

The Effectiveness of Group Schema Therapy on Social Anxiety and Its Specific Symptoms in Blind and Visually Impaired People

Gashouli M, Mohammadpanah Ardakan A*, Choobforoushzadeh A

Department of Psychology, Faculty of Humanistic and Social Sciences, Ardakan University, Yazd, Iran

* *Corresponding author*. Tel: +983532243027, Fax: +983532240991, Email: aramohammadpanah@ardakan.ac.ir

Received: Jun 3, 2021 Accepted: Jul 21, 2021

ABSTRACT

Background & objectives: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of Group schema therapy on social anxiety and its specific symptoms in blind and visually impaired people.

Methods: This study was a semi -experimental study with pre-test, post-test and follow-up test with a control group .For this purpose, the statistical population of study ,included all blind and low-vision people admitted to Isfahan's Ababasir Educational Institute. 26 participants were selected by available sampling and were randomly assigned to the experimental group (13 persons) and the control group (13 persons). The experimental group was trained on 10 sessions (weekly) according to schema therapy in Yang protocol, while control group did not receive any training. Data were collected by self-report method (Social Phobia Inventory) and analyzed using covariance test by SPSS-21 software .

Results: Results showed a significant difference between social anxiety in the experimental group, when entering the study, immediately after treatment, and 1 month after treatment; but no significant difference was observed in the control group.

Conclusions: One of the useful and effective treatments for refractory, ambiguous and long-term disorders that have their roots in childhood is Yang's scheme therapy and also, group therapy is one of the most important factors in the effectiveness of this treatment model in the present study.

Keywords: Social anxiety; Group Schema Therapy; Blind and Visually Impaired People

اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر اضطراب اجتماعی و علائم اختصاصی آن در افراد نابینا و کم‌بینا

مرضیه گشولی، عذرا محمدپناه اردکان*، آزاده چوبغروش زاده

گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران
* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۳۵۳۲۲۴۳۰۲۷ فاکس: ۰۳۵۳۲۲۴۰۹۹۱ پست الکترونیک: azramohammadpanah@ardakan.ac.ir

چکیده

زمینه و هدف: هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر اضطراب اجتماعی و علائم اختصاصی آن در افراد نابینا و کم‌بینا بود.

روش کار: این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. بدین منظور جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه افراد نابینا و کم‌بینای موسسه آموزشی نابینایان ابابصیر شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۶ شرکت‌کننده انتخاب شدند و به صورت تصادفی (۱۳ نفر) در گروه آزمایش و (۱۳ نفر) در گروه کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش مطابق با پروتکل طرح‌واره درمانی یانگ ۱۰ جلسه (به‌صورت هفتگی) تحت آموزش قرار گرفتند، در حالی که گروه کنترل هیچ‌گونه آموزشی را دریافت نکردند. داده‌ها به روش خودگزارش‌دهی (شاخص هراس اجتماعی) جمع‌آوری گردید و با استفاده از آزمون کوواریانس به‌وسیله نرم‌افزار SPSS-21 تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌ها تفاوت معناداری میان اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش در زمان ورود به طرح، بلافاصله پس از درمان و یک ماه پس از درمان را نشان داد؛ اما در گروه کنترل تفاوت معناداری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: یکی از درمان‌های مفید و پربازده برای اختلالات مقاوم، مبهم و درازمدت که ریشه در دوران کودکی دارند «طرح‌واره درمانی» ابداعی یانگ می‌باشد و گروهی بودن فرآیند درمان نیز از عوامل مهم اثربخشی این مدل درمانی در پژوهش حاضر محسوب می‌شد.

واژه‌های کلیدی: اضطراب اجتماعی، طرح‌واره درمانی گروهی، افراد نابینا و کم‌بینا

دریافت: ۱۴۰۰/۳/۱۳ پذیرش: ۱۴۰۰/۴/۳۰

مقدمه

بینایی یکی از مهمترین حواس انسان به شمار می‌رود. از دست دادن این حس ممکن است با عوارض و مشکلات اولیه و ثانویه در هر سنی همراه باشد [۱]. هر یک از ما جهان را به شیوه خاص خودمان تجربه

می‌کنیم؛ اما پیوندهای مشترکی به ما امکان می‌دهد تا برای درک خودمان از جهان، مبنایی در نظر بگیریم، داشتن حس بینایی یکی از این پیوندها است. آسیب بینایی سبب ادراک بسیار متفاوت فرد کم‌بینا از جهان اطرافش و سبب مواجهه او با برخی چالش‌های

اجتماعی و هیجانی می‌شود [۲]. آسیب حس بینایی می‌تواند سبب مشکل در روابط و تعاملات روزمره فرد مبتلا به این آسیب شود و او را در معرض خطر فشارهای عصبی، اضطراب و حس ناپیمنی قرار دهد [۳]. افراد نابینا به دلیل فقدان یکی از حواس اساسی، در مهارت‌های اجتماعی با مشکل مواجه‌اند، این موضوع می‌تواند موجب بالا رفتن اضطراب اجتماعی شود [۴]. همچنین افراد با آسیب بینایی در معرض آسیب بینایی بالاتر، تصویر بدنی منفی‌تر و نیز خود پنداشت پایین‌تری نسبت به هم‌تایان خود هستند و بین دانش‌آموزان با آسیب بینایی و عادی از لحاظ متغیرهای اضطراب اجتماعی، خود پنداشت و تصویر بدنی تفاوت معناداری وجود دارد [۵]. اضطراب اجتماعی، یکی از اختلالات مزمن و مدت‌دار محور یک در DSM و همچنین شایع‌ترین اختلال اضطرابی می‌باشد [۶]؛ که به اختلال نادیده انگاشته شدن معروف است و در کار و نیز حوزه‌های اجتماعی اختلال جدی وارد می‌کند [۷]. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از این که در معرض قضاوت دیگران قرار بگیرند و اهمه دارند. این افراد از انجام کارهایی مثل سخنرانی در حضور جمع، صحبت با دیگران، مهمانی رفتن، معاشرت با غریبه‌ها و خوردن در مکان‌های عمومی بیمناک‌اند و از قرار گرفتن در چنین موقعیت‌هایی به شدت عذاب می‌کشند زیرا در موقعیت‌های یادشده در معرض قضاوت تحقیر آمیز و سرافکننده شدن از سمت دیگران می‌ترسند و فکر می‌کنند که ذاتاً آدم‌هایی ناقص و بی‌کفایتی هستند [۸]. این ترس یا اجتناب به پریشانی، ناتوانی و تداخل در حیطه‌های بسیار مهم زندگی، از روابط خانوادگی گرفته تا کار و تحصیل منجر می‌شود [۹]. قابل ذکر است که طرح‌واره‌ها دسته‌ای از عوامل روان‌شناختی هستند که در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند [۱۰].

یانگ معتقد است که طرح‌واره^۱ الگویی ثابت و درازمدت است که در دوران کودکی به وجود آمده

^۱ Schema

و تا زندگی بزرگسالی نیز ادامه یافته است. ما از طریق طرح‌واره‌ها به جهان نگاه می‌کنیم. معمولاً این طرح‌واره‌ها به غیر از زمینه و بافت درمانی جای دیگر تغییر نمی‌کنند. حتی موفقیت قاطعانه در زندگی نیز برای تغییر آن‌ها کافی نیست. در این رابطه، درمان می‌تواند شامل این باشد که به افراد کمک کند تا طرح‌واره‌های خود را پذیرفته و جهت آن‌ها را به سوی جنبه‌های مثبت تغییر دهند [۱۱]. رویکرد طرح‌واره درمانی^۲ به دنبال آن است که هسته مرکزی مشکل را اصلاح کند و این رویه از میزان موفقیت بالایی برای درمان اختلال‌های روانی و جلوگیری از بازگشت آن‌ها دارد. اشمیت و همکاران، و ساتیانارایانا^۳ و همکاران معتقدند که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نمایش‌دهنده زندگی پرتلاطم و استرس طی دوران کودکی می‌باشند و این تجارب منفی و پر از فشار با ویژگی مزمن بودن خود سبب بروز اختلالات اضطرابی در آینده می‌شوند [۱۲، ۱۳]. در طرح‌واره درمانی درمانگر کمک می‌کند که فرد انتخاب‌های سالم‌تری را انجام دهد و الگوهای رفتار آسیب‌رسان به خود و مخرب را که منجر به بروز اختلالات اضطرابی می‌گردند؛ کنار گذارد. شخص یاد می‌گیرد که با استفاده از تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش در طول جلسه درمان و در خانه، رفتارهای جدید انجام دهد. در نتیجه افراد به تدریج وضعیت خود را از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد به سبک مقابله‌ای کارآمد تغییر داده که این موضوع تأثیر مستقیمی بر کاهش اختلالات اضطرابی دارد [۱۴].

لذا در پژوهش حاضر با بهره‌گرفتن از یافته‌ها و تجربیات گوناگون از طرح‌واره درمانی جهت کاهش اضطراب اجتماعی در این گروه از معلولین استفاده شد.

^۲ Schema Therapy

^۳ Satyanarayana

روش کار

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. بدین منظور جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه افراد نابینا و کم‌بینای موسسه آموزشی نابینایان ابابصیر شهر اصفهان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۶ شرکت‌کننده (۲۰ تا ۴۵ ساله، که مایل به شرکت در طرح بوده، از بیماری روانی دیگر رنج نمی‌بردند و طی دو ماه گذشته هیچ‌گونه مداخله‌ای بر روی آنها انجام نشده بود) انتخاب شدند و به صورت تصادفی ۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه کنترل گمارده شدند. حجم نمونه با توجه به یافته‌های مطالعات قبلی تعیین شد. لازم به ذکر است تعداد اعضای گروه آزمایش در پژوهش‌های علوم انسانی، باید بین ۱۲ تا ۱۵ نفر باشد [۱۵]. چنانچه فردی چند معلولیتی، دارای سه جلسه غیبت بود و یا یکی ملاک‌های ورود به طرح را نداشت؛ از طرح خارج و فرد دیگر که ملاک‌های ورود را برآورده می‌کرد به صورت تصادفی در طرح گمارده می‌شد. محدوده زمانی پژوهش از آبان تا بهمن ماه ۱۳۹۸ و به صورت حضوری بود. گردآوری اطلاعات به صورت میدانی و به کمک پرسشنامه انجام شد. در پژوهش حاضر، شرط رازداری و محرمانه بودن نتایج پرسشنامه‌ها و اطلاعات شخصی آزمودنی‌ها به طور کامل رعایت شد و داده‌های به‌دست‌آمده فقط در راستای اهداف و فرضیه‌های پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. همچنین هیچ اجباری برای شرکت در پژوهش در کار نبوده و موافقت تمام اعضا برای شرکت در پژوهش گرفته شد و جلسات نیز به صورت کاملاً رایگان برگزار گردید. پس از انجام ارزیابی در مرحله پیگیری، جلسات درمان برای گروه کنترل نیز اجرا گردید. لازم به ذکر است این مطالعه به صورت کارآزمایی بالینی با کد ۵۹۲۰۱ در کمیته اخلاق دانشگاه یزد و کد IR.YAZD.REC.1399.020 تصویب شد. در

پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-21 در دو سطح توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، از جداول توزیع فراوانی، درصد فراوانی و ترسیم نموداری و در بخش استنباطی نیز با استفاده از تحلیل کوواریانس به بررسی فرضیه‌های پژوهش پرداخته شد.

به‌منظور اجرای برنامه طرح‌واره درمانی بر اساس پروتکل ارائه‌شده توسط یانگ و همکاران [۱۱]، ابتدا در مورد پژوهش و اهداف آن، زمان، طول و برنامه تشکیلات جلسات آموزشی با مسئولین مرکز آموزشی هماهنگی‌های لازم انجام شد. بعد از انتخاب گروه نمونه (مطابق با ملاک‌های ورود و خروج) افراد به صورت تصادفی به گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند و پس از آن شرکت‌کنندگان هر دو گروه قبل از اجرای برنامه مداخله گروهی به پرسشنامه اضطراب اجتماعی پاسخ دادند. اعضای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه، هر هفته به مدت ۹۰ دقیقه، با هدف کاهش اضطراب اجتماعی در افراد دارای نقص بینایی تحت آموزش قرار گرفتند. انتهای جلسات به اعضا فهرستی از مطالب مهم هر جلسه و تکالیف خانگی جهت تمرین ارائه می‌شد. در ابتدای جلسه بعد تکالیف مورد بررسی قرار می‌گرفت و بازخورد لازم ارائه می‌گردید. در جلسه اول گروه، آشنایی اعضا با یکدیگر، تشریح اهداف شرکت در جلسات، وظایف کلی اعضای گروه و ارائه منطق آموزش گروهی تا پایان جلسات انجام گرفت. در سایر جلسات ابتدا تکالیف جلسات قبل مورد بازبینی قرار می‌گرفت. بازخوردهای مناسب اخذ می‌شد و پس از آن نیز موضوع مورد نظر در آن جلسه مطرح می‌گشت و از بیماران خواسته می‌شد تا در جلسات حضوری فعال داشته و نظرات خود را بیان نمایند و تجارب خود را مرتبط با موضوع مطرح‌شده در هر جلسه را مطرح کنند. سپس تکالیف خانگی مشخص می‌شد و اعضا متعهد می‌شدند تا جلسه بعد به انجام آن تکالیف پرداخته و در پایان هر جلسه نیز جمع‌بندی از مطالب

اجتماعی و یا تمیز دادن سایر درمان‌ها با کارایی‌های مختلف به کار رود. پایایی^۴ مقیاس به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بود و همسانی درونی با ضریب آلفا در میان گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک معادل ۰/۸۰ گزارش شده است. محاسبه آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمون‌ها در خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی برای اجتناب برابر با ۰/۷۵، ترس ۰/۷۴ و ناراحتی ۰/۷۵ بوده که نشانگر این است که پایایی محاسبه‌شده رضایت‌بخش است. همچنین روایی سازه ۱ در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و آزمودنی‌های گروه بهنجار نیز بررسی شده که تفاوت معناداری باهم نشان داده و این مبین روایی سازه بالا در این پرسشنامه می‌باشد. در مقیاس SPIN، با نقطه برش^۵ ۱۹ و دقت تشخیصی ۰/۷۹، افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی و بهنجار را از هم تمیز و تشخیص می‌دهد. نقطه برش ۱۵ با دقت ۰/۷۸ و نقطه برش ۱۶ با کارایی ۰/۸۰ نیز افراد دارای فوبی اجتماعی را از گروه کنترل فاقد نشانه‌های روان‌پزشکی یا افراد روان‌پزشکی غیرفوبی اجتماعی تشخیص می‌دهد [۱۶].

آن جلسه برای تفهیم بهتر مطالب صورت می‌گرفت. در این فاصله گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند و هیچ‌گونه اطلاعاتی از مداخله در گروه آزمایش نداشتند. آخرین روز جلسه آموزش جهت جمع‌بندی، تشکر از اعضای گروه، جلسه‌ای تشکیل شد و در همان روز پس‌آزمون از هر دو گروه کنترل و آزمایش گرفته شد. در نهایت، یک ماه پس از آخرین جلسه از گروه آزمایش پیگیری گرفته شد. برای سنجش متغیرهای پژوهش از پرسشنامه علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی (SPIN)^۱ استفاده شد.

پرسشنامه علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی (SPIN) به‌منظور تشخیص اضطراب اجتماعی از پرسشنامه ۱۷ سؤالی SPIN استفاده می‌گردد. این مقیاس نخستین بار توسط کانور^۲ و همکاران (۲۰۰۰) به‌منظور ارزیابی فوبی اجتماعی یا همان اختلال اضطراب اجتماعی تهیه گردید [۱۶]. پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی^۳ ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده) اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است [۱۷]. هر ماده یا سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (به‌هیچ‌وجه: ۰، کم: ۱، تا اندازه‌ای: ۲، خیلی زیاد: ۳ و بی‌نهایت: ۴) درجه‌بندی می‌شود. به خاطر ویژگی‌های باثبات روان‌سنجی، این مقیاس به‌عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی به کار می‌رود. ضمن این که نسبت به کاهش علائم در طول زمان حساس بوده، لذا می‌تواند به‌عنوان یک ابزار غربالگری و همچنین به‌منظور آزمودن پاسخ در درمان اختلال اضطراب

^۱ Social Phobia Inventory (SPIN)

^۲ Connor

^۳ Self-rating

^۴ Reliability

^۵ Cut-off Point

جدول ۱. خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی

اهداف	جلسات
معرفی برنامه‌ها، شناخت اعضا، اجرای پیش‌آزمون	اول
معرفی و توصیف طرح‌واره درمانی با مثال و به‌صورت قابل‌فهم	دوم
آموزش و شناخت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ویژگی‌های آن‌ها	سوم
معرفی حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و بررسی تک‌تک طرح‌واره‌ها به‌صورت جداگانه	چهارم
معرفی نیازهای هیجانی اساس و ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها	پنجم
آموزش و شناخت سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای به‌صورت عینی و مفهوم‌سازی مشکل فرد در قالب مدل طرح‌واره درمانی	ششم
اجرای راهبردهای شناختی طرح‌واره درمانی	هفتم
اجرای راهبردهای تجربی	هشتم
آموزش روش‌های الگو شکنی	نهم
جمع‌بندی و اجرای پرسشنامه‌های پس‌آزمون	دهم

یافته‌ها

دستاوردهای حاصل از آزمون‌های مذکور، مورد

تأیید واقع یا رد شدند.

فراوانی پاسخ‌دهندگان در گروه سنی ۲۵ الی ۳۰ سال با ۶ نفر و ۴۶/۲ درصد فراوانی در گروه آزمایش و در گروه سنی ۲۵ الی ۳۰ سال با ۶ نفر و ۴۶/۲ درصد در گروه کنترل بیشتر از سایر فراوانی سایر گروه‌ها بوده است. همچنین فراوانی پاسخ‌دهندگان در گروه تحصیلی لیسانس با ۹ نفر و ۶۹/۲ درصد فراوانی در گروه آزمایش و همچنین گروه تحصیلی دیپلم با ۵ نفر و ۳۸/۵ درصد در گروه کنترل بیشتر از سایر فراوانی سایر گروه‌ها بوده است. شاخص‌های آماری توصیفی متغیرها نیز به‌صورت زیر می‌باشد:

در این بخش یافته‌های پژوهشی در سه بخش ارائه می‌شود: الف) یافته‌های جمعیت شناختی؛ ب) یافته‌های توصیفی؛ و پ) یافته‌های استنباطی. لذا جهت نیل به این هدف جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزارهای SPSS-21 استفاده شد. نخست خصوصیات عمومی جامعه آماری پژوهش مانند سن، جنسیت و... مورد توجه قرار گرفت. سپس با استفاده از آزمون‌های آماری داده‌های این تحقیق مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته و با استفاده از آمار استنباطی تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا)، فرضیه‌های تحقیق مورد آزمون قرار گرفتند و در نهایت در این فصل نیز نتایج و

جدول ۲. شاخص‌های آماری توصیفی نمرات متغیر اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	شاخص‌ها		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	واریانس	میانگین	انحراف معیار	واریانس
گروه آزمایش	ترس	۹/۳۸	۳/۱	۷/۲۳	۲/۴۵	۶/۲
	اجتناب	۱۰/۹۲	۳/۹۴	۷/۵۴	۲/۷۲	۷/۴۳
	ناراحتی فیزیولوژیک	۶/۶۲	۲/۵۳	۵/۳۱	۲/۵۶	۶/۵۶
	(کل آزمون)	۲۶/۹۲	۶/۴	۳۶/۵۷	۴/۱۱	۱۶/۹۲
گروه کنترل	ترس	۱۰/۸	۲/۶۶	۹/۵۴	۲/۶۰	۶/۷۶
	اجتناب	۱۰/۷۷	۳/۸	۹/۵۲	۲/۹۲	۸/۵۲
	ناراحتی فیزیولوژیک	۵/۸۵	۳/۳۸	۱۱/۴۷	۳/۱	۹/۱۰
	(کل آزمون)	۲۶/۶۹	۶/۸۲	۴۶/۵۶	۶/۸۵	۴۶/۹۳

متغیرهای تحقیق (ترس، اجتناب، ناراحتی فیزیولوژیک و اضطراب اجتماعی (کل آزمون) آمده است. بدین صورت که: میانگین ترس گروه آزمایش در

با توجه به جدول ۲ مشاهده می‌شود اطلاعات کلی توصیفی (میانگین، انحراف معیار و واریانس) به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در

در مبحث تحلیل استنباطی در این پژوهش اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی نایبانیان و کم‌بینانیان بررسی می‌شود. به این دلیل که از پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است و همچنین متغیرهای تحقیق به صورت کمی می‌باشند از روش آنالیز کوواریانس چند متغیره استفاده می‌شود. همچنین برای انجام آزمون‌های آماری کوواریانس، پیش فرض‌هایی وجود دارد که باید قبل از انجام آزمون رعایت شود؛ که در زیر آورده شده است.

پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

یکی از پیش شرط‌های آزمون پارامتریک t ، بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در گروه‌های آزمایش و کنترل است. بدین منظور آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای آزمون پیش فرض انجام شده که نتایج آن ذیلًا شرح داده شده است.

پیش‌آزمون ۹/۳۸، در پس‌آزمون ۷/۳۳ و در گروه کنترل در پیش‌آزمون میانگین برابر با ۱۰/۸ و در پس‌آزمون ۹/۵۴ می‌باشد. میانگین اجتناب گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۰/۹۲، در پس‌آزمون ۷/۵۴ و گروه کنترل در پیش‌آزمون میانگین برابر با ۱۰/۷۷ و در پس‌آزمون ۹/۷۷ می‌باشد. میانگین ناراحتی فیزیولوژیک گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۶/۶۲، در پس‌آزمون ۵/۳۱ و گروه کنترل در پیش‌آزمون میانگین برابر با ۵/۸۵ و در پس‌آزمون ۶/۵۴ می‌باشد. همچنین اضطراب اجتماعی در کل آزمون گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۲۶/۹۲، در پس‌آزمون ۲۱/۶۲ و گروه کنترل در پیش‌آزمون میانگین برابر با ۲۶/۶۹ و در پس‌آزمون ۲۶/۴۶ می‌باشد.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن داده‌های اضطراب اجتماعی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مؤلفه‌ها	نمره Z	معناداری
اضطراب اجتماعی	ترس	۰/۱۳۷	۰/۲۰۰
	اجتناب	۰/۱۱۵	۰/۲۰۰
ناراحتی فیزیولوژیکی	پیش‌آزمون	۰/۱۵۵	۰/۶
	پس‌آزمون	۰/۱۲۵	۰/۲۰۰
کل آزمون	پیش‌آزمون	۰/۹۳	۰/۲۰۰
	پس‌آزمون	۰/۱۰۴	۰/۲۰۰
	پیش‌آزمون	۰/۱۲۳	۰/۲۰۰
	پس‌آزمون	۰/۱۵۶	۰/۱۰۲

پیش فرض همگنی واریانس‌ها

برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده است. نتایج این آزمون در جدول ۴ آمده است. با توجه به جدول ۴ مقدار معناداری در هر دو آزمون متغیر اضطراب اجتماعی بالاتر از ۰/۵ می‌باشد مشخص می‌گردد واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع می‌باشد.

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود فرض صفر، برای نرمال بودن توزیع نمرات گروه در ابعاد متغیرهای اضطراب اجتماعی تأیید شده است. به این معنا که نمرات گروه در مقیاس اضطراب اجتماعی در موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون، دارای توزیع نرمال است.

جدول ۴. آزمون لوین در مورد تساوی همسانی واریانس‌ها در متغیر حساسیت طرد در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	مؤلفه‌ها	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
ترس	پیش‌آزمون	۰/۱۹۰	۱	۲۴	۰/۶۶۷
	پس‌آزمون	۰/۳۴	۱	۲۴	۰/۸۵۴
اجتناب	پیش‌آزمون	۰/۲۱	۱	۲۴	۰/۸۸۵
	پس‌آزمون	۰/۳۶۷	۱	۲۴	۰/۵۵۰
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۱/۹۴۱	۱	۲۴	۰/۱۷۶
	پس‌آزمون	۱/۱۲۱	۱	۲۴	۰/۳۰۰
کل آزمون	پیش‌آزمون	۱/۶۴۵	۱	۲۴	۰/۲۱۲
	پس‌آزمون	۳/۳۰۳	۱	۲۴	۰/۶۹

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی، ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی در مرحله پس‌آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
مدل	ترس	۲	۷۴/۷۶۳	۴۴/۵۱۷	۰/۱	۰/۷۹۵	۱
	اجتناب	۲	۸۲/۴۶۵	۳۲/۱۷۲	۰/۱	۰/۷۳۷	۱
	ناراحتی فیزیولوژیکی	۲	۶۳/۴۹۵	۲۰/۶۱۰	۰/۱	۰/۶۴۲	۱
	اضطراب اجتماعی کلی	۲	۳۶۰/۸۱	۴۱/۶۵۹	۰/۰۱	۰/۴۵۲	۱
گروه	ترس	۱	۲۰/۱۵۳	۱۲/۰	۰/۰۲	۰/۳۴۳	۰/۹۱۲
	اجتناب	۱	۳۵/۳۵۶	۱۳/۷۹۳	۰/۰۱	۰/۳۷۵	۰/۹۴۵
	ناراحتی فیزیولوژیکی	۱	۲۰/۶۶۴	۶/۷۰۷	۰/۰۱۶	۰/۲۲۶	۰/۶۹۹
	اضطراب اجتماعی کلی	۱	۱۶۳/۷۵۹	۱۸/۹۴۶	۰/۰۱	۰/۴۵۲	۰/۹۸
خطا	ترس	۲۳	۳۸/۶۲۷	۱/۶۷۹			
	اجتناب	۲۳	۵۸/۹۵۴	۲/۵۶۳			
	ناراحتی فیزیولوژیکی	۲۳	۷۰/۸۴۶	۳/۸۱			
	اضطراب اجتماعی کلی	۲۳	۱۹۸/۸۰۰	۸/۶۴۳			

اطمینان ۹۹٪ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی بر کاهش ترس ناینایان و کم‌بینایان مؤثر است. افزون بر این، نتایج نشان می‌دهد مقدار F محاسبه شده در متغیر اجتناب برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه با همسان کردن نمرات پیش‌آزمون برابر با ۱۳/۷۹۳ است که با توجه به سطح معناداری (p=۰/۰۱) در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی بر کاهش اجتناب ناینایان و کم‌بینایان مؤثر است. مقدار F محاسبه شده در متغیر ناراحتی فیزیولوژیکی برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه با همسان کردن نمرات پیش‌آزمون نیز برابر با ۶/۷۰۷ است که با

با توجه به جدول ۵، نتایج نشان می‌دهد مقدار F محاسبه شده در متغیر اضطراب اجتماعی برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه با همسان کردن نمرات پیش‌آزمون برابر با ۱۸/۹۴۶ است که با توجه به سطح معناداری (p=۰/۰۱) در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی ناینایان و کم‌بینایان مؤثر است و فرضیه اول پژوهش تأیید می‌گردد. همچنین، نتایج نشان می‌دهد مقدار F محاسبه شده در متغیر ترس برای تفاوت نمرات پس‌آزمون دو گروه با همسان کردن نمرات پیش‌آزمون برابر با ۱۲ است که با توجه به سطح معناداری (p=۰/۰۲) در سطح

توجه به سطح معناداری ($p=0/016$) در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی بر کاهش ناراحتی فیزیولوژیکی نایب‌نایان و کم‌بینایان مؤثر است.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به اثربخشی طرح‌واره درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی، ترس، اجتناب و ناراحتی

فیزیولوژیکی در مرحله پیگیری

متغیر	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
ترس	۱۸۸/۷۳	۲	۹۴/۳۷	۴۸/۷۲۵	۰/۱	۰/۸۰۹	۱
اجتناب	۱۷۳/۶۱۲	۲	۸۶/۸۰۶	۵۰/۵	۰/۱	۰/۸۱۳	۱
ناراحتی فیزیولوژیکی	۱۷۵/۴۱۰	۲	۸۷/۷۰۵	۸۷/۹۴۹	۰/۱	۰/۸۸۴	۱
اضطراب اجتماعی کلی	۱۳۰۱/۹۰۶	۲	۶۵۰/۹۵۳	۱۳۰/۸۲۷	۰/۱	۰/۹۱۹	۱
ترس	۲۷/۸۷۳	۱	۲۷/۸۷۳	۱۴/۴۴۲	۰/۰۲	۰/۳۸۶	۰/۹۵
اجتناب	۷/۶۳۳	۱	۷/۶۳۳	۴/۳۹۷	۰/۰۴	۰/۱۶۰	۰/۵۲
ناراحتی فیزیولوژیکی	۸/۲۷۰	۱	۸/۲۷۰	۸/۲۹۳	۰/۰۵	۰/۲۶۵	۰/۷۸
اضطراب اجتماعی کلی	۱۴۶/۵۰۲	۱	۱۴۶/۵۰۲	۲۹/۴۴۴	۰/۰۱	۰/۵۶۱	۰/۹۹
ترس	۴۴/۳۸۸	۲۳	۱/۹۳۰				
اجتناب	۳۹/۹۲۷	۲۳	۱/۷۳۶				
ناراحتی فیزیولوژیکی	۲۲/۹۳۶	۲۳	۰/۹۹۷				
اضطراب اجتماعی کلی	۱۱۴/۴۴۱	۲۳	۴/۹۷۶				

درمانی برای ترس در بین نایب‌نایان و کم‌بینایان ۰/۹۵ بوده است. افزون بر این، نتایج نشان می‌دهد مقدار F محاسبه شده در متغیر اجتناب برای تفاوت نمرات پیگیری دو گروه با همسان کردن نمرات پیش‌آزمون برابر با ۴/۳۹۷ است که با توجه به سطح معناداری ($p=0/04$) در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی بر اجتناب نایب‌نایان و کم‌بینایان تأثیر معنی‌داری داشته است به عبارتی اثر آموزش پس از یک ماه کاهش نیفتاده و پایدار بوده و اندازه اثر طرح‌واره درمانی برای اجتناب در بین نایب‌نایان و کم‌بینایان ۰/۵۲ بوده است. مقدار F محاسبه شده در متغیر ناراحتی فیزیولوژیکی برای تفاوت نمرات پیگیری دو گروه با همسان کردن نمرات پیش‌آزمون نیز، برابر با ۴/۳۹۷ است که با توجه به سطح معناداری ($p=0/05$) در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی بر ناراحتی فیزیولوژیکی نایب‌نایان و کم‌بینایان تأثیر معنی‌داری داشته است به عبارتی اثر آموزش پس از یک ماه کاهش نیفتاده و پایدار بوده و اندازه

با توجه به جدول ۶ نتایج نشان می‌دهد مقدار F محاسبه شده در متغیر اضطراب اجتماعی برای تفاوت نمرات پیگیری دو گروه با همسان کردن نمرات پیش‌آزمون برابر با ۲۹/۴۴۴ است که با توجه به سطح معناداری ($p=0/01$) در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی بر اضطراب اجتماعی نایب‌نایان و کم‌بینایان تأثیر معنی‌داری داشته است به عبارتی اثر آموزش پس از یک ماه کاهش نیفتاده و پایدار بوده و اندازه اثر طرح‌واره درمانی برای اضطراب اجتماعی در بین نایب‌نایان و کم‌بینایان ۰/۹۹ بوده است. همچنین نتایج در جدول فوق نشان می‌دهد مقدار F محاسبه شده در متغیر ترس برای تفاوت نمرات پیگیری دو گروه با همسان کردن نمرات پیش‌آزمون برابر با ۱۴/۴۴۲ است که با توجه به سطح معناداری ($p=0/01$) در سطح اطمینان ۹۹٪ معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت که طرح‌واره درمانی بر ترس نایب‌نایان و کم‌بینایان تأثیر معنی‌داری داشته است به عبارتی اثر آموزش پس از یک ماه کاهش نیفتاده و پایدار بوده و اندازه اثر طرح‌واره

اثر طرح‌واره درمانی برای اجتناب در بین نابینایان و کم‌بینایان ۰/۷۸ بوده است.

بحث

نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های حاصل از مطالعات [۱۸-۲۱] که مبین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر اضطراب اجتماعی هستند، همسو است. یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثر بخش طرح‌واره درمانی بر نشانگان وابسته به اضطراب اجتماعی با نتایج پژوهش صبحی و همکاران [۲۲] با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری لیبی و طرح‌واره درمانی یانگ بر اضطراب اجتماعی و نشانه‌های وابسته به آن، همسو بود. همچنین، پژوهش حاضر هم‌راستا با بخشی از یافته‌های تحقیق [۲۰،۲۳] نشان داد طرح‌واره درمانی گروهی کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان را به دنبال دارد، هر چند این پژوهش‌ها کاهش علائم ناراحتی فیزیولوژیکی را نشان ندادند. همچنین با نتایج پژوهشی که با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی گروهی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان دانشگاه اصفهان انجام شد، همسو بود [۲۳].

برای تبیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر اضطراب اجتماعی می‌توان ذکر کرد طرح‌واره‌های ناکارآمد اولیه ریشه در تجارب ناگوار دوران کودکی دارند [۱۱]. موضوع مهم این است که طرح‌واره‌هایی که زود هنگام تر به وجود می‌آیند به صورت معمول قوی‌تر هستند؛ که منشأ آن‌ها خانواده‌های هسته‌ای است. در حقیقت این طرح‌واره‌ها پویایی‌های دنیای ذهنی کودک می‌باشند. طرح‌واره‌ها به علت عدم ارضای نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی ایجاد شده و مانند یک صافی برای تأیید تجربه‌های دوران کودکی عمل می‌کنند [۲۴]. از سویی به‌طور معمول انسان‌ها در برابر مشکل‌های هیجانی- عاطفی، محدودیت‌ها و فشارهای محیطی، اختلال‌های رفتاری

و روانی و حتی معلولیت‌های جسمی، عکس‌العمل‌های متفاوتی نشان می‌دهند. این حساسیت‌ها و فشارها مانع آرامش روانی فرد شده، آشفتگی روانی، تنش عضلانی، اضطراب و تشدید اختلال‌های گفتاری را موجب می‌شود [۲۵]. لذا می‌توان دریافت افرادی که از حس اساسی و مهم بینایی محروم می‌باشند به علل مختلف گرفتار طرح‌واره‌های ناسازگار می‌شوند؛ که این موضوع سبب بروز و تداوم مشکلاتی از جمله اضطراب اجتماعی در این افراد می‌گردد. در طرح‌واره درمانی درمانگر کمک می‌کند که فرد انتخاب‌های سالم‌تری را انجام دهد و الگوهای رفتار آسیب‌رسان به خود و مخرب را که منجر به بروز اختلالات اضطرابی می‌گردند؛ کنار گذاشته شوند. شخص یاد می‌گیرد که با استفاده از تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش در طول جلسه درمان و در خانه، رفتارهای جدید انجام دهد. در نتیجه افراد به تدریج وضعیت خود را از روش‌های مقابله‌ای ناکارآمد به سبک مقابله‌ای کارآمد تغییر می‌دهند.

در ادامه در تبیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نشانگان اضطراب اجتماعی (شامل: ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی) ذکر می‌شود که سه عنصر، محور اصلی اضطراب اجتماعی هستند: ۱. برانگیختگی‌های فیزیولوژیکی شامل سرخ‌شدن گونه، تعریق، خشکی دهان و نیز لرزش در زمان مواجهه با موقعیت اجتماعی ناراحت‌کننده (ناراحتی فیزیولوژی); ۲. ویژگی‌های روان‌شناختی مانند ترس از ارزیابی‌های منفی؛ ۳. ویژگی‌های رفتاری از جمله کناره و گوشه‌گیری، اجتناب از تماس چشمی؛ که از جمله اهداف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرح‌واره درمانی بر این سه عنصر از علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی بود.

برای تبیین اثربخشی طرح‌واره درمانی بر نشانه ترس می‌توان به این نکته اشاره کرد که: اضطراب اجتماعی بر حول محور ترس از رویدادهای غیر قابل مشاهده از جمله انتقاد، ارزیابی منفی و طرد شدن از سمت

افراد دیگر، می‌گردد که امکان دارد بر جنبه‌های خاصی از تعاملات و روابط اجتماعی مانند صحبت کردن، غذا خوردن و یا نوشیدن در جمع متمرکز شود؛ که بیشتر این افکار به موقعیت‌هایی که در آن‌ها فرد مورد نظارت، توجه و ارزیابی منفی قرار بگیرد، مربوط می‌شود [۲۵]. این افراد به برداشت منفی از رویدادهای اجتماعی مبهم تمایل دارند که این موضوع باعث افزایش اضطراب اجتماعی در آن‌ها می‌شود [۲۶]؛ که این پردازش اطلاعات به صورت جانبدارانه خود دلیل این اختلال و موجب تداوم آن می‌شود [۲۷]. از این رو به بیان یانگ درمان به معنی افزایش کنترل هوشیارانه بر طرح‌واره‌ها است؛ که این کار با کم‌رنگ کردن خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی، شناخت‌واره‌ها و رفتارهای همراه با آن‌ها میسر می‌گردد؛ و درمانگر می‌تواند با استفاده از تکنیک‌های مختلف از جمله «تصویرسازی ذهنی» به بهبود طرح‌واره‌های فرد که ناشی از رویدادهای گذشته می‌باشد کمک کرده، در این تکنیک، در بیمار علامت اختصاصی ترس را نیز کاهش دهد [۱۱]؛ در نتیجه سرانجام ترس در این افراد کاهش می‌یابد.

در ادامه به بررسی و بحث پیرامون نشانه اجتناب پرداخته می‌شود؛ مطابق دیدگاه طرح‌واره محور نیز واکنش اساسی تمام موجودات زنده در مقابل تهدید به سه صورت است؛ «جنگ، گریز و میخکوب شدن». این سه واکنش با سه سبک مقابله‌ای: «جبران افراطی، اجتناب و تسلیم» همخوان است. وجود یک طرح‌واره ناسازگار اولیه در دوران کودکی، مصداق یک تهدید برای فرد است. تهدید نوعی ناکامی در ارضای یکی از نیازهای هیجانی اساسی کودک از جمله؛ دل بستگی ایمن، خودگردانی، آزادی در بیان هیجان‌ها و نیازهای سالم، خودانگیختگی و تفریح و یا محدودیت‌های واقع‌بینانه به شمار می‌رود. افراد نابینا و کم‌بینا نیز از قواعد مستثنی نیستند و ممکن است به مشکلات و کشمکش‌های زندگی خود با سبک‌های مقابله‌ای متفاوتی پاسخ دهند [۱۴]. در سبک مقابله‌ای اجتناب

فرد از لحاظ عاطفی، ممکن است هیجان‌هایی که با یک طرح‌واره مرتبطند را بلوکه کند. به دنبال بلوکه شدن عاطفه، طرح‌واره دیگر به سطح آگاهی نمی‌رسد، به این ترتیب نمی‌توان گام‌های مؤثری برای تغییر یا بهبود طرح‌واره برداشت. از لحاظ رفتاری، فرد در دام الگوهای خودآسیب‌رسان، انتخاب ناهشیارانه و ماندن در موقعیت‌ها درگیر می‌شود که همین موضوع باعث برانگیختگی و تداوم طرح‌واره در فرد می‌شوند. فرد از برقراری روابطی که منجر به بهبود و رهایی طرح‌واره می‌گردند، اجتناب و دوری می‌کند. بر اساس مستندات می‌توان دریافت پاسخ‌های مقابله‌ای اجتنابی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی (از جمله نابینایان و کم‌بینایان) شایع است؛ همچنین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در این افراد موجب پاسخ‌های مقابله‌ای اجتنابی می‌گردد (پاسخ مقابله‌ای: راهبردها و یا رفتارهای مشخصی هستند که از طریق سه سبک رفتاری جبران، تسلیم و اجتناب به منصفه ظهور می‌رسند). واضح است که با استفاده از تکنیک‌های طرح‌واره درمانی می‌توان پاسخ‌های سازگارانه‌تری را جایگزین موارد ناسازگارانه پیشین نمود و تغییرات مثبت در زندگی فرد ایجاد کرد؛ که این تغییرات مثبت می‌تواند عاملی برای تداوم رفتارهای غیراجتنابی در فرد شود.

در تبیین یافته آخر می‌توان بیان کرد موقعیت‌هایی چون شرکت در گروه‌های کوچک، انجام کاری تحت نظارت افراد دیگر، حرف زدن و یا سخنرانی در یک گروه و همچنین «خوردن چیزی یا نوشتن مطلب در مکان‌های عمومی، قرار ملاقات با جنس مخالف و نیز تماس چشمی با افراد غریبه» برای افراد مضطرب اجتماعی شدیداً واهمه‌زا است (چنین موقعیت‌های اضطرابی نشانه‌های فیزیکی اضطراب مانند: تعریق، لرزش، تپش قلب و سرخ‌شدن صورت) در آن‌ها ظاهر می‌شود [۲۸، ۲۹]. پر واضح است افراد نابینا و کم‌بینا نیز از این علامت اختصاصی اضطراب اجتماعی مانند سایر افراد مضطرب اجتماعی در عذابند، لذا با

مهم اثربخشی این مدل درمانی در پژوهش حاضر محسوب می‌شود. موارد مذکور و یافته‌های تحقیق حاضر ما را به این نتیجه رهنمون می‌نمایند که: طرح‌واره درمانی بر کاهش اضطراب اجتماعی در نابینایان و کم‌بینایان مؤثر است. همچنین پس از گذشت زمان (در تحقیق حاضر یک ماه) نتایج همچنان ثابت بوده و اثربخشی این روش درمانی پس از گذشت زمان نیز تأیید گردید.

محدودیت‌ها

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم وجود پرسشنامه و ابزارهای سنجش به صورتی که فرد نابینا به راحتی و خود از آن‌ها استفاده کند (به صورت صوتی و یا خط بریل)؛ و نیز حضور دامنه سنی خاص در موسسه مربوطه بود. در بحث پیشنهادات پژوهشی می‌توان به طراحی و هنجاریابی ابزارهای سنجش مختص افراد دارای نقص بینایی، و طراحی و تدوین و اجرای پروتکل‌های ویژه برای افراد با نقص بینایی اشاره کرد.

پیشنهادات

از جمله پیشنهادات کاربردی پژوهش حاضر برگزاری دوره‌هایی بر اساس روش طرح‌واره‌محور برای والدین این افراد برای پیشگیری و تعدیل مشکلات آتی و گذشته این قشر می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از همه افراد مبتلا به اختلال بینایی که در پژوهش حاضر شرکت کردند و تمام سازمان‌هایی که محققین را در دسترسی به این افراد مساعدت نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ گونه تعارضی در منافع ندارند.

توجه به شواهد مبنی بر اثربخش بودن طرح‌واره درمانی بر اضطراب اجتماعی و علامت‌های آن می‌توان از تکنیک‌های مختلف شناختی، تجربه‌گرایانه، ارتباطی و رفتاری برای کاهش ناراحتی فیزیولوژیکی در این افراد و درمان اضطراب اجتماعی آن‌ها بهره جست؛ هنگامی که فرد طرح‌واره‌های ناسازگار خود را در سطح شناخت، عاطفه و رفتار اصلاح کند به تبع آن ناراحتی فیزیولوژیکی او نیز بهبود می‌یابد. فرد با کمک تکنیک‌های مختلف از جمله: تدوین کارت آموزشی، تصویرسازی و الگوشکنی‌های رفتاری، می‌تواند موقعیت‌های اضطراب‌زا را تجربه کرده و شیوه‌های سازگارانه‌تر رویارویی با موقعیت‌ها را آموخته و از آن پس به موقعیت‌ها به شیوه جدید (سازگارانه) پاسخ دهد و در پی آن ناراحتی فیزیولوژیکی او کاهش یابد.

نتیجه‌گیری

تحقیقات نشان داده‌اند که یکی از درمان‌های مفید و پربازده برای اختلالات مقاوم، مبهم و درازمدت که ریشه در دوران کودکی دارند به خصوص اختلالاتی از محور I,II که در آن‌ها افراد به مشکل منش شناختی مزمن مبتلا هستند، «طرح‌واره درمانی» ابداعی یانگ می‌باشد، که درمانی یکپارچه‌نگر، جامع و تلفیقی است. در روش درمانی یانگ از تکنیک‌ها و راهبردهای مختلف شناختی، تجربی، رفتاری و ارتباطی برای اصلاح شناخت‌ها، رفتارها، احساسات بدنی و عاطفی ناسازگارانه و در نهایت تغییر سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای فرد استفاده می‌شود. درمانگران با استفاده از این راهبردها در سطح شناخت، عاطفه و رفتار فرد به مداخله می‌پردازند؛ این راهبردها و تکنیک‌های درمانی در نهایت به فرآیند تغییر و اصلاح طرح‌واره‌های ناسازگار افراد کمک قابل‌ملاحظه‌ای می‌کنند. گروهی بودن فرآیند درمان نیز از عوامل

References

- 1- Lam B, Christ S, Lee D, Zheng D, Arheart K. Reported visual impairment and risk of suicide. *Arch Ophthalmol*. 2008 Jul;126(7):975-980.
- 2- Alizadeh H, Ganji K, Yousefi Loyeh M, Yadegari F. Human exceptionality: society, school, and family. Hardman MM, Drew CJ, Egan MW. 7th ed. Tehran: Danjeh. 2010. [Full text in Persian]
- 3- Bourne E, Garano L. Coping with anxiety: Ten simple ways to relieve anxiety, fear, and worry. *J Occup Ther Ment Health*. 2017 Apr;33(2),195-198.
- 4- Razavi AH, Kazemi SA, Mohammadi M. Relationship between personality traits and coping styles with social anxiety of blind and normal students in Fars Universities of Fars Province. *Psychol Exept Individ*. 2012 Winter;1(4). 109-134. [Full text in Persian]
- 5- Arjmandnia A, Azimi Garosi S, Vatani S, Kazemi Rezai A. Investigating social anxiety, self-image, and body image among students with visual impairment. *Child Ment Health*. 2017 Spring;4(1):99-108. [Full text in Persian]
- 6- Fehm L, Bessdo K, Jacobi F, Fiedler A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008 Dec;43: 257-265.
- 7- Khorshidzadeh M, Borjali A, Sohrabi F, Delavar A. The effectiveness of schema therapy in the treatment of women with social anxiety disorder. *Res in Clin Psychol and Couns*. 2011 Winter-Spring;1(2):5-24. [Full text in Persian]
- 8- Elliott C, Smith L. Anger management for dummies. 2th ed. Publisher: John Wiley & Sons, 2015.
- 9- Pilling S, Mayo-Wilson E, Mavranzouli I, Kew K, Taylor C, Clark D. et al. Recognition, assessment and treatment of Social anxiety disorder: summary of NICE guidance. National Institute for Health and Clinical Excellence. *British Med J*. 2013 May; 22(346):1-3.
- 10- Lamp A. Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Aust N Z J Psychiatry*. 2009 Jan;43:887-98.
- 11- Hamidpour H, Andouz Z. Schema therapy: A practitioner's guide. Young JE, Klosco JS, Weishaar ME. 11nd. Tehran: Arjmand. 2020. [Full text in Persian]
- 12- Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J. Prevalence and correlates of chronic depression in the canadian community health survey: mental health and well-being. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2009 Jun;54(6):389-98.
- 13- Schmidt NB, Joiner TE. Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress. *J Psychopathol Behav Assess* . 2004 Mar;26(1):65-72.
- 14- Young JE, Klosco JS, Weishaar ME. Schema therapy: A practitioner's guide, New York: Guilford Press. 2003.
- 15- Delavar A. Educational and Psychological Research, Tehran: Virayesh. 2020 Winter. [Full text in Persian]
- 16- Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood, A., Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *Br J Psychiatry* . 2018 Jan;176(4):379-86.
- 17- Hassanvand Amouzadeh M. The Standardization of Social Phobia Inventory (SPIN) in Nonclinical Iranian Samples. *J Urmia Univ Med Sci* . 2015 Apr; 28(1):17-30.
- 18- Kindynis S, Burlacu S, Louville P, Limosin F. Effect of schema-focused therapy on depression, anxiety and maladaptive cognitive schemas in the elderly. *L'encephale* . 2013 Jul;39(6):393-400
- 19- Nordahl HM, Nysaeter TE. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series . *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2005 Sep;3 (6):254-64.
- 20- Delavar A. The effectiveness of schema therapy in the treatment of women with social anxiety disorder. [dissertation]. Tehran: Allameh Tabatabaei University. 2011 Summer. [Full text in Persian]
- 21- Saffarinia M, Zare H, Karami J, Solgi Z. The Efficacy and continuing impact of group schema therapy in treating student's social anxiety disorder. *Pejouhandeh* 2014;19(4):211-218. [Full text in Persian]
- 22- Shaygan Manesh Z, Sobhi Gharamaleki N, Narimani M. The Effectiveness of cognitive-behavioral therapy of Leahy and schema therapy of young on social anxiety disorder and specific symptoms related to it. *Mid East J of Disa Stu*. 2018 Spring; 8(84) :1-6. [Full text in Persian]

- 23- Ghaderi F, Sheriff M, Mehrabi HA. Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduc of social anxiety disorder symptoms. *Clin Psychol Stud*. 2016 Autumn;6 (24):1-28. [Full text in Persian]
- 24- Touzandeh Jani H, Naimi H, Ahmadpour M. An investigation on the efficacy of confrontation cognitive-behavioral skills through group training on the anxiety and adjustment of children with stuttering. *J Res Rehabil Sci* . 2011 Autumn-Winter;7 (2):126-40.[Full text in Persian]
- 25- Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneider FR. (Eds.), *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press. 1995 Winter.
- 26- Rapee R, Heimberg R. A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*. 1997 Aug; 35 (8):74-156.
- 27- Voncken M, Bögels S, Peeters F. Specificity of interpretation and judgemental biases in social phobia versus depressionn, psychology and psychotherapy: theory. *Res Pract*. 2007 Sep;80 (3):443-53.
- 28- Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet*. 2008 Mar;371(9618):1115-25.
- 29- Safren SA, Heimberg RG, Horner KJ, Juster HR, Schneier FR, Liebowitz MR. Factor structure of social fears: The Liebowitz social anxiety scale. *J Anxiety Disord*. 1999 May–June;13:253-270.