. در این فرمول، نمره پیش آزمون را از نمره پس آزمون کم کرده و حاصل را بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌کنند:

$$\text{نمره پیش آزمون} - \text{نمره پس آزمون} = \frac{\text{درصد بهبودی}}{\text{نمره پیش آزمون}}$$

امروزه در پرتو روش‌هایی مثل درصد بهبودی و شاخص پایا، این انتقاد که طرح‌های تجربی تک موردی روش آماری ندارند، وارد نیست (اوگلز، لونن و بونستیل، ۲۰۰۱). ممکن است در اثر مداخله‌ای روان‌شناختی، نمره‌های افراد از لحاظ آماری معنادار باشد، ولی از نظر بالینی معنادار نباشد. زمانی می‌توانیم بگوییم اثر مداخله بالینی معنادار است که نمره افراد از نقطه برش پایین بیاید.

جدول ۳: شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه؛ قبل از درمان، پس از درمان و پس از ماه‌های پیگیری

بیماران	بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم
خط پایه	۵۳۴	۶۱۲	۵۰۲	۶۷۲	۶۶۱
پایان درمان	۴۷۸	۴۲۳	۴۹۵	۳۸۳	۵۴۴
درصد بهبودی	۱۰/۴۸	۳۰/۸۸	۱/۳۹	۴۳	۱۷/۷۰
پایان پیگیری	۴۲۱	۳۶۹	۳۵۹	۳۱۳	۴۲۴
درصد بهبودی	۲۱/۱۶	۳۹/۷	۲۸/۴	۵۳/۴	۳۵/۸
بهبودی کلی			۳۵/۶		
شاخص تغییر پایا	۷/۴۶	۱۶	۹/۴	۲۳/۷	۱۵/۶

در جدول (۳) به نمره‌های بیماران در YSQ-L2 اشاره شده است. نتایج این جدول نشان‌دهنده این است که نمره‌های همه بیماران در روند درمان، از پایان جلسه آخر تا پایان ماه‌های پیگیری کاهش داشته است. درصد بهبودی کلی برای تمامی بیماران ۳۵/۶ بوده است که بالاترین آن با ۵۳/۴ درصد مربوط به بیمار چهارم و کم‌ترین آن با ۲۱/۱۶ درصد مربوط به بیمار اول می‌باشد. شاخص تغییر پایا در مورد فعالیت کل طرح‌واره‌ها در مورد بیماران نشان می‌دهد که کاهش فعالیت طرح‌واره‌ها در همه آنها از نظر آماری معنادار است ($RCI \geq 1/96$). بنابراین، تغییرهای ایجاد شده در همه بیماران نتیجه مداخله‌های درمانی بوده

^۱. Blanchard

^۲. Schwarz

^۳. Ogles

^۴. Lunnen

^۵. Bonsteel

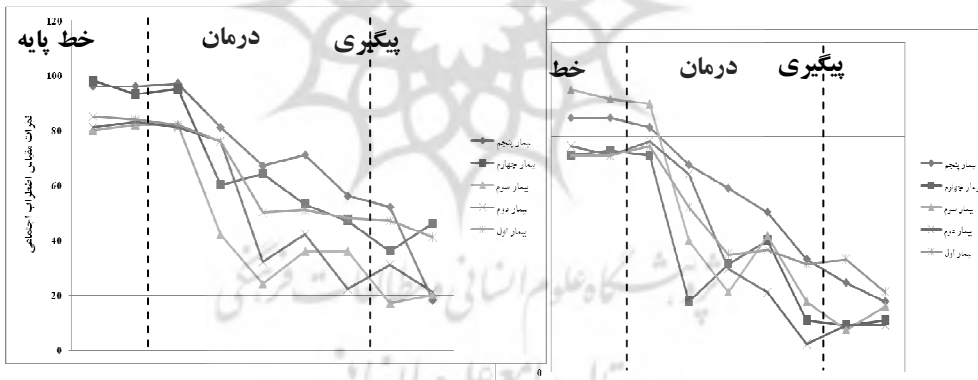
است. روند نمرات SPIN، LSAS، BFNE، GSE-10 و SF-36 در جداول (۴)، (۵)، (۶)، (۷)، (۸) و نمودارهای (۱)، (۲)، (۳)، (۴) و (۵) نشان داده شده است.

جدول ۴: نمرات بیماران در پرسشنامه هراس اجتماعی

جدول ۵: نمرات بیماران در مقیاس اضطراب اجتماعی

لیبویترز

بیماران					بیماران									
بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۵	بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۵					
خط پایه	خط پایه	جلسه اول	جلسه پنجم	جلسه دهم	جلسه پانزدهم	جلسه بیستم	درصد بهبودی	درصد بهبودی کلی	ماه اول پیگیری	ماه دوم پیگیری	درصد بهبودی	درصد بهبودی کلی	شاخص تغییر پایا	
۸۵	۸۱	۸۰	۹۸	۹۶	۵۴	۴۶	۶۰	۴۸	۴۶	۱۹	۱۰	۹	۱۰	۲۴
۸۴	۸۳	۸۲	۹۳	۹۶	۵۴	۴۷	۵۸	۴۶	۴۶	۱۵	۱۱	۱۴	۱۰	۱۷
۸۲	۸۱	۸۲	۹۵	۹۷	۵۲	۴۶	۵۷	۴۹	۴۸	۱۵	۱۱	۱۵	۶	۲۳
۷۶	۷۶	۷۶	۶۰	۸۱	۴۴	۱۵	۲۸	۴۲	۳۵	۳۹	۲۳	۱۷	۲۲	۲۵
۵۰	۳۲	۲۴	۶۴	۶۷	۳۹	۲۳	۱۷	۲۲	۲۵	۳۴	۲۱	۲۹	۱۷	۲۶
۵۱	۴۲	۳۶	۵۳	۷۱	۳۴	۲۱	۲۹	۱۷	۲۶	۲۴	۱۱	۱۵	۶	۲۳
۴۸	۲۲	۳۶	۴۷	۵۶	۲۴	۱۱	۱۵	۶	۲۳	۲۴	۱۱	۱۵	۶	۲۳
%۴۳	%۷۲	%۵۵	%۵۲	%۴۱	%۵۵	%۷۶	%۷۵	%۸۷	%۴۳	%۷۲	%۷۶	%۷۵	%۸۷	%۴۳
درصد بهبودی کلی					%۶۷					درصد بهبودی کلی				
۴۷	۳۱	۱۷	۳۶	۵۲	۱۹	۱۰	۹	۱۰	۲۴	۱۵	۱۱	۱۴	۱۰	۱۷
۴۱	۲۱	۲۰	۴۶	۱۸	۱۵	۱۱	۱۴	۱۰	۱۷	۱۵	۱۱	۱۴	۱۰	۱۷
%۵۲	%۷۵	%۷۵	%۵۳	%۸۱	%۷۲	%۷۶	%۷۷	%۷۹	%۶۳	%۷۲	%۷۶	%۷۷	%۷۹	%۶۳
درصد بهبودی کلی					%۷۳					درصد بهبودی کلی				
۷/۷۷	۱۰/۶	۱۰/۶	۹/۱۹	۱۳/۸	۱۴	۱۲/۵	۱۶/۵	۱۳/۶	۱۰/۴	۱۴	۱۲/۵	۱۶/۵	۱۳/۶	۱۰/۴



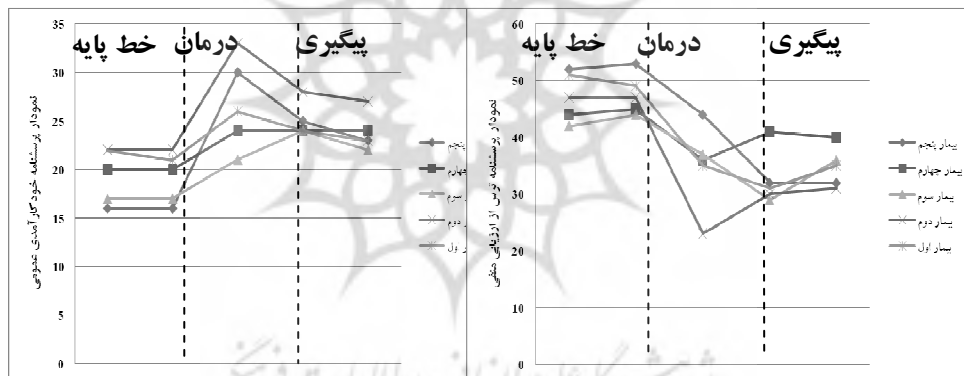
نمودار ۱: سیر نمرات بیماران در پرسشنامه هراس اجتماعی

نمودار ۲: سیر نمرات بیماران در مقیاس اضطراب اجتماعی

لیبویترز

جدول ۶: نمرات بیماران در پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی

بیماران					بیماران مراحل درمان	بیماران				
بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۵		بیمار ۱	بیمار ۲	بیمار ۳	بیمار ۴	بیمار ۵
۲۲	۲۴	۱۷	۲۱	۱۶	خط پایه	۵۲	۴۴	۴۲	۴۷	۵۱
۲۱	۲۲	۱۷	۲۰	۱۶	خط پایه	۴۴	۳۶	۳۷	۲۳	۳۵
۲۶	۳۳	۲۱	۲۴	۳۰	جلسه آخر					
٪۱۸/۱	٪۳۷/۵	٪۲۳/۵	٪۲۴/۲	٪۸۷/۵	درصد بهبودی	٪۱۵/۳	٪۱۸/۱	٪۱۱/۹	٪۵۱	٪۳۱/۳
۳۶/۱۶					درصد بهبودی	٪۲۵/۵۲				
۲۴	۲۸	۲۴	۲۴	۲۵	ماه اول پیگیری	۳۲	۴۱	۲۹	۳۰	۳۱
۲۳	۲۷	۲۲	۲۴	۲۳	ماه دوم پیگیری	۳۲	۴۰	۳۶	۳۱	۳۵
٪۴/۵	٪۱۲/۵	٪۲۹/۴	٪۱۴/۲	٪۴۳/۷	درصد بهبودی	٪۶۲/۵	٪۹	٪۱۴/۲	٪۳۴	٪۳۱/۳
۲۰/۸۶					درصد بهبودی	٪۳۰/۲				
۰/۵۳۶	۲/۶۰	۲/۶۷	۲/۱۴	۳/۷	شاخص تغییر پایا	۹/۱	۱/۸۲	۲/۷	۷/۲	۷/۲



نمودار ۴:

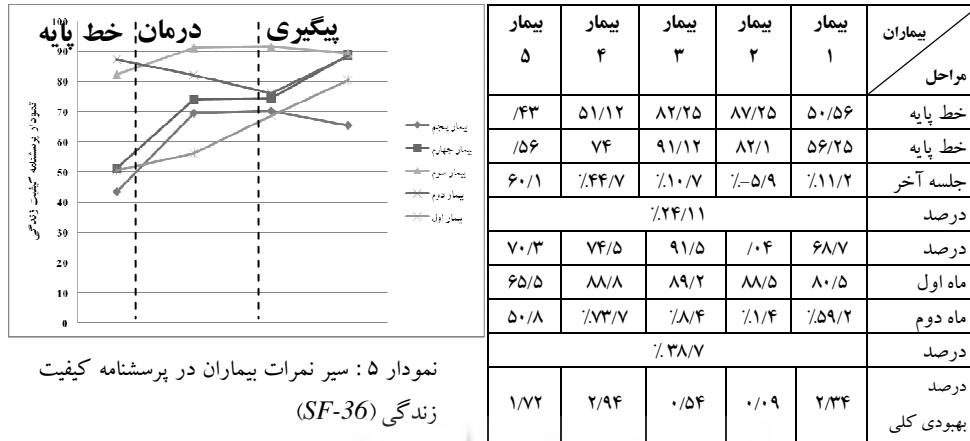
نمودار ۳:

سیر نمرات بیماران در پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی

سیر نمرات بیماران در پرسشنامه خودکارآمدی عمومی

جدول ۸: نمرات بیماران در پرسشنامه کیفیت

زندگی (SF-36)



نمودار ۵: سیر نمرات بیماران در پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. ترس، اجتناب و طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، آماج‌های اصلی درمان محسوب می‌شوند. نتایج حاصل از نمره‌های مراجعان در آماج‌های اصلی نشان دهنده آنست که طرح‌واره درمانی در کاهش این آماج‌ها موفق بوده است. اینگرام^۱، هیز^۲ و اسکات^۳ (۲۰۰۰) در بررسی سنجش اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی به شش متغیر اشاره می‌کنند. آن‌ها معتقدند که نتایج پژوهش‌های مداخله‌ای را باید بر اساس این متغیرها بررسی نمود. نتایج این پژوهش نیز بر اساس این شش متغیر بررسی می‌گردند:

۱- اندازه تغییر: چقدر کاهش در آماج‌های اصلی درمان رخ داده است؟ ترس، اضطراب و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی - عملکردی از آماج‌های اصلی درمان بودند که نتایج نشان می‌دهند که همه بیماران کاهش چشمگیری در آن‌ها داشته‌اند. نمره‌های کلیه بیماران در پایان ماه‌های پیگیری در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) به زیر خط برش (۳۸) رسیده است و این نشان دهنده آن است که درمان از نظر بالینی

^۱ . Ingram

^۲ . Hayes

^۳ . Scott

معنادار بوده است. همان‌گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود شاخص تغییر پایا نیز نشان داده است که به لحاظ آماری به کاهش نمرات بیماران در این متغیرها در پایان درمان می‌توان اعتماد نمود. همچنین در جدول (۵) نمرات بیماران در مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز (LSAS) نشان می‌دهد نمرات همه بیماران که در خط پایه در محدوده اضطراب اجتماعی شدید (۸۰-۹۵) قرار داشته است، در پایان درمان به زیر خط برش رسیده است. بنابراین می‌توان گفت درمان به لحاظ بالینی نیز معنادار بوده است. شاخص تغییر پایا نیز نشان دهنده معنادار بودن نتایج بدست آمده در مورد همه بیماران به لحاظ آماری است. این نتایج در مقایسه با نتایج ملیانی و همکاران (۱۳۸۸) که CBT گروهی را با الگوی هیمبرگ در درمان SAD بکار گرفتند و نتایج آن‌ها تفاوت معناداری را در کاهش نشانه‌های فیزیولوژیکی، ترس و اجتناب در دو گروه مورد مطالعه نشان نداد را می‌توان نتیجه اثربخشی این مدل درمانی دانست. قابل توجه است که درمان گروهی رفتاری-شناختی (الگوی هیمبرگ)، گسترده‌ترین برنامه‌های درمانی برای درمان SAD را ارائه می‌دهد (هیمبرگ، ۲۰۰۲؛ به نقل از دالریمل و هربرت، ۲۰۰۷). همان‌طور که در جدول (۳) مشاهده می‌شود شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه قبل و پس از درمان بیانگر این است که نمرات همه بیماران کاهش داشته است. شاخص تغییر پایا در مورد همه بیماران نشان می‌دهد که کاهش در شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه همه آن‌ها از نظر آماری معنادار است ($RCI \geq 1/96$). از شدت کلی فعالیت طرح‌واره‌ها در مورد همه بیماران در پایان درمان کاسته شده و این روند در ماه‌های پیگیری نیز ادامه داشته است. نمرات کل همه بیماران در میزان شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در پایان مرحله پیگیری به زیر نقطه برش رسیده است. با توجه به نمرات بیماران در خط پایه می‌توان گفت که کاهش فعالیت طرح‌واره‌ها در بیماران دوم، چهارم و پنجم به لحاظ بالینی نیز معنادار بوده است.

۲- کلیت تغییر: چند درصد افراد تغییر کرده‌اند و چند درصد تغییر نکرده‌اند؟ نتایج پژوهش نشان می‌دهد که مراجعان در پایان درمان، در مؤلفه‌هایی که پرسشنامه هراس اجتماعی مورد سنجش قرار می‌دهد (ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی) به ۶۷ درصد بهبودی کلی دست یافتند. این درصد در ماه‌های پیگیری به ۷۳ درصد افزایش یافته است. در مؤلفه‌های مورد سنجش مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز (اضطراب و اجتناب) در پایان درمان، شاهد ۵۲ درصد بهبودی کلی در مراجعان هستیم که این درصد در پایان ماه‌های پیگیری به ۶۷ رسیده است. مراجعان در طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، به بهبودی کلی ۲۰/۵ در پایان درمان در کلیه حوزه‌ها دست یافتند، که این درصد در پایان ماه‌های پیگیری به ۳۵/۶ رسید. بنابراین، می‌توان گفت که همه بیماران تغییر کرده‌اند.

۳- عمومیت تغییر: در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟ در حوزه ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران، اجرای پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی (BFNE) و نتایج بدست آمده در جدول (۶) نشان می‌دهد که همه بیماران در میزان ترس از ارزیابی منفی‌شان در پایان جلسات درمان نسبت به خط پایه کاهش داشته‌اند. بهبودی کلی در پایان درمان در این حوزه ۲۵/۵ درصد بوده است که در پایان ماه‌های پیگیری به رقم ۳۰/۲ درصد رسیده است. نتایج شاخص تغییر پایا در مورد بیماران در این زمینه نشان داده است که نتایج بدست آمده از همه بیماران، بجز بیمار چهارم (۱/۸۲) از نظر آماری معنادار است و کاهش در میزان ترس از ارزیابی منفی در ۸۰٪ بیماران، نتیجه اثربخشی درمان بوده است. در جدول (۷) نتایج وضعیت بیماران در حوزه خودکارآمدی عمومی (GSE) بیانگر این است که همه بیماران در پایان درمان و پایان ماه‌های پیگیری در نمرات خودکارآمدی عمومی افزایش داشته‌اند. بهبودی کلی در این حوزه برای بیماران در پایان درمان ۳۶/۱ درصد بوده است. این رقم در پایان ماه‌های پیگیری کاهش داشته و به ۲۰/۸ درصد رسیده است. هر چند که این میزان نسبت به خط پایه افزایش نشان می‌دهد. شاخص تغییر پایا نشان می‌دهد که نتایج همه بیماران بجز بیمار اول در خودکارآمدی عمومی از لحاظ آماری معنادار بوده است. تغییرات ایجاد شده در بیماران و افزایش میزان خودکارآمدی در آن‌ها به جز بیمار اول در ۸۰٪ بیماران نشان دهنده اثربخشی فرآیند درمان بوده است.

۴- میزان پذیرش: افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند؟ کزدین (۱۹۹۲؛ به نقل از حمیدپور، ۱۳۸۸) معتقد است که افت آزمودنی‌ها را باید به عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه نمود. آزمودنی‌های پژوهش حاضر، از ابتدا تا انتها، جلسات درمانی را ادامه دادند و در تمامی بیست جلسه برنامه ریزی شده در طرح‌واره درمانی شرکت کردند. همه آن‌ها در فرآیند درمان، فعال بودند. بیماران با انگیزه کافی در جلسات شرکت می‌کردند و انعطاف پذیری درمانگر در فرآیند درمان که از ویژگی‌های این مدل درمانی است (یانگ، ۱۳۸۶)، شاید عاملی برای ترغیب و ایجاد انگیزه در بیماران بود که با رغبت زیاد آن را به طور کامل به پایان رسانند.

۵- ایمنی: آیا در اثر درمان، سلامت روانی و جسمی بیماران کاهش یافته است؟ برای بررسی این ملاک، از آزمون کیفیت زندگی (SF-36) استفاده شد که قبل از درمان، پس از درمان و پس از ماه‌های پیگیری بر روی بیماران اجرا شد. نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد که کیفیت زندگی همه بیماران به جز بیمار دوم در پایان درمان نسبت به خط پایه افزایش داشته است. بهبودی کلی در این حوزه در پایان درمان ۲۴/۱ درصد برای همه بیماران بوده است. این روند در ماه‌های پیگیری نیز ادامه داشته است و به رقم ۳۸/۷ درصد

بهبودی در پایان ماه‌های پیگیری رسیده است. بنابراین، نه تنها سلامت عمومی و سلامت روانی بیماران در فرآیند درمان کاهش نداشته است، بلکه شاهد افزایش در کیفیت زندگی بیماران پس از درمان و پس از ماه‌های پیگیری نیز بوده‌ایم.

۶- ثبات: دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند؟ داگاس و رابی چاوود (۲۰۰۷)، معتقدند که وجود مرحله پیگیری ۲ ماهه، برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان کافی است. مشاهده فرآیند پیگیری دو ماهه در جدول (۴) نشان می‌دهد که: ترس و اضطراب، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی بیماران که در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) در پایان درمان کاهش یافته و ۶۷٪ بهبودی کلی را حاصل نموده بود، در پایان مرحله پیگیری نه تنها دوام داشته بلکه عمیق‌تر شده و به ۷۳٪ بهبودی کلی در مورد همه بیماران رسیده است. همچنین جدول (۵) نشان می‌دهد که میزان اضطراب و اجتناب بیماران در مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز (LSAS) که در پایان درمان کاهش یافته و به میزان ۵۲٪ بهبودی کلی برای تمام بیماران رسیده بود، در پایان مرحله پیگیری نه تنها دوام داشته بلکه عمیق‌تر شده و به ۶۷٪ بهبودی کلی در مورد بیماران رسیده است. نمره کل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه که از اجرای پرسشنامه طرح‌واره یانگ (YSQ) حاصل شده است، نشان می‌دهد که شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در همه بیماران در پایان درمان کاهش داشته است و این کاهش در مرحله پیگیری علاوه بر اینکه ثابت مانده و دوام داشته، بیشتر نیز شده است. جدول (۶) نشان می‌دهد بهبودی کلی بیماران در ترس از ارزیابی منفی در مرحله پیگیری (۳۰/۲٪) نسبت به پایان درمان (۲۵/۵٪) افزایش داشته است. کیفیت زندگی در پایان درمان نسبت به خط پایه بیشتر شده است (۲۴/۱٪) و این روند بهبودی در مرحله پیگیری علاوه بر تداوم و ثبات، افزایش نیز داشته است (۳۸/۷٪). با توجه به نتایج فوق می‌توان این‌گونه استنباط نمود که تغییرات به وجود آمده در بیشتر حوزه‌ها، علاوه بر اینکه در مرحله پیگیری دوام داشته و از میزان آن کاسته نشده است، در بسیاری از موارد روند بهبودی در مرحله پیگیری ادامه داشته و افزایش نشان می‌دهد. این نتایج با نتایج درمان‌های رفتاری-شناختی در درمان بیماران مبتلا به SAD مغایرت دارد. در این گزارش‌ها آمده است که درصد بالایی از بیماران که دوره درمان را با موفقیت به پایان رسانیده‌اند، در دوره پیگیری علائم بیماری را نشان داده‌اند (ماسکوچ، ۲۰۰۸). بنابراین، طرح‌واره درمانی در دوره پیگیری نیز قادر بوده است دستاوردهای درمان را در بیماران حفظ کند و روند بهبودی را ادامه دهد و اثربخشی خود را به لحاظ این ملاک نیز به اثبات برساند.

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرح‌واره درمانی در کاهش ترس و اضطراب، اجتناب و فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از کارآیی و اثربخشی لازم برخوردار است و می‌توان این الگوی درمانی را جایگزین مناسبی در مقایسه با سایر الگوهای درمانی برای درمان SAD دانست.

منابع

- انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۱۳۸۱). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن.
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۸). مقایسه کارایی شناخت درمانی با طرح‌واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان نامه دکتری روان‌شناسی بالینی، تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- دادستان، پریخ؛ اناری، آسیه؛ صالح صدق پور، بهرام (۱۳۸۸). اختلال اضطراب اجتماعی و نمایش درمانگری. فصلنامه روان‌شناسان ایرانی، سال چهارم، شماره ۱۳، ۱۲۳-۱۱۵.
- سازمان بهداشت جهانی (۱۳۸۵). مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی. کاویانی، حسین؛ علاقبندراد، جواد؛ شریفی، ونداد؛ پورناصح، مهرانگیز و احمدی ابهری، سید علی. تهران: انتشارات مهر کاویان.
- ملیانی، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ قادی غلام حسین؛ بختیاری، مریم و طاولی، آزاده (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، سال ۱۵، شماره ۱، ۴۹-۴۲.
- یانگ، جفری؛ کلوکو، ژانت؛ ویشار، مارجوری (۱۳۸۶). طرح‌واره درمانی، ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز، تهران: انتشارات ارجمند.

- Bandelow, B., Charimo, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorder, and brih risk factors in patients with social anxiety disorder. *Eur Arch psychiatry Clin Neurosci*, 254, 397-405.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2n edn). New York: Guilford Press.
- Barlow, D.H., & Hersen, M. (1984). *Single- case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Borovec, T.D., Newman, M.G., & Castonguay, L.G. (2004). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 2, 3, 392-401.
- Connor, K.M., Davidson, J.R., Churchill, L.E., Sherweed, A., & Foa, E.B. (2000). Psychometric properties of the social phobia Inventory (SPIN). *The British Journal pf psychiatry*, 176, 379-386.
- Dalrymple, K.I., & Herbert, J.D. (2007). Acceptance and Commitment therapy for generalized social anxiety disorder: A pilot study. *Behavior Modification*, 31, 543-566.

- Dugas, M.J., & Robichaud, M. (2001). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Routledge: Taylor & Francis.
- Fehm, L., Beesdo, K., Jacobi, F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.
- Fresco, D.M., Coles, M.E., Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hami, S., Stein, M.B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered forms. *Psychol Med*, 31, 1025-1035.
- Garcia-Lopez, L.G., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A.M., Turner, S., & Rosa, A.I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5-year follow-up assessment. *Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- Hofmann, S. G. & Barlow, D.H. (2002). Social phobia (Social Anxiety Disorder). In: D.H. Barlow (Ed), *Anxiety and Its Disorders*. New York: Guilford press.
- Ingram, R.E., Hayes, & Scott, W. (2000). Empirically supported treatment: A critical analysis. In: Syder, C.R., & Ingram, R.E. (Eds). *Handbook of psychological change*. (pp. 40-60) New York: John Wiley & Sons.
- Jacobson, N.S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal Abnormal psychology*, 59, 12-19.
- Kessler, R.C., Mc Gonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., & Wittchen, H.U. (1994). Lifetime and 12-month and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Lampe, L.A. (2009). Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 887-898.
- Lipsitz, J.D., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, N., Laino, J., Liebowitz, M.R., & Fyer, A.J. (2008). A Randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and anxiety*, 25, 542-553.
- Moscovitch, D.A. (2008). What in the core fear in social phobia? A New Model to facilitate individualized case conceptualization and Treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 1-10.
- Neal, J.A., & Edelman, R.J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23(6), 761-786.
- Nicholson, C. (2008). What to do about social anxiety disorder. *Harvard Women's Health Watch*, 16, 4.
- Rapee, R.M. (1995). *Descriptive psychopathology of social phobia*. New York: Guilford Press.
- Ogles, B.M., Lunner, K.M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Review*, 21, 421-446.
- Pennington, B.F. (2002). *The developmental of psychopathology: nature and nurture*. New York: Guilford.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive schemas and social phobia. *Cogn Ther Res*, 30, 571-584.

- Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997). A Cognitive- behavioural model anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R., & Spence, S.h. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical psychology Review*, 24, 737-767.
- Safran, J.D. (1990). Toward a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory: *Clinical psychology Review*, 10, 107-121.
- Stein, M.B., Roy-Byrne, P.P., Craske, M.G., Bystritsky, A., Sullivan, G., Pyne, J.M., Katon, W., Sherbourne, C.D. (2005). Functional impact and health utility of anxiety disorder in primary care outpatients. *Med Care*, 43, 1164-1170.
- Wilson, J.K., Rapee, R.M. (2006). Self- concept certainty in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 44, 113-136.

