

اثر بخشی طرحواره درمانی بافتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی، سلامت روانی، استحکام من و انعطاف پذیری روان شناختی

The Effectiveness of Contextual Schema Therapy on Social Anxiety Disorder, Mental Health, Ego Strength, and Psychological Flexibility

Milad Solgi Ph.D. Student in Clinical Psychology, Aras International Campus, University of Tehran, Tehran, Iran	MohammadAli Besharat Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.	محمدعلی بشارت* استاد، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.	میلاد سلگی دانشجوی دوره دکتری، روانشناسی بالینی، پردیس بین المللی ارس دانشگاه تهران، تهران، ایران.
Ali Moghadamzadeh Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.	علی مقدم زاده دانشیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.		

چکیده

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی، سلامت روانی، استحکام من و انعطاف پذیری روان شناختی انجام شد. این مطالعه شبه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری دانش آموزان دختر و پسر دوره دوم متوسطه شهرستان نهاوند بودند که بر اساس نمرات بالای سیاهه هراس اجتماعی کانور و دیگران (۲۰۰۰)، به صورت هدفمند انتخاب شدند. نمونه شامل دو گروه آزمایش (۲۰ پسر و ۲۰ دختر) و کنترل (۲۰ پسر و ۲۰ دختر) که به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه گمارده شدند. ابزارهای سنجش عبارت بودند از: سیاهه هراس اجتماعی کانور و دیگران (۲۰۰۰)، پرسشنامه استحکام من بشارت (۲۰۰۷)، مقیاس سلامت روانی بشارت (۲۰۰۶) و پرسشنامه انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) داده ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر تحلیل شدند. نتایج نشان داد طرحواره درمانی بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی، بهبود سلامت روانی و افزایش انعطاف پذیری روان شناختی و استحکام من تأثیر معنادار دارد. در نتیجه طرحواره درمانی بافتاری مداخله ای مؤثر برای کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود سلامت روانی، استحکام من و انعطاف پذیری روان شناختی نوجوانان است.

واژه های کلیدی: اختلال اضطراب اجتماعی، استحکام من، انعطاف پذیری روان شناختی، سلامت روانی، طرحواره درمانی بافتاری

Abstract

This study aimed to examine the effectiveness of contextual schema therapy on symptoms of social anxiety disorder, mental health, ego strength, and psychological flexibility. Using a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group, the statistical population consisted of male and female students in the second level of secondary education in Nahavand County, who were purposively selected based on high scores on the Connor Social Phobia Inventory (2000). The sample included an experimental group (20 boys and 20 girls) and a control group (20 boys and 20 girls), who were purposively selected and then randomly assigned to the two groups. Measurement instruments included the Connor Social Phobia Questionnaire (2000), the Ego Strength Questionnaire by Besharat (2007), the Mental Health Scale by Besharat (2006), and the Cognitive Flexibility Questionnaire by Dennis and Vander Wal (2010). Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA), and the results showed that contextual schema therapy significantly reduced social anxiety symptoms and improved mental health, ego strength, and psychological flexibility; therefore, contextual schema therapy is an effective intervention for adolescents.

Keywords: social anxiety disorder, ego strength, psychological flexibility, mental health, contextual schema therapy

received: 16 December 2025

accepted: 28 January 2026

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۰۸

*Contact information: besharat@ut.ac.ir

این مقاله برگرفته از رساله دکتری است.

مقدمه

در نظام آموزشی، مقطع متوسطه دوم شامل پایه‌های دهم تا دوازدهم است و دوره‌ای به‌شمار می‌آید که دانش‌آموزان در آن بیشترین دگرگونی‌ها را از نظر روانی، اجتماعی و جسمی تجربه می‌کنند (رضانژاد، صادقی و جمال‌نتایج شوب، ۲۰۲۳). این مقطع همزمان با دوران نوجوانی^۱ است؛ دوره‌ای که با تحولات عمیق و سریعی در ابعاد هیجانی، جسمانی و اجتماعی همراه است (کارگالیا و پمپونیو، ۲۰۲۴). تقریباً همه روان‌شناسان و متخصصان تعلیم و تربیت معتقدند که دوران نوجوانی، حساس‌ترین، بحرانی‌ترین و در عین حال مهم‌ترین مرحله تحول انسان به‌شمار می‌رود. در این بازه زمانی، به‌دلیل تغییرات ناشی از بلوغ جسمانی، شکل‌گیری هویت فردی، فاصله‌گرفتن از وابستگی‌های دوران کودکی و آماده‌شدن برای ورود به زندگی بزرگسالی، تعادل روانی نوجوان به‌راحتی دستخوش نوسان می‌شود. معمولاً در این دوره است که بیشترین چالش‌های رفتاری و مشکلات روانی^۲ بروز پیدا می‌کنند (موحیدیان، قمرانیان و سجادیان، ۲۰۲۲).

یکی از رایج‌ترین مشکلات روانی که در نوجوانان شیوع گسترده‌ای دارد، اختلال‌های اضطرابی^۳ است (نیازی، سیادتیان و عیوضی، ۲۰۲۵). و میزان شیوع اختلالات اضطرابی در نوجوانان ۱/۹ تا ۷/۴ درصد در سراسر جهان است (دهنپی، صفایی، عطاران خراسانی و عالی، ۲۰۲۰). از اختلالات اضطرابی بسیار مهم که در مطالعات متعددی بر آن تأکید شده، اختلال اضطراب اجتماعی^۴ است که زندگی فرد را مختل می‌کند (نیومن، راکاف، ژو و کیم، ۲۰۲۳).

اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان ترس یا اضطراب مشخص نسبت به یک یا چند موقعیت اجتماعی که فرد ممکن است تحت ارزیابی دیگران قرار گیرد، تعریف می‌شود. این موقعیت‌ها شامل تعاملات اجتماعی، گفت‌وگو با افراد ناآشنا،

مشاهده شدن (مثل خوردن یا نوشیدن در جمع) و انجام کاری در حضور دیگران مانند سخنرانی است. ویژگی اصلی این اختلال، ترس از قضاوت شدن توسط دیگران است (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۲۲). آن‌ها از صحبت کردن، خوردن یا نوشیدن در حضور دیگران خودداری می‌کنند، زیرا فکر می‌کنند دیگران متوجه لرزش دست یا صدای آن‌ها خواهند شد (دهشیخ و بورنا، ۲۰۲۰). این اضطراب ناشی از نگرانی‌های مربوط به ارزیابی منفی و ترس از واکنش منفی دیگران، انتظار ناکامی در جامعه‌پذیری یا طرد و مهارت‌های اجتماعی تضعیف شده افراد است (کوهی، ۲۰۱۹). شیوع اضطراب اجتماعی در دوره‌های اواخر کودکی و اوایل نوجوانی بالاست (ارنست، ۲۰۲۳) و در نوجوانان دختر بیش از نوجوانان پسر دیده شده است (یافه، ۲۰۲۱). برخی مطالعات، سن شروع این اختلال را در حدود پانزده‌سالگی و سن شروع آن در ۹۰ درصد بیماران قبل از ۲۵ سالگی است (جفریس و آنگر، ۲۰۲۰). اضطراب اجتماعی با سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی (لیدرد، ۲۰۰۱) و گستره‌ای از اختلالات شخصیتی^۵ (یه، چن، ژانگ و یانگ، ۲۰۲۱) و روان‌شناختی^۶ (باقری، گودرزی، روزبهانی و کاکابرایی، ۲۰۲۴) و کاهش سلامت روانی^۷، فردی و اجتماعی (آلفانو و بیدل، ۲۰۱۱) همراه است.

سلامت روانی یک نیاز اساسی به‌شمار می‌رود و برای بهبود کیفیت زندگی حیاتی است. سلامت روانی مربوط به ویژگی‌های توانمندسازی درونی با منابع قدرت است. داشتن این منابع درونی، توانایی شخص برای رشد را افزایش می‌دهد. در حقیقت سلامت روانی، مفهوم کلی سلامت است که توانایی کامل برای بازی نقش‌های اجتماعی، روان‌شناختی و جسمانی بدون بیماری است (گیلانی گیچه و برقی میرآباد، ۲۰۲۳). سلامت روانی موضوعی فراتر از فقدان یا نبود بیماری روانی است. بُعد مثبت سلامت

1 - adolescence
2 - mental problems
3 - anxiety disorders
4 - social anxiety disorder

5 - personality disorders
6 - psychological disorders
7 - mental health

روانی که سازمان جهانی بهداشت^۱ نیز بر آن تأکید دارد، در تعریف سلامتی لحاظ شده است؛ سلامتی یک حالت رفاه جسمانی، روانی و اجتماعی است نه فقط نبود بیماری و یا ناتوانی (الخامس، الرشید، الزوناودی، المحیمد و الجوهانی ۲۰۲۰). بنابراین، بهداشت روانی حالتی از رفاه است که در آن فرد توانایی‌هایش را باز می‌شناسد و قادر است با تنیدگی‌های^۲ عادی و معمول زندگی، سازگاری^۳ داشته و از نظر شغلی مفید و سازنده باشد (السولایس، موسلی و الامیل، ۲۰۲۰). همچنین از جمله عواملی که می‌تواند به افراد کمک کند تنیدگی‌های درونی و بیرونی را مدیریت کنند، ناملایمات کنار بیاورند و پس از شکست‌ها بهبود یابند و سلامت روانی آن‌ها حفظ شود استحکام من^۴ است. استحکام من یکی از سازه‌های روان‌شناختی است که مبین تحول روان‌شناختی، اجتماعی، عاطفی و فرهنگی فرد است و با حس عمیق او از خود مرتبط است (کلی، ۲۰۲۰). استحکام من مفهومی است که به ظرفیت فرد برای مدیریت مؤثر خواسته‌های دنیای بیرونی با حفظ احساس یکپارچگی خود اشاره دارد (سعیدی‌نژاد، فوروزنده، بشارت، نیکورز و بانی تابا، ۲۰۲۴). همچنین استحکام من نقش مهمی در توانایی افراد برای مقابله با چالش‌هایی دارد (علی پور و حیدری نصب، ۲۰۲۳). چرا که استحکام من افراد را قادر می‌سازد تا در برابر سختی‌ها تاب‌آور^۵ باشند، در مواجهه با تنیدگی مقاومت کنند و چالش‌های زندگی را با موفقیت پشت سر بگذارند (بشارت، ۲۰۱۷). بنابراین افرادی که استحکام من نیرومندی دارند بهتر می‌توانند با شرایط غیرمنتظره سازش یابند و به نفع سلامتی خود و اطرافیانشان تصمیم بگیرند (مارکستروم و مارشال، ۲۰۰۷).

زندگی پر از تغییرات، چالش‌ها و موقعیت‌های غیرمنتظره است که می‌تواند فشار روانی زیادی وارد کند (استیری، جانبزرگی و خدادادی‌سنگ‌ده،

۲۰۲۱). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۶ توانایی سازگار کردن فکر و رفتار فرد در پاسخ به تغییرات شرایط محیطی است (جنتیلی، ریکاردسون، زترکویست، سیمونس، لیکاندر و ویکسل، ۲۰۱۹). به عبارتی، انعطاف‌پذیری شناختی به آگاهی شخص در مورد وجود گزینه‌های دیگر در موقعیت مشخص، تمایل به منعطف‌بودن و انطباق با موقعیت و خودکارآمدی^۷ کمک می‌کند چرا که شامل توانایی تغییر رفتار اعم از یک فکر یا یک عمل در پاسخ به تغییرات محیطی است (پولاکانوهو، ۲۰۲۰). فرایندهای زیربنایی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پویا هستند و شامل چرخه‌هایی از تولید و فرونشانی افکار در نتیجه تعامل فرد با عوامل محیطی در حال تغییر است (راماسی، بلینی، پرستی، سنتیسی و ۲۰۱۹). در مقابل، انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مبین فقدان آگاهی از انتخاب‌ها در زمان به وجود آمدن شرایط غیرمنتظره و عدم تمایل یا ناتوانی در انطباق با چنین چالش‌هایی است و می‌تواند مکانیزم پیش‌بینی‌کننده اختلالات روانی همچون اضطراب و افسردگی و نشانه‌های آن مانند غم، ناامیدی و بی‌انگیزگی و ترس در نظر گرفته شود (گونزالس فرناندز، فرناندز رودریگز و موتا آلونسو، ۲۰۱۷) چرا که فرایند انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌تواند فرد را قادر به برخورد مناسب و کارآمد در مواجهه با چالش‌ها، شرایط تنش‌زا و فشارها سازد (آسیکاینن، هایللی کاری و ماتسون، ۲۰۱۸)، همچنین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی سبب کنترل اضطراب اجتماعی و افسردگی دانش‌آموزان (معارف‌وند و شفیع آبادیپ، ۲۰۲۱) و سبب کاهش آسیب‌های روانی (عطارد و دیگران، ۲۰۱۹) می‌شود.

با توجه به آنچه پیشتر بیان شد و وجود مشکلات و موضوعات مختلف در بُعد روانی که برای دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه ممکن است حادث شود، در نتیجه هر مداخله‌ای که بتواند سبب

1 - World Health Organization (WHO)

2 - stress

3 - compatibility

4 - ego strength

5 - resilient

6 - psychological flexibility

7 - self-efficacy

تغییر متغیرهای فوق شود و منجر به مقابله مناسب‌تر آنها با مشکلات و حل مسائل خواهد شد. همچنین غالب مداخلات روانشناختی صرفاً بر کاهش علائم فعلی (مانند اضطراب یا سلامت روانی) تمرکز می‌کنند، بدون اینکه به ریشه‌ها و الگوهای عمیق‌تر که باعث تداوم این مشکلات می‌شوند، بپردازند. در نتیجه، ممکن است بهبودی موقت باشد و مشکلات در موقعیت‌های دیگر یا در آینده مجدداً ظاهر شوند. از جمله مداخله‌های مؤثر طرحواره درمانی بافتاری^۱ می‌باشد.

طرحواره درمانی بافتاری مدل جدید طرحواره درمانی است که رودیگر (۲۰۰۱) نقل از رودیگر، استیون و بروکمن، (۲۰۱۸) ابداع کرده و یانگ و کلوسکو و ویشار (۲۰۰۳) آن را تأیید کرده‌اند. در این رویکرد با استفاده از تکنیک‌های بافتاری، طرحواره‌های سازش‌نا یافته^۲ فرد شناسایی می‌شوند و بهبود می‌یابند (رودیگر و دیگران، ۲۰۱۸). طرحواره درمانی بافتاری مبتنی بر رویکرد طرحواره درمانی است و پایه اصلی مدل را تقویت می‌کند. این رویکرد شامل ایده‌پردازی از زندگینامه احساسی، نیازهای هیجانی، رفتاری و بیولوژیکی، شناسایی نیازهای برآورده نشده اولیه، بهبود طرح‌های سازش‌نا یافته اولیه و حالت‌های مقابله‌ای مربوط به رنج عاطفی کنونی و طولانی مدت است (ون ویرس و یجک و برویرسین و اسپورینک، ۲۰۱۴). رویکرد طرحواره درمانی بافتاری در برخورد با ذهنیت منتقد درونی، گاهی متفاوت از رویکرد معمول طرحواره درمانی است و بیشتر به ایده‌های موج سوم شباهت دارد. در رویکرد مرسوم طرحواره درمانی به مراجع می‌آموزند با والد تنبیه‌گر بجنگد. یانگ و دیگران (۲۰۰۳) معتقدند ذهنیت منتقد درونی همیشه دوباره برمی‌گردد؛ بنابراین تلاش برای رهاشدن از شر آن به جنگ درونی و ناامیدی بی‌پایان منجر خواهد شد. در طرحواره درمانی بافتاری به جای جنگیدن

با ذهنیت منتقد درونی، به مراجع آموخته می‌شود از آن فاصله بگیرد (امام زمانی، رحیمیان بوگر و مشهدی، ۲۰۲۳). زمانی که مراجع بتواند به جای توجه به محتوای ذهنیت^۳ منتقد درونی به تأثیر آن دقت کند، فاصله‌گیری هیجانی از آن‌ها بسیار آسان‌تر خواهد شد. ذهنیت‌ها شیوه‌هایی هستند که طرحواره‌ها پس از تعدیل شدن به کمک سبک‌های مقابله‌ای ظاهر می‌شوند (رودیگر و دیگران، ۲۰۱۸). ذهنیتی خاص می‌تواند نشانگر طرحواره‌های گوناگون باشد و سبک‌های مقابله‌ای گوناگون را یکپارچه سازد. ذهنیت‌ها را می‌توان به چهار دسته اصلی تقسیم کرد: ذهنیت‌های کودک، منتقد درونی، مقابله‌ای سازش‌نا یافته و ذهنیت بزرگسال سالم. ذهنیت بزرگسال سالم، جنبه خودنظم‌جویی سازش‌یافته فرد است؛ به‌طور طبیعی این ذهنیت، افکار معقول و بینش به خود را یکپارچه می‌کند و به حل مسئله کارآمد منجر می‌شود (همتی‌ثابت، روحانی شهرستانی، همتی ثابت و احمدپناه، ۲۰۱۶). این وظیفه بزرگسال سالم است که به ارزیابی مجدد باورهای قدیمی بپردازد و بین نیازهای دلبستگی و ابراز وجود تعادل برقرار کند که به رفتار مقابله‌ای کارآمد منجر می‌شود (رودیگر و دیگران، ۲۰۱۸). پژوهش قدمپور، کلانتری و مهرانی (۲۰۱۸) نشان می‌دهد طرحواره درمانی هیجانی به دلیل تأکید بر نقش باورها و راهبردهای فرد درباره هیجانات می‌تواند مداخله‌ای مؤثر برای کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی از جمله نشخوار فکری و اجتناب شناختی در افراد دارای نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی استفاده شود. نتایج پژوهش کبریتیچی، ابوالقاسمی و شهریاری احمدی (۲۰۲۵) نشان داد طرحواره درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی و ماندگاری آن در دوره پیگیری تأثیر دارد. حیاتی و شهینی بیلاق و کیخسروانی (۲۰۲۳)

1 - contextual behavioural science
2 - maladaptive schemas

2 - Mode

کرده باشند، بسیار محدود است. از سوی دیگر، پژوهش‌های پیشین عمدتاً تنها به بررسی یکی از متغیرهای آسیب‌شناختی یا سازه‌های مثبت روان‌شناختی پرداخته‌اند و مطالعاتی که هم‌زمان تأثیر طرحواره‌درمانی بافتاری را بر مجموعه‌ای از متغیرهای کلیدی مانند اضطراب اجتماعی، سلامت روانی، استحکام من و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بررسی کنند، بسیار اندک یا عملاً وجود ندارند. بنابراین، پژوهش حاضر با توجه به چندی بودن متغیرها و نوآوری در رویکرد درمانی، توانایی پر کردن یک خلأ پژوهشی مهم و گسترش دانش موجود در زمینه مداخلات مبتنی بر طرحواره را دارد. بنابراین، هدف این پژوهش این است که آیا طرحواره درمانی بافتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی، سلامت روانی، استحکام من و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش آموزان موثر است؟

روش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از لحاظ روش‌شناسی در زمره پژوهش‌های شبه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل قرار دارد. این طرح شامل دو گروه است: یک گروه آزمایش که مداخله طرحواره درمانی بافتاری را دریافت کرد و گروه کنترل که هیچ مداخله‌ای دریافت نمی‌کند. پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. جامعه آماری این پژوهش دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شهرستان نهاوند در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. برای انتخاب مدارس، ابتدا پرسشنامه اضطراب اجتماعی در میان دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه شاخه نظری در مدارس شهرستان نهاوند توزیع شد. سپس نمرات اضطراب دانش‌آموزان جمع‌آوری و میانگین نمرات اضطراب هر مدرسه محاسبه شد. دو مدرسه‌ای که دارای بالاترین میانگین نمرات اضطراب اجتماعی بودند، به عنوان مدارس واجد شرایط برای پژوهش انتخاب شدند. در مرحله بعد،

نشان دادند طرحواره‌درمانی بافتاری می‌تواند بر کاهش حساسیت بین‌فردی و همچنین افزایش خودکارآمدی مقابله‌ای مؤثر باشد و این تأثیر در طول زمان نیز ماندگار است. امام زمانی، رحیمیان بوگر و مشهدی (۲۰۲۳) براساس یافته‌ها طرحواره درمانی بافتاری با اصلاح ذهنیت‌ها و روش‌های موج سوم، در بهبود نظم‌جویی هیجان و کاهش نشانه‌های جسمانی دردناک مؤثر بود. همتی ثابت و دیگران (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند طرحواره‌درمانی بر کاهش پرخاشگری و اضطراب اجتماعی نوجوانان مؤثر است. قادری، کلانتری و مهرابی (۲۰۱۶) نشان دادند طرحواره درمانی برای اصلاح طرحواره‌های سازش‌نیافته اولیه و کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی از اثربخشی لازم برخوردار است. نتایج پژوهش اعلمی‌نیا (۲۰۱۵) نیز نشان داد طرحواره درمانی موجب کاهش معنادار ترس و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی و همچنین موجب کاهش فعالیت طرحواره‌های سازش‌نیافته اولیه در تمامی حوزه‌های طرحواره در بیماران می‌شود. شایک و دیگران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند طرحواره‌درمانی بافتاری روشی مؤثر برای کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی است. تأثیرات بلندمدت طرحواره‌درمانی بافتاری شامل درک بهتر از طرحواره‌ها، بهبود در نظم‌جویی هیجان و روابط بین‌فردی است. همچنین بالچی و دیگران (۲۰۲۴) در پژوهشی خود یافتند که طرحواره درمانی بافتاری بر افسردگی و اختلال شخصیت اجتنابی مؤثر است و این علائم بهبود تا دوره پیگیری ادامه دار بوده است.

با وجود گسترش چشمگیر طرحواره‌درمانی در سال‌های اخیر، اغلب پژوهش‌ها همچنان بر نسخه کلاسیک یانگ تمرکز دارند و نسخه نوین طرحواره‌درمانی بافتاری کمتر مورد توجه تجربی قرار گرفته است. تعداد پژوهش‌هایی که به‌طور مستقیم اثربخشی این نسخه را بررسی

ابتدا میانگین نمرات اضطراب اجتماعی هر کلاس محاسبه شد و کلاس‌هایی که بالاترین میانگین را داشتند، انتخاب شدند. این شیوه انتخاب، اطمینان می‌دهد که نمونه‌ها از دانش‌آموزانی با سطح اضطراب مشابه و به شکل علمی انتخاب شده‌اند. در پژوهش حاضر، انتخاب نمونه به روش نمونه‌برداری هدفمند انجام شد یعنی دانش‌آموزانی انتخاب شدند که سطح بالایی از اضطراب اجتماعی داشتند. به عبارتی، این پژوهش روی دانش‌آموزانی متمرکز شد که مشکل اضطراب اجتماعی داشتند. حجم نمونه در پژوهش‌های شبه‌تجربی معمولاً ۱۵ نفر برای هر گروه در نظر گرفته می‌شود، اما برای پیشگیری از کاهش حجم نمونه به علت احتمال حذف شرکت‌کنندگان طی فرایند پژوهش (به دلایل مختلف مانند عدم همکاری یا دسترسی، افت آزمودنی‌ها و...) تعداد ۲۰ نفر دختر و ۲۰ نفر پسر برای هر گروه تعیین شد. در نتیجه، ۸۰ نفر در طرح پژوهش در قالب ۴ گروه (۲۰ دختر در گروه آزمایش، ۲۰ دختر در گروه کنترل، ۲۰ پسر در گروه آزمایش و ۲۰ پسر در گروه کنترل) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود عبارت بود از تحصیل در دوره دوم متوسطه، تمایل به همکاری در پژوهش و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و ملاک‌های خروج عبارت بود از عدم امکان حضور در جلسات درمانی یا تکمیل پرسشنامه‌ها، بیماری‌های جسمی حاد یا مزمن ناپایدار که شرکت در مطالعه را مخاطره‌آمیز کند یا تعارض با پروتکل درمانی داشته باشد، ناتوانی شناختی جدی یا اختلالات نورولوژیک پیشرفته، بیش از دو غیبت در جلسات درمانی، و تشخیص اختلالات روان‌پزشکی عمده‌ای مانند روان‌گسستگی فعال، اختلال دوقطبی نوع I با نوسانات مانیک فعال، یا هر وضعیت دیگری که نیازمند درمان فوری باشد. در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه طرحواره‌درمانی بافتاری و کنترل آمده است.

جدول ۱
اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش به تفکیک گروه‌ها

مؤلفه / گروه	طرحواره درمانی بافتاری	کنترل
سن (انحراف استاندارد)	۱۶/۲۴ (۰/۶۸)	۱۶/۹۵ (۰/۴۱)
رشته تحصیلی تعداد (درصد)	ریاضی فیزیک علوم تجربی	۲۰ (۵۰٪) ۲۰ (۵۰٪) ۳۵ (۸۷/۵٪)
محل زندگی	شهر روستا	۳۸ (۹۵٪) ۵ (۱۲/۵٪)
جنسیت تعداد (درصد)	پسر دختر	۲۰ (۵۰٪) ۲۰ (۵۰٪)

میانگین سنی افراد در گروه طرحواره‌درمانی بافتاری ۱۶/۲۴ سال با انحراف استاندارد ۰/۶۸ و در گروه کنترل ۱۶/۹۵ سال با انحراف استاندارد ۰/۴۱ است. این نتایج بیانگر آن است که میانگین سنی شرکت‌کنندگان در دو گروه تقریباً در یک سطح قرار دارد و از نظر سن تفاوت معناداری میان آن‌ها مشاهده نمی‌شود. در رابطه با رشته تحصیلی، ترکیب شرکت‌کنندگان در هر دو گروه یکسان است؛ به این صورت که نیمی از اعضای هر گروه در رشته ریاضی فیزیک و نیم دیگر در رشته علوم تجربی تحصیل می‌کردند. از نظر محل سکونت نیز اکثر شرکت‌کنندگان در هر سه گروه ساکن مناطق شهری هستند؛ به گونه‌ای که در گروه طرحواره‌درمانی بافتاری ۹۵ درصد و در گروه کنترل ۸۷/۵ درصد در شهر زندگی می‌کردند.

در مجموع، نتایج جدول نشان می‌دهد که گروه‌های پژوهش از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شامل سن، رشته تحصیلی، محل زندگی و جنسیت، ترکیب نسبتاً مشابهی داشته و از همگنی بالایی برخوردارند؛ بنابراین می‌توان گفت تفاوت‌های مشاهده‌شده در متغیرهای اصلی پژوهش، ناشی از تفاوت‌های فردی جمعیت‌شناختی نبوده است. ابزارهای این پژوهش به شرح زیر است:

مقیاس استحکام من^۵ (بشارت، ۲۰۰۷).

این مقیاس ۲۵ ماده‌ای برای اندازه‌گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت‌ها و شرایط دشوار زندگی ساخته و هنجاریابی شده است (بشارت، ۲۰۰۷). این مقیاس واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار زندگی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (خیلی کم)، تا ۵ (خیلی زیاد)، و برحسب پنج زیرمقیاس مهار من^۶، تاب‌آوری من^۷، مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته^۸، راهبردهای مقابله مسئله‌محور^۹ و راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت^{۱۰} را می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من به ترتیب ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمره‌های ۵ زیرمقیاس، نمره کل فرد برای استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش در خلال سال‌های ۲۰۰۱ تا ۲۰۱۱ در نمونه‌های بیمار ($n=372$)، و بهنجار ($n=1257$)، بررسی و تأیید شده است (بشارت، ۲۰۰۷، ۲۰۱۳). در این پژوهش‌ها، ضریب آلفای کرونباخ هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۵ تا ۰/۸۷، برای تاب‌آوری من از ۰/۷۷ تا ۰/۹۰، برای مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته از ۰/۷۷ تا ۰/۸۹، برای راهبردهای مقابله مسئله محور از ۰/۷۶ تا ۰/۹۱، برای راهبردهای مقابله محور مثبت از ۰/۷۳ تا ۰/۸۶، و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۱ تا ۰/۹۳ به‌دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس استحکام من برای نمونه‌های بیمار ($n=122$)، و بهنجار ($n=274$)، در دو نوبت با فاصله‌های دو تا چهار هفته برای مهار من از ۰/۶۴ تا ۰/۷۳، برای تاب‌آوری من از ۰/۷۱ تا ۰/۸۴، برای مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۵، برای راهبردهای مقابله مسئله محور از ۰/۶۷ تا ۰/۷۸، برای راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ به‌دست آمد. اعتبار بازآزمایی مقیاس

سیاهه هراس اجتماعی^۱ (کانور و

دیگران، ۲۰۰۰). این پرسشنامه که برای ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شده، سه حیطه بالینی هراس اجتماعی یعنی ترس^۲، اجتناب^۳ و علایم فیزیولوژیکی^۴ را می‌سنجد. از مزیت‌های این پرسشنامه، کوتاه‌بودن و سادگی نمره‌گذاری آن است که سبب می‌شود بتوان از آن به سهولت و بر روی جمعیت‌های بزرگ استفاده کرد. یکی از موارد استفاده این پرسشنامه آزمودن پاسخ به درمان در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی است. سیاهه هراس اجتماعی یک ابزار خودگزارش‌دهی ۱۷ ماده‌ای است و از سه زیرمقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) تشکیل می‌شود. نمره‌گذاری این سیاهه بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از خیلی زیاد (نمره ۴) تا اصلاً (صفر) است. براساس نتایج به‌دست‌آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی ۸۹ درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز می‌کند (فتحی‌آشتیانی، ۲۰۰۹). این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای زیرمقیاس ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است (سلاجقه و بخشانی، ۲۰۱۴). روایی سازه با مقایسه نتایج دو گروه از آزمودنی‌ها با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و افراد بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی بررسی شد و تفاوت معناداری با یکدیگر نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار بالایی آن است (سلاجقه و بخشانی، ۲۰۱۴). ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه در این پژوهش ۰/۸۲ محاسبه شد.

1 - Connor Social Panic Inventory

2 - fear

3 - avoid

4 - physiological symptoms

5 - SPI

6 - self-efficacy

7 - personal resilience

8 - developed defense mechanisms

9 - problem-focused coping strategies

10 - positive emotion-focused coping strategies

استحکام من را تأیید می کنند (بشارت، ۲۰۱۶). میزان کل آلفای کرونباخ در این پژوهش ۰/۷۹ و برای مهار من از ۰/۷۶، برای تاب آوری من ۰/۷۷، برای مکانیزم های دفاعی رشد یافته ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مسئله محور ۰/۸۳ و برای راهبردهای مقابله محور مثبت ۰/۷۸ محاسبه شد.

مقیاس سلامت روانی^۱ (بشارت، ۲۰۰۶؛

ویث و ویر، ۱۹۸۳). این مقیاس یک ابزار ۲۸ ماده ای است و دو وضعیت بهزیستی روان شناختی^۲ و درماندگی روان شناختی^۳ را در اندازه های پنج درجه ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ است. ویژگی های روان سنجی فرم ۲۸ ماده ای این مقیاس، در نمونه ای متشکل از ۷۶۰ آزمودنی در دو گروه بیمار (n=۲۷۷؛ ۱۷۳ زن، ۱۰۴ مرد) و بهنجار (n=۴۸۳؛ ۲۶۷ زن، ۲۱۶ مرد) مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی برای آزمودنی های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای آزمودنی های بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشان دهنده همسانی درونی خوب مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از آزمودنی های بهنجار (n=۹۲) در دو نوبت با فاصله دو هفته برای سنجش اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۹ و در سطح $P < 0/001$ معنادار بود که نشانه اعتبار بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. ضرایب همبستگی بین نمره های تعدادی از آزمودنی های بیمار (n=۷۶) نیز در دو نوبت با فاصله یک تا دو هفته برای ارزیابی اعتبار بازآزمایی محاسبه شد. این ضرایب برای بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۸ بود که

نشان دهنده اعتبار بازآزمایی رضایت بخش مقیاس است. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی-۲۸ از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی^۴ (گلدبرگ، ۱۹۷۲، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنی های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیرمقیاس بهزیستی روان شناختی همبستگی منفی معنادار ($r = -0/87, P < 0/001$) و با زیرمقیاس درماندگی روان شناختی همبستگی مثبت معنادار ($r = 0/89, P < 0/001$) وجود دارد. این نتایج روایی همزمان مقیاس سلامت روانی را تأیید می کند. روایی تفکیکی مقیاس سلامت روانی از طریق مقایسه نمره های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه و تأیید شد. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نیز دو زیرمقیاس بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی را مورد تأیید قرار داد (بشارت، ۲۰۰۹). ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۰ محاسبه شد.

مقیاس انعطاف پذیری شناختی^۵

(دنيس و وندروال، ۲۰۱۰). هدف از ساخت این پرسشنامه ارزیابی انعطاف پذیری شناختی است. این ابزار دارای ۲۰ پرسش با ۳ زیرمقیاس شامل میل به درک موقعیت های سخت^۶ به عنوان موقعیت های قابل کنترل (ادراک کنترل پذیری^۷)، توانایی درک چندین توجه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انعطاف پذیر (ادراک توجه رفتار^۸) و توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت های سخت (ادراک گزینه های مختلف^۹) است. نمره گذاری ماده ها در طیف لیکرت ۷ درجه ای از کاملاً مخالفم (نمره ۱) تا کاملاً موافقم (نمره ۷) انجام می شود. دامنه نمره ها در مقیاس انعطاف پذیری شناختی بین ۲۰ تا ۱۴۰ قرار دارد، که

1 - MHI

2 - psychological well-being

3 - psychological distress

4 - General Health Questionnaire (GHQ)

5 - Cognitive Flexibility Inventory (CFI)

6 - tendency to understand adversity

7 - perceived controllability

8 - perceived behavioral control

9 - perceived choice options

نمره‌های بالاتر نشانگر انعطاف‌پذیری شناختی بیشتر و نمره‌های پایین‌تر نشانگر انعطاف‌ناپذیری شناختی کمتر است. سازندگان مقیاس ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز در مطالعات متعددی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس تأیید شده است (احمدی و قرینانی، ۲۰۲۰؛ جعفری، ۲۰۱۴). ضریب آلفای

کرونباخ کل ابزار و زیرمقیاس‌های آن را در دامنه‌های بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ و جعفری (۲۰۲۰) ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل ابزار برابر با ۰/۸۳ و زیرمقیاس‌های آن به‌ترتیب برای ادراک کنترل‌پذیری ۰/۷۱، ادراک توجه رفتار ۰/۶۸ و ادراک گزینه‌های مختلف ۰/۷۷ محاسبه شد.

جدول ۲

خلاصه طرحواره درمانی بافتاری (رودیگر و دیگران، ۲۰۱۸)

جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه، بررسی هدف‌های اصلی گروه، تکمیل پرسشنامه‌های پیش‌آزمون، توضیح در مورد انواع نیازهای فیزیولوژیکی و هیجانی، نیازهای پنج‌گانه هیجانی و راه‌های رسیدن به رضایت، توضیح مدل طرحواره درمانی به زبان ساده؛
دوم	ارائه نتایج پرسشنامه طرحواره‌های یانگ به آزمودنی‌ها، توضیح درباره شناخت طرحواره‌های بین فردی، کمک برای ارتباط دادن ریشه‌های تحولی کودکی با مشکلات فعلی، جست‌وجوی تاریخچه زندگی، پی‌بردن به الگوهای ناکارآمد و چرخه‌های رفتار مشکل‌ساز، آگاهی آزمودنی‌ها از تجارب کودکی خود و شناخت افکار و احساسات ناکارآمد؛
سوم	توصیف دقیق رفتارهای مشکل‌آفرین، فعال‌سازی تصاویر ذهنی، تجربه اصلاحی مواجهه با شرایط اجتماعی، ارزیابی حالات هیجانی، خودمشاهده‌گری و بازنگری مفهوم‌سازی مشکل افراد در موقعیت‌های اجتماعی، آموزش ترسیم نقشه ذهنیت و انجام آن به کمک آزمودنی‌ها؛
چهارم	آموزش ذهنیت‌های مقابله‌ای، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای، شناسایی رفتارهای مقابله‌ای تسلیم، اجتناب و جبران، آموزش استفاده از تکنیک صندلی برای بررسی ذهنیت کودک منتقد درونی، افزایش تمرکز بر زمان حال و تقویت بزرگسال سالم یا روش‌هایی مانند مراقبه ذهن آگاهانه، توپ نورانی، موج سواری بر هیجان شناسایی ارزش‌ها و تمرین در منزل؛
پنجم	آموزش روش‌های تجربی و تمرین‌های تصویرسازی رویدادهای مهم زندگی، بازوالدینی و چارچوب‌دهی مجدد به وقایع زندگی و استفاده از تکنیک صندلی، گسترش و جایگزینی، استفاده از تمرین‌های عملی به‌عنوان تکالیف خانگی؛
ششم	رویارویی همدلانه، افزایش انگیزه تغییر، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و تکنیک‌های تجربی، ایجاد انگیزه تغییر از طریق تشویق خودکارآمدی و کاربرد اصول اساسی شامل فعال‌بودن، برداشتن قدم‌های کوچک و تغییر رفتار موفقیت‌آمیز به‌منزله بخش‌های مهم درمان، آموزش استفاده از دفترچه یادداشت گفت‌وگوی روزانه و پاسخگویی بزرگسال سالم؛
هفتم	ایفای نقش، غلبه بر موانع احتمالی، تقویت رفتارهای جدید و مرور مباحث ارائه شده در تکنیک ایفای نقش، عناصر تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی ذهنیت‌ها و ایفای نقش برای نشان‌دادن صحنه‌ای از دوران کودکی با هم ترکیب شدند. در این تکنیک از فعال‌شدن ذهنیت آزمودنی حمایت می‌شود و به این ترتیب مراجع به دیدگاه ذهنیت بزرگسال سالم دست می‌یابد.
هشتم	مرور مطالب گذشته، پاسخگویی به سوالات، قدردانی و تشکر، تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون

مداخله طرحواره‌درمانی بافتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی برگزار شد، به صورتی که هر هفته یک جلسه اجرا شد. تمامی جلسات در آموزشگاه محل تحصیل دانش‌آموزان برگزار شد تا محیط برای شرکت‌کنندگان آشنا و امن باشد و مشارکت آنان در طول جلسات افزایش یابد. دانش‌آموزان به روش نمونه‌برداری هدفمند انتخاب شدند؛ به این معنا که تنها دانش‌آموزانی که سطح بالایی از اضطراب اجتماعی داشتند، وارد پژوهش شدند.

برای اطمینان از اثرگذاری دقیق مداخله و جلوگیری از تأثیر متقابل جنسیت‌ها، شرکت‌کنندگان در گروه‌های دختر و پسر به‌طور مجزا قرار گرفتند و هر گروه به گونه‌ای سازماندهی شد که امکان ارزیابی مستقل و دقیق اثرات مداخله فراهم شود. این روش، علاوه بر افزایش اعتبار درونی پژوهش، به حفظ قدرت آماری و دقت نتایج نیز کمک کرد.

داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آمده است.

جدول ۳

شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه پژوهش

متغیر	مرحله	طرحواره درمانی بافتاری		کنترل	
		SD	M	SD	M
اختلال اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۳۷/۶۷	۷/۲۱	۳۷/۱۰	۷/۴۵
	پس‌آزمون	۲۱/۸۵	۷/۶۴	۳۶/۹۵	۸/۸۵
	پیگیری	۲۰/۱۸	۸/۳۲	۳۶/۸۵	۹/۶۹
سلامت روانی	پیش‌آزمون	۶۶/۹۵	۷/۴۶	۶۶/۱۲	۸/۱۲
	پس‌آزمون	۸۱/۹۷	۷/۷۵	۷۰/۵۰	۸/۹۵
	پیگیری	۷۹/۰۵	۸/۴۸	۶۹/۹۲	۹/۹۷
استحکام من	پیش‌آزمون	۵۳/۶۵	۵/۹۴	۵۲/۶۲	۵/۶۱
	پس‌آزمون	۷۱/۹۰	۶/۹۴	۵۴/۷۵	۵/۶۶
	پیگیری	۶۹/۷۵	۷/۵۹	۵۳/۲۵	۶/۶۴
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پیش‌آزمون	۲۷/۹۵	۵/۱۸	۲۴/۸۵	۵/۵۸
	پس‌آزمون	۴۰/۱۵	۶/۲۴	۲۴/۹۲	۵/۶۳
	پیگیری	۴۰/۸۰	۷/۱۰	۲۵/۰۵	۴/۹۱

حفظ شده و تداوم یافته است، در حالی که در گروه گواه تغییر معناداری در هیچ‌یک از متغیرها مشاهده نمی‌شود. این امر بیانگر پایداری اثر مداخلات درمانی و کارآمدی آن‌ها در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی مورد بررسی است.

برای اطمینان از این که داده‌های به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر با مفروضه‌های زیربنایی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر هم‌خوانی دارند، ابتدا فرض‌های اساسی این روش آماری بررسی شد. این مفروضه‌ها شامل پیش‌نیازهای واریانس با اندازه‌گیری مکرر شامل نرمال بودن داده‌ها، نبود داده‌های پرت، کرویت، همگنی واریانس‌ها (در صورت وجود عامل بین‌گروهی)، استقلال بین افراد و پیوسته بودن متغیر وابسته است. بررسی این پیش‌فرض‌ها اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا رعایت آن‌ها موجب می‌شود نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر معتبر، قابل‌اعتماد و قابل‌تعمیم باشند. در این راستا، پیش از انجام آزمون اصلی، آزمون‌های آماری مربوط به

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر اختلال اضطراب اجتماعی در گروه مداخله نسبت به گروه گواه کاهش معناداری دارد. این کاهش بیانگر آن است که شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، پس از اجرای مداخله، سطوح پایین‌تری از اضطراب اجتماعی را تجربه کرده‌اند و مداخلات درمانی توانسته است در کاهش علائم اضطراب اجتماعی مؤثر واقع شود.

در مقابل، در متغیرهای استحکام من، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و سلامت روانی مشاهده می‌شود که میانگین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش به‌طور معناداری بالاتر از گروه گواه است. به عبارت دیگر، طرحواره‌درمانی بافتاری موجب افزایش استحکام من، ارتقای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و بهبود سلامت روانی در آزمودنی‌های این گروه شده است.

همچنین نتایج مرحله پیگیری نشان می‌دهد که این تغییرات در گروه آزمایش در طول زمان

هر یک از مفروضه‌ها اجرا و نتایج آن‌ها بررسی شد تا از برقراری شرایط لازم برای اجرای اطمینان حاصل شود.

جدول ۴
آزمون کرویت موخلی

متغیرها	کرویت موخلی	X^2	df	Sig	(Greenhouse-Geisser ϵ)	(Huynh-Feldt ϵ)
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۰/۹۹۹	۰/۰۴۲	۲	۰/۹۷۹	۰/۹۹۹	۱/۰۰۰
استحکام من	۰/۹۹۳	۰/۵۲۶	۲	۰/۷۶۹	۰/۹۹۳	۱/۰۰۰
سلامت روانی	۰/۹۹۵	۰/۳۸۲	۲	۰/۸۲۶	۰/۹۹۵	۱/۰۰۰
اختلال اضطراب اجتماعی	۰/۸۸۹	۹/۰۷۳	۲	۰/۰۱۱	۰/۹۰۰	۰/۹۳۲

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، فرض نرمال‌بودن متغیرهای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، سلامت روانی، برقرار است ($P > ۰/۰۵$) اما برای اختلال اضطراب اجتماعی برقرار نیست ($P < ۰/۰۵$). با این حال، پژوهشگران توصیه می‌کنند در تحلیل واریانس با

اندازه‌گیری مکرر، جهت گزارش اثرات درون‌گروهی از اصلاح گرین‌هاوس-گیسر استفاده شود تا از بزرگ‌نمایی خطای نوع اول جلوگیری شود. بنابراین، در بخش تحلیل استنباطی کلیه فرضیه‌ها، از اصلاح گرین‌هاوس-گیسر بهره گرفته شد.

جدول ۵
آزمون تحلیل واریانس نمرات اختلال اضطراب اجتماعی با معیار گرین‌هاوس گیسر

منابع تغییر	SS	df	Ms	F	Sig	اندازه اثر η^2
آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	۳۸۲۲/۷۵۸	۱/۸۰	۲۱۲۳/۸۴۵	۲۱۲۳/۸۴۵	<۰/۰۰۱	۰/۲۷۹
تعامل آزمون × گروه	۳۶۳۸/۳۲۵	۱/۸۰	۲۰۲۱/۳۷۷	۲۸/۷۰۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۶۹
خطا (درون گروهی)	۹۸۸۷/۵۸۳	۱۴۰/۳۹۴	۷۰/۴۲۷			
گروه (متغیر آزمایشی)	۶۴۸۹/۶۰۰	۱	۶۴۸۹/۶۰۰	۸۴/۴۴۰	<۰/۰۰۱	۰/۵۲
خطا (بین گروهی)	۵۹۹۴/۶۶۷	۷۸	۷۶/۸۵۵			

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ با اصلاح گرین‌هاوس-گیسر نشان داد:
۱- اثرات درون‌گروهی: اثر اصلی زمان (تکرار اندازه‌گیری) معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$)، $F(۱/۸۰, ۱۴۰/۳۹۴) = ۲۱۲۳/۸۴۵$ ، $\eta^2 = ۰/۲۷۹$. این یافته نشان می‌دهد که نمرات اختلال اضطراب اجتماعی در طول سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور قابل‌توجهی کاهش یافته است.
اثر تعامل زمان × گروه نیز معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$)، $F(۱/۸۰, ۱۴۰/۳۹۴) = ۲۸/۷۰۲$ ، $\eta^2 = ۰/۲۶۹$. این نتایج نشان می‌دهد که الگوی تغییرات نمرات

اختلال اضطراب اجتماعی در دوگروه طرحواره درمانی بافتاری و کنترل به‌طور معناداری متفاوت است.
۲- اثرات بین‌گروهی: اثر اصلی گروه معنادار بود ($P < ۰/۰۰۱$)، $F(۱, ۷۸) = ۸۴/۴۴۰$ ، $\eta^2 = ۰/۵۲$. به این معنا که میانگین کلی نمرات اختلال اضطراب اجتماعی در دو گروه تفاوت معناداری داشتند.
با توجه به نقض فرض کرویت، اصلاح گرین‌هاوس-گیسر ($\epsilon = ۰/۹۰$) اعمال شد. بر اساس نتایج، ۵۲٪ از واریانس کاهش اختلال اضطراب اجتماعی توسط مداخله گروه درمانی قابل تبیین است.

جدول ۶

آزمون تحلیل واریانس نمرات استحکام من با معیار گرین هاوس گیسر

منابع تغییر	SS	df	Ms	F	Sig	اندازه اثر η^2
آزمون (تکرار اندازه گیری)	۴۷۲۱/۲۵۸	۱/۹۸۶	۲۳۷۶/۷۱۱	۶۳/۹۵۶	</.۰۰۱	۰/۴۵۱
تعامل آزمون × گروه	۳۳۳۲/۷۵۸	۱/۹۸۶	۱۶۷۷/۷۳۲	۴۵/۱۴۷	</.۰۰۱	۰/۳۶۷
خطا (درون گروهی)	۵۷۵۷/۹۸۳	۱۵۴/۹۴۴	۳۷/۱۶۲			
گروه (متغیر آزمایشی)	۸۰۱۵/۷۰۴	۱	۸۰۱۵/۷۰۴	۱۵۸/۹۰۵	</.۰۰۱	۰/۶۷۱
خطا (بین گروهی)	۳۹۳۴/۵۹۲	۷۸	۵۰/۴۴۳			

درون گروهی
بین گروهی

بود ($\eta^2=0/671$, $F(1, 78)=158/905$, $P<0/001$). به این معنا که میانگین کلی نمرات استحکام من در دو گروه تفاوت معنادار داشته است.

با توجه به اعمال کرویت، اصلاح گرین هاوس-گیسر ($\epsilon=0/993$) اعمال شد. بر اساس نتایج، ۵۲٪ از واریانس استحکام من توسط مداخله گروه درمانی قابل تبیین است. اندازه اثر نشان می دهد که حدود ۴۵٪ از تغییرات در طول زمان و ۳۶/۷٪ از تغییرات تعامل گروه × زمان توسط مداخله و عوامل مورد مطالعه قابل تبیین است. همچنین ۶۷٪ از تفاوت میانگین کلی گروه ها به اثر گروه تعلق دارد. این یافته ها نشان می دهد که مداخله طرحواره درمانی بافتاری موجب افزایش قابل توجه نمرات استحکام من در گروه درمانی شده، در حالی که گروه کنترل تغییر چندانی نداشته است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۶ با اصلاح گرین هاوس-گیسر نشان داد: ۱- اثرات درون گروهی: اثر اصلی زمان (تکرار اندازه گیری) معنادار بود ($P<0/001$). $F(1/986, 154/944)=63/956$, $\eta^2=0/451$. این یافته نشان می دهد که نمرات استحکام من در طول سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تغییر معناداری داشته است.

اثر تعامل زمان × گروه نیز معنادار بود ($\eta^2=0/367$, $F(1/986, 154/944)=45/147$, $P<0/001$). این نتایج نشان می دهد که الگوی تغییرات نمرات استحکام من در دو گروه طرحواره درمانی بافتاری و کنترل به طور معناداری متفاوت بوده است. ۲- اثرات بین گروهی: اثر اصلی گروه معنادار

جدول ۷

آزمون تحلیل واریانس نمرات انعطاف پذیری روان شناختی با معیار گرین هاوس گیسر

منابع تغییر	SS	df	Ms	F	Sig	اندازه اثر η^2
آزمون (تکرار اندازه گیری)	۲۱۴۳/۸۵۸	۱/۹۹۹	۱۰۷۲/۵۲۰	۳۳/۷۲۷	</.۰۰۱	۰/۳۰۲
تعامل آزمون × گروه	۲۰۴۸/۷۵۸	۱/۹۹۹	۱۰۲۴/۹۴۴	۳۲/۲۳۱	</.۰۰۱	۰/۲۹۲
خطا (درون گروهی)	۴۹۵۸/۰۵۰	۱۵۵/۹۱۴	۳۱/۸۰۰			
گروه (متغیر آزمایشی)	۷۷۴۰/۷۰۴	۱	۷۷۴۰/۷۰۴	۲۰۳/۷۶۳	</.۰۰۱	۰/۷۲۳
خطا (بین گروهی)	۲۹۶۳/۱۲۵	۷۸	۳۷/۹۸۹			

درون گروهی
بین گروهی

$F(1/999, 155/914)=33/727$, $\eta^2=0/302$. این یافته نشان می دهد که نمرات انعطاف پذیری روان شناختی در طول سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به طور قابل توجهی افزایش یافته است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در جدول ۷ با اصلاح گرین هاوس-گیسر نشان داد: ۱- اثرات درون گروهی: اثر اصلی زمان (تکرار اندازه گیری) معنادار بود ($P<0/001$).

گیسر ($\varepsilon=0/999$) اعمال شد. بر اساس نتایج، $0/72/3$ از واریانس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توسط مداخله گروه درمانی قابل تبیین است.

اندازه اثر نشان می‌دهد که حدود $0/30/2$ از تغییرات در طول زمان و $0/29/2$ از تغییرات تعامل گروه $\times$ زمان توسط مداخله و عوامل مورد مطالعه قابل تبیین است. همچنین $0/72/3$ از تفاوت میانگین کلی گروه‌ها به اثر گروه تعلق دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله طرحواره درمانی بافتاری موجب افزایش قابل توجه نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در گروه درمانی شده، در حالی که گروه کنترل تغییر چندانی نداشته است.

اثر تعامل زمان $\times$ گروه نیز معنادار بود ($\eta^2=0/292$ ، $F(1/999, 155/914)=32/231$ ، $P<0/001$).

این نتایج نشان می‌دهد که الگوی تغییرات نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در دو گروه طرحواره درمانی بافتاری و کنترل به‌طور معناداری متفاوت بوده است.

۲- اثرات بین‌گروهی: اثر اصلی گروه معنادار بود ($\eta^2=0/723$ ، $F(1, 78)=203/763$ ، $P<0/001$). به این معنا که میانگین کلی نمرات استحکام من در دو گروه تفاوت معنادار داشته است. با توجه به اعمال کرویت، اصلاح گرین‌هاوس -

جدول ۸

آزمون تحلیل واریانس نمرات سلامت روانی با معیار گرین‌هاوس گیسر

منابع تغییر	SS	df	Ms	F	Sig	اندازه اثر η^2
آزمون (تکرار اندازه‌گیری)	4276/133	1/990	2148/660	28/870	<0/001	0/270
تعامل آزمون $\times$ گروه	1252/233	1/990	629/219	8/454	<0/001	0/098
خطا (درون گروهی)	11552/967	155/231	74/424			
گروه (متغیر آزمایشی)	3060/204	1	3060/204	44/860	<0/001	0/365
خطا (بین گروهی)	5320/958	78	68/217			

این معنا که میانگین کلی نمرات سلامت روانی در دو گروه تفاوت معناداری داشته است.

با توجه به اعمال کرویت، اصلاح گرین‌هاوس - گیسر ($\varepsilon=0/995$) اعمال شد. بر اساس نتایج، $0/36/5$ از واریانس سلامت روانی توسط مداخله گروه درمانی قابل تبیین است.

اندازه اثر نشان می‌دهد که حدود $0/27$ از تغییرات در طول زمان و $0/9/8$ از تغییرات تعامل گروه $\times$ زمان توسط مداخله و عوامل مورد مطالعه قابل تبیین است. همچنین $0/36/5$ از تفاوت میانگین کلی گروه‌ها به اثر گروه تعلق دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخله طرحواره درمانی بافتاری موجب افزایش قابل توجه نمرات سلامت روانی در گروه درمانی شده، در حالی که گروه کنترل تغییر چندانی نداشته است.

نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۸ با اصلاح گرین‌هاوس - گیسر نشان داد:

۱- اثرات درون گروهی: اثر اصلی زمان (تکرار اندازه‌گیری) معنادار بود ($\eta^2=0/270$ ، $F(1/990, 155/231)=28/870$ ، $P<0/001$). این یافته نشان می‌دهد که نمرات سلامت روانی در طول سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌طور قابل توجهی افزایش یافته است.

اثر تعامل زمان $\times$ گروه نیز معنادار بود ($\eta^2=0/098$ ، $F(1/990, 155/231)=8/454$ ، $P<0/001$).

این نتایج نشان می‌دهد که الگوی تغییرات نمرات سلامت روانی در دو گروه طرحواره درمانی بافتاری و کنترل به‌طور معناداری متفاوت بوده است.

۲- اثرات بین گروهی: اثر اصلی گروه معنادار بود ($\eta^2=0/365$ ، $F(1, 78)=44/860$ ، $P<0/001$). به

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

پیش آزمون-پس آزمون		پیش آزمون-پیگیری		پیش آزمون-پس آزمون		شاخص آماری
SD	D	SD	D	SD	D	
۱/۴۱۴	-۰/۸۸۷	۱/۲۸۸	-۸/۸۷۵*	۱/۰۴۶	-۷/۹۸۸*	اختلال اضطراب اجتماعی
۰/۹۹۳	-۱/۸۲۵	۰/۹۹۳	۸/۳۶۲**	۰/۹۶۳	۱۰/۱۸۸**	استحکام من
۰/۸۸۱	۰/۳۸۸	۰/۵۸۹۵۷	۶/۵۲۵**	۰/۸۹۸	۶/۱۳۷**	انعطاف پذیری روان شناختی
۱/۳۷۵	-۱/۷۵۰	۱/۳۹۳	۷/۹۵۰**	۱/۳۱۳	۹/۷۰۰**	سلامت روانی

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

پذیری روان شناختی انجام شد. نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی، سلامت روانی، استحکام من و انعطاف پذیری روان شناختی مؤثر است. یافته های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش کبریتیچی و دیگران (۲۰۲۵)، حیاتی و دیگران (۲۰۲۳)، امام زمانی و دیگران (۲۰۲۳)، عباسی و دیگران (۲۰۲۲)، پاول و دیگران (۲۰۲۴)، بالجی و دیگران (۲۰۲۴)، پنی و دیگران (۲۰۲۲) همسو است.

در تبیین فرایند اثر گذاری طرحواره درمانی بافتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی می توان گفت که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، هیجانات منفی مانند ترس از ارزیابی دیگران، خجالت و اضطراب در موقعیت های اجتماعی به شدت تجربه می شوند و معمولاً با اجتناب از موقعیت ها و فرونشانی هیجانات همراه هستند. طرحواره درمانی بافتاری با تمرکز بر ذهنیت ها و طرحواره های سازش ناپافته به افراد کمک می کند این الگوهای ناکارآمد را شناسایی و تغییر دهند. آزمودنی ها با کنار گذاشتن ذهنیت های مقابله ای توانستند راهبردهای سالم نظم جویی هیجان را جایگزین رفتارهای اجتنابی و سرکوب هیجانات کنند. این تغییر باعث شد که ذهنیت متقد درونی که شدت اضطراب و ترس را افزایش می دهد، متوقف شود و بی نظمی هیجانی و شدت هیجانات منفی کاهش یابد. شناسایی نیازهای هیجانی ذهنیت کودک آسیب پذیر و فعال سازی ذهنیت بزرگسال سالم، به افراد کمک کرد تا نیازهای

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۹ نشان می دهد که تفاوت میانگین اختلال اضطراب اجتماعی، سلامت روانی، استحکام من و انعطاف پذیری روان شناختی در بین مراحل مختلف اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به طور معناداری تغییر کرده است. به طور مشخص، مقایسه میانگین ها بین مرحله پیش آزمون و پس آزمون و همچنین پیش آزمون و پیگیری از نظر آماری معنادار بوده است ($p < 0.001$). این امر بیانگر کاهش قابل توجه سطح اختلال اضطراب اجتماعی پس از مداخله و حفظ این کاهش تا مرحله پیگیری و افزایش سلامت روانی، استحکام من و انعطاف پذیری روان شناختی و حفظ این افزایش تا مرحله پیگیری است.

از سوی دیگر، تفاوت میانگین میانگین اختلال اضطراب اجتماعی، سلامت روانی، استحکام من و انعطاف پذیری روان شناختی بین پس آزمون و پیگیری معنی دار نیست، که نشان می دهد اثر مداخله پس از پایان آن حفظ شده و در مدت زمان پیگیری هیچ بازگشتی به وضعیت اولیه مشاهده نشده است. این پایداری اثر مداخله اهمیت بالایی دارد، چرا که نشان می دهد درمان یا برنامه مداخله ای نه تنها باعث بهبود کوتاه مدت شده بلکه اثرات آن تا زمان پیگیری نیز ماندگار بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی طرحواره درمانی بافتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی، سلامت روانی، استحکام من و انعطاف

هیجانی خود را به شکل مؤثر برآورده کنند و اضطراب اجتماعی خود را بهتر مدیریت کنند. علاوه بر این، تکنیک بازسازی تصویرسازی ذهنی، امکان بازآفرینی و پردازش رویدادهای ناخوشایند گذشته و تجربه هیجانات سرکوب شده را فراهم کرد، که باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی و اجتناب اجتماعی شد.

در نتیجه، ترکیب تغییر ذهنیت‌ها، بازسازی شناختی و تکنیک‌های تجربی باعث شد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بتوانند هیجانات خود را بهتر تنظیم کنند، رفتارهای اجتنابی و فرونشانی را کاهش دهند، تمرکز بیش از حد بر خود و اضطراب را کمتر تجربه کنند، اعتماد به توانایی خود را در موقعیت‌های اجتماعی افزایش دهند. به این ترتیب، طرحواره درمانی بافتاری با اصلاح طرحواره‌های سازش‌نیافته و تقویت ذهنیت بزرگسال سالم، یک مسیر مؤثر برای کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی فراهم می‌کند. افزون بر این، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری بر سلامت روانی دانش‌آموزان مؤثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت از آنجایی که دانش‌آموزان با فشارهای دوره‌های مختلف زندگی مواجه هستند، احتمال می‌رود که مستعد مشکلات احساسی باشند. در زمینه اثر طرحواره درمانی بر توجه متمرکز بر خود در این افراد، توجه انتخابی به محرک‌های تهدیدآمیز و منفی می‌تواند زمینه فشارها را تشدید کرده و قضاوت در مورد رویدادها را مخدوش کند. منطق طرحواره درمانی بر این اصل استوار است که خود هیجان مشکل‌ساز نیست، بلکه تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای تعیین‌کننده هستند. از آنجا که طرحواره درمانی به استدلال و تفسیر صحیح هیجانات کمک می‌کند، می‌تواند در بهبود توجه متمرکز بر خود و کاهش سوگیری توجه مؤثر باشد (دود و دیگران، ۲۰۱۷). افراد دارای سلامت روانی پایین به دلیل باورهای نادرست

خود مبنی بر ناکافی بودن توانایی‌شان در کنترل افکار، افکارمنفی در مورد خودشان، اطرافیان و دنیا نمی‌توانند شناخت‌ها و طرحواره‌های خود را مدیریت کنند و در نتیجه توجه‌شان به نشانه‌های درونی افزایش می‌یابد که این چرخه موجب تشدید علائم و مقاومت به درمان می‌شود. بنابراین، طرحواره درمانی بافتاری از طریق شناسایی باورهای میانی، به این افراد کمک می‌کند تا منشأ این باورها و چگونگی ایجاد مشکلاتشان را درک کنند. آن‌ها را از ذهنیت‌های سازش‌نیافته و کودک خود به ذهنیت بزرگسال سالم هدایت کند؛ و به‌همین ترتیب، آگاهی از عملکرد و شناسایی باورهای بنیادین، افراد را قادر می‌سازد تا روابط ناکارآمد بین فردی و افکار منفی را که این باورها را تقویت کرده‌اند، شناسایی و با استفاده از طرحواره درمانی، این باورها را تعدیل و اصلاح کنند و با درک فرایندهای شناختی، تمرکز توجه بر خود و علائم را کاهش دهند (حلاجی‌ثانی و دیگران، ۲۰۲۵).

همچنین یافته‌ها نشان داد که طرحواره درمانی بر استحکام من مؤثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره‌های سازش‌نیافته بسیاری از دانش‌آموزان در شرایط تنیدگی‌زا فعال می‌شود و از آنجایی که استحکام من به فرد کمک می‌کند تا در شرایط تنیدگی‌زا و درمانده‌ساز، ثبات و پایداری هیجانی خود را حفظ کند، طرحواره درمانی بافتاری می‌تواند، با تمرکز بر اصلاح و تغییر سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره‌های سازش‌نیافته و افزایش آگاهی نسبت به تأثیر آن‌ها در پردازش و مواجهه با رویدادهای مختلف، از طریق ارائه فنون شناختی، رفتاری و تجربی، راهبردهای جایگزین مؤثری ارائه می‌کند. این امر با ایجاد الگوهای رفتاری جدید و اصلاح باورهای شناختی و تعدیل طرحواره‌های سازش‌نیافته اولیه، زمینه بهبود استحکام من را فراهم می‌آورد (یونگ و دیگران، ۲۰۰۳). و موجبات کنارگذاشتن ذهنیت‌های مقابله‌ای سازش‌نیافته و منتقد درون و روی کارآوردن ذهنیت بزرگسال سالم شود و در نهایت زمینه رشد فردی و نیز فائق آمدن

فرد بر تنیدگی را به ارمغان بیاورد. دانش‌آموزی که از استحکام کافی برخوردار نباشد، در کشاکش مطالبات و تعارض‌ها گرفتار می‌شود و آشفتگی هیجانی را تجربه می‌کند. این آشفتگی نه تنها منجر به آسیب دیدن فرد می‌شود بلکه موجب فعال‌شدن طرحواره‌های سازش‌نا یافته در فرد می‌شود و این امر موجب می‌شود تا فرد عملاً از دو قسمت متضرر شود؛ اول آنکه استحکام من خویش را از دست می‌دهد و دوم آنکه طرحواره‌های سازش‌نا یافته وی فعال می‌شود و در نهایت بازنده اصلی دانش‌آموز است.

هم‌چنین می‌توان گفت از آنجایی که بر اساس نظریه‌های تحولی، استحکام من محصول فائق آمدن بر بحران‌های تحولی و گذار موفق از یک مرحله به مرحله بعدی تحول روانی است، فرایندی که پیامد آن رشد ضمن بازنگری، اصلاح و سازماندهی مجدد برنامه‌های خود، و کنار گذاشتن ذهنیت‌های ناکارآمد و با شناسایی منابع و تعریف مجدد نقش‌ها و روی کار آوردن ذهنیت کارآمد بزرگسال سالم شرایط لازم را برای توسعه استحکام من دانش‌آموزان فراهم کند و موجب افزایش استحکام من و شکل‌گیری هویت شود. بنابراین، طرحواره درمانی از طریق تکنیک‌هایی مانند آزمون اعتبار طرحواره و روش‌های رفتاری مانند ایفای نقش، مواجهه و پیشگیری از پاسخ و سایر تکنیک‌ها می‌تواند به کاهش تنیدگی در محیط‌های مختلف کمک کند. و راهبردهای شناختی نیز به افراد کمک می‌کنند تا از طرحواره‌های سازش‌نا یافته فاصله بگیرند، آن‌ها را به چالش کشیده و شواهد تأیید یا ردشان را بررسی کنند. در نهایت، ارائه تکالیف خانگی و تمرین‌های رفتاری، افراد را برای عملکرد مستقل آماده می‌کند و زمینه مدیریت و کاهش نشانه‌ها را فراهم می‌آورد. همین امر موجب حل و فصل درست طرحواره‌ها نیز می‌شود. در واقع با طرحواره درمانی می‌توان بحران‌های تحولی را در طول زندگی مهار کرد و به صورت موفق از

یک مرحله به مرحله دیگر رفت و این امر موجب می‌شود تا از یک سو، حل و فصل طرحواره‌ها صورت گیرد و از سوی دیگر استحکام من نیرومند شود و در پی آن هویت مناسبی برای دانش‌آموز شکل گیرد.

در نهایت باید گفت هر یک از ویژگی‌های من شامل مهار من، تاب‌آوری من، مکانیزم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای به نحوی به فرد کمک می‌کند تا با مشکلات مقابله کند، به حل مسائل بپردازد، احساس یکپارگی خود را حفظ و فراتر از این‌ها به سطحی بالاتر از رشد برسد. این ویژگی‌ها به راحتی محقق نمی‌شود مگر اینکه فرد بتواند بر طرحواره‌های سازش‌نا یافته خویش فائق آید و طرحواره درمانی و اثبات اثربخشی آن در این پژوهش نشان از این است که این رویکرد می‌تواند در صورت اجرای صحیح، موجبات رشد استحکام من را فراهم آورد.

در نهایت یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی بافتاری بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان مؤثر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت طرحواره درمانی بافتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان از این جهت قابل درک است که این رویکرد با شناسایی و تضعیف طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه نظیر آسیب‌پذیری در برابر ضرر، نقص و شرم، بی‌اعتمادی یا وابستگی افراطی به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا از چرخه پردازش‌های ناکارآمد رها شوند و الگوهای هیجانی و شناختی کارآمدتری را جایگزین کنند. طرحواره درمانی بافتاری با به‌کارگیری تکنیک‌هایی مانند چالش اعتبار طرحواره، بازنگری شواهد تأییدکننده، گفت‌وگو میان بخش سالم و بخش طرحواره‌محور، و ارائه کارت‌های آموزشی موجب می‌شود فرد بتواند واکنش‌های هیجانی انعطاف‌پذیرتری نشان دهد و در مواجهه با موقعیت‌های تحصیلی و اجتماعی کمتر دچار اجتناب، نشخوار ذهنی یا ارزیابی‌های

بردارد (رودیگر و دیگران، ۲۰۱۸). از سوی دیگر، طرحواره‌درمانی بافتاری با شناسایی طرحواره‌های سازش‌نا یافته اولیه به شفاف‌سازی اختلالات فرد و اصلاح آن‌ها می‌پردازد و از این طریق به ارتقای کیفیت زندگی کمک می‌کند. ارائه چنین کمکی به افرادی که در مراحل اولیه زندگی با رویدادهای آسیب‌زا روبه‌رو بوده‌اند، نیازمند رویکردی عمیق، آگاهانه و تحلیلی است که ضمن در نظر گرفتن تجارب اولیه و نیازهای هیجانی فرد، به بازسازی و اصلاح تجارب هیجانی تحریف‌شده بپردازد (رودیگر و دیگران، ۲۰۱۸). این رویکرد با تمرکز بر آسیب‌های دوران کودکی که پیامدهای آن تا سال‌ها ادامه یافته است، به شناسایی طرحواره‌ها پرداخته و از طریق روش‌های سازش‌یافته همچون گسلش^۱، پذیرش^۲، ذهن‌آگاهی^۳ و بازنگری ارزش‌های فردی^۴ به نظم‌جویی هیجانی و بهبود عملکرد بین‌فردی می‌انجامد؛ امری که در نهایت باعث ارتقای سلامت روانی فرد می‌شود.

شرکت‌کنندگان تنها از دانش‌آموزان یک مدرسه خاص انتخاب شدند، بنابراین نتایج ممکن است قابل تعمیم به کل دانش‌آموزان نباشد. همچنین برخی تعطیلات براساس برودت هوا و تعطیلات رسمی و آزمون‌های هماهنگ این مدارس قابل کنترل نبود. همین به دلیل ساختار کلاس‌های مدرسه دانش‌آموزان در کلاس‌های ثابت و با دوستانشان هستند، و امکان جابجایی آن‌ها امکان پذیر نبود. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از طرح پژوهش تک‌موردی استفاده شود؛ و این پژوهش در سایر اقوام و شهرها انجام شود و نتایج آن با نتایج پژوهش حاضر مقایسه شود و پیشنهاد می‌شود درمان‌های مختلف بر روی مولفه حاضر بررسی و با رویکرد حاضر مقایسه شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از شرکت‌کنندگان در پژوهش و به علاوه از سازمان آموزش و پرورش و

تهدیدمحور شود. افزون بر این، ساختار بافتاری درمان که مبتنی بر فعال‌سازی و تنظیم چهار ذهنیت طرحواره‌ای—کودک آسیب‌پذیر، والد ناکارآمد، مقابله‌ای سازش‌نا یافته، و بزرگسال سالم—است، به دانش‌آموز کمک می‌کند تا به تدریج از ذهنیت‌های هیجانی ناکارآمد فاصله بگیرد و بیشتر در حالت بزرگسال سالم قرار گیرد؛ حالتی که در آن فرد می‌تواند احساسات خود را بپذیرد، نیازهایش را واقع‌بینانه پیگیری کند، راه‌حل‌های انعطاف‌پذیر ارائه دهد و از خودنظم‌جویی هیجانی بهتری برخوردار باشد. همچنین اجرای درمان در بافت گروهی، با فراهم کردن تجربه همدلی، یادگیری جانشینی، احساس حمایت و فرصت مواجهه واقعی، زمینه‌ای را ایجاد می‌کند که دانش‌آموزان با امنیت بیشتری راهبردهای جدید را تمرین و احساس کفایت، خطرپذیری و سازش‌یافتگی بیشتری را تجربه کنند. در مجموع، اصلاح تدریجی طرحواره‌ها، فعال‌سازی ذهنیت بزرگسال سالم و بهره‌گیری از حمایت گروهی موجب می‌شود که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دانش‌آموزان به شکل معناداری ارتقا یابد. طرحواره‌درمانی بافتاری برخلاف سایر رویکردهای شناختی، تأکید پررنگ‌تری بر هیجانات دارد و ریشه بسیاری از مشکلات روان‌شناختی را در تجارب دوران کودکی و نوجوانی جست‌وجو می‌کند. این رویکرد بر ذهنیت‌های طرحواره‌ای فعال‌شده در زمان حال تمرکز دارد؛ زیرا ذهنیت‌ها در «اینجا و اکنون» قابل مشاهده‌اند و همین موضوع، فرایند شناسایی، پیگیری و هدف‌گذاری آن‌ها را برای مداخلات درمانی آسان‌تر می‌سازد. طرحواره‌درمانی تنها به اصلاح واکنش‌های مقابله‌ای پس از فعال‌سازی طرحواره محدود نمی‌شود، بلکه به مراجع کمک می‌کند سطحی از ذهن‌آگاهی نسبت به الگوهای ناکارآمد پیدا کند، از شیوه‌های ارتباطی سازش‌نا یافته‌ها با تجربیات گذشته فاصله بگیرد و در مسیر کسب رفتارهای سالم‌تر و متعادل‌تر گام

1 - Disruption
2 - Acceptance

3 - Mindfulness
4 - Re-examination of Personal Values

ma therapy versus group cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder and comorbid avoidant personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 104, 102860.

Besharat M. (2017). Development and validation of Ego Strength Scale: A preliminary study. *Journal of Psychological Science*, 15(60), 445-467.

Cerniglia, L., & Di Pomponio, I. (2024). Decoding adolescent decision making: Neurocognitive processes, risk perception, and the influence of peers. *Adolescents*, 4(2), 222-225.

Dahnebi, Z., Safaei, F., Attaran Khorasani, A., & Ali, Sh. (2020). Prediction of social anxiety based on emotional schemas and theory of mind in adolescent girls. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 1(2), 16-30. [In Persian].

De Sheikh, M., & Borna, M. R. (2020). The effect of emotional intelligence training on social anxiety, social adjustment, and mental health of students at Islamic Azad University, Ahvaz branch. *Journal of Social Psychology*, 11(7), 125-135.

Dodd, H. F., Vogt, J., Turkileri, N., & Notebaert, L. (2017). Task relevance of emotional information affects anxiety-linked attention bias in visual search. *Biological Psychology*, 122, 13-20.

Emamzamani, Z., Rahimian Boogar, I., & Mashhadi, A. (2023). Effectiveness of contextual schema therapy for emotion regulation and painful physical symptoms in individuals with social anxiety disorder: Single subject study. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 10(3), 1-16. [In Persian].

Ernst, J., Ollmann, T. M., König, E., Pieper, L., Voss, C., Hoyer, J., et al. (2023). Social anxiety in adolescents and young adults from the general population. *Current Psychology*, 42(32), 28130-28145.

Estiri, S., Janbozorgi, M., & Khodadadi Sangdeh, J. (2021). The prediction of family function according to ego strengths and identity status of couples. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 17(67), 281-290. [In Persian].

Fahmideh, S., Pourhossein, R., & Lavasani, G. A., Masoud. (2018). The mediating role of ego strength in the relationship between ego development and mental health in dormitory-residing students at the University of Tehran. *Journal of Psychological Sciences*, 17(67), 303-309.

Gentili, C., Rickardsson, J., Zetterqvist, V., Simons, L. E., Lekander, M., & Wicksell, R. K. (2019). Psychological flexibility as a resilience factor in individuals with chronic pain. *Frontiers in Psychology*, 10, 2016-2023.

Ghadampour, E., Hosseini Ramaghani, N., Moradi, S., Moradiyani Gizeh Rod, K., & Alipour, K. (2018). Effectiveness of emotional schema therapy on decrease of post-event rumination and cognitive

مدیر مدارس سمپاد شهر نهاوند و تمامی دانش‌آموزان که با راهنمایی‌های و حضور ارزشمندشان ما را یاری کردند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

منابع

Abbasi, R. (2022). *The effectiveness of contextual schema therapy on emotion regulation and painful somatic symptoms in individuals with social anxiety disorder*. Master's thesis, Semnan University, Department of Educational Sciences and Psychology. [In Persian].

Al Sulais, E., Mosli, M., & AlAmeel, T. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on physicians in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Saudi Journal of Gastroenterology*, 26(5), 249-255.

Alami Niya, M. (2015). A critical review of researches in schema therapy area. *Clinical Psychology Studies*, 6(18), 99-125. [In Persian].

Alfano, C. A., & Beidel, D. C. (2011). Social anxiety in adolescents and young adults: Translating developmental science into practice. *American Psychological Association*.

Alipour, S., & Heydarinasab, L. (2024). The role of perceived stress in marital boredom due to ego strength and mindfulness. *Clinical Psychology and Personality*, 22(2), 35-52. [In Persian].

Alkhamees, A. A., Alrashed, S. A., Alzunaydi, A. A., Almohimeed, A. S., & Aljohani, M. S. (2020). The psychological impact of COVID-19 pandemic on the general population of Saudi Arabia. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152192.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed., Text Revision. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Asikainen, H., Hailikari, T., & Mattsson, M. (2018). The interplay between academic emotions, psychological flexibility and self-regulation as predictors of academic achievement. *Journal of Further and Higher Education*, 42(4), 439-453.

Bachrach, N., & Arntz, A. (2021). Group schema therapy for patients with cluster-C personality disorders: A case study on avoidant personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 77(5), 1233-1248.

Bagheri E, Goodarzi K, Roozbahani M, Kakabraee K. (2024). A comparison of the efficacy of meta-cognitive therapy, solution-focused therapy and endurance exercises on self-efficacy beliefs of female students with social phobia disorder. *Journal of Psychological Science*, 23(137), 133-153. [In Persian].

Baljé, A. E., Greeven, A., Deen, M., van Giezen, A. E., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2024). Group sche-

97-110. [In Persian].

Markstrom, C. A., & Marshall, S. K. (2007). The psychosocial inventory of ego strengths. *Journal of Adolescence*, 30(1), 63–79.

Movahedian, Z., Ghamrani, A., & Sajadian, I. (2022). Teaching metacognitive skills and positive development. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologist*, 18(72), 401–414. [In Persian].

Newman, M. G., Rackoff, G. N., Zhu, Y., & Kim, H. (2023). A transdiagnostic evaluation of contrast avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 93, 102662.

Niazi, M., Siyadatiyan, S. H., & Eivazy, F. (2025). Phenomenological explanation of hope for the future. *Journal of Developmental Psychology*, 20(80), 381–392. [In Persian].

Otared N, Narimani M, Sadeghi G, Mahmood Aliloo M, Atadokht A. (2019). Comparison of psychological resilience components in students with major depressive disorder, generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and normal students at Tabriz University of Medical Sciences in the 2015–2016 academic year: A descriptive study. *Rafsanjan University of Medical Sciences Journal*, 18(2), 121–132. [In Persian].

Paula, I. S., David, D. O., Hora, A., Erenler, B., Tuominen, E. W., Vlachantonis, K., & Žagar, T. (2024). Feasibility, acceptability and outcomes of a contextual schema therapy-based mobile program for depressive symptoms in adults. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 34, 100839.

Penney, E. S., & Norton, A. R. (2022). A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: A naturalistic case study. *Clinical Case Studies*, 21(1), 34–47.

Puolakanaho, A., Tolvanen, A., Kinnunen, S. M., & Lappalainen, R. (2020). A psychological flexibility-based intervention for burnout. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 52–67.

Ramaci, T., Bellini, D., Presti, G., & Santisi, G. (2019). Psychological predictors in hospital health workers. *Frontiers in Psychology*, 10, 1302.

RezaNejad, F., Sadeghi, J., Shoub, N., & Akbar, N. A. (2023). The relationship between family atmosphere and emotional maturity with the mental health of secondary school students. *Applied Research in Management and Humanities*, 4(10), 42–52. [In Persian].

Roediger, E., Stevens, B. A., & Brockman, R. (2018). *Contextual schema therapy: An integrative approach to personality disorders, emotional dysregulation, and interpersonal functioning*. Oakland, CA, USA: New Harbinger Publications.

Saeedinejad, N., Foroozandeh, E., Besharat, M. A.,

avoidance in people with clinical symptoms of social anxiety. *Intern Med Today*, 24(2), 111–118. [In Persian].

Ghaderi, F., Kalantari, M., & Mehrabi, H. (2016). Effectiveness of group schema therapy on early maladaptive schemas modification and reduction of social anxiety disorder symptoms. *Clinical Psychology Studies*, 7(24), 1–28. [In Persian].

Gilani Gicheh, E., & Barghi Mirabad, M. (2023). Investigating happiness and mental health in students. *New Strategies in Psychology and Educational Sciences*, 5(18), 271–282. [In Persian].

González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Mota-Alonso, M. J., García-Tejido, P., Pedrosa, I., & Perez-Alvarez, M. (2017). Emotional state and psychological flexibility in breast cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing*, 30, 75–83.

Halaji Sani, M., Khajvand Khoshli, A., & Asadi, J. (2025). The effectiveness of schema therapy on cognitive bias and self-criticism in adolescents with social anxiety disorder. *Rooyesh*, 14(4), 231–240. [In Persian].

Hayati, M., Shehni Yailagh, M., & Keikhosrovani, M. (2023). Effects of contextual schema therapy on interpersonal sensitivity and coping self-efficacy. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(1), 99–114. [In Persian].

Hemmati Sabet, V., Rohani Shahrestani, N., Hemmati Sabet, A., & Ahmadpanah, M. (2016). The effectiveness of schema therapy in reducing aggression and social anxiety. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 3(2), 82–93. [In Persian].

Jefferies, P., & Ungar, M. (2020). Social anxiety in young people: A prevalence study in seven countries. *PLoS ONE*, 15(9), e0239133.

Kebritchi, A., Abolghasemi, Sh., & Shahriyari Ahmadi, M. (2025). The effectiveness of schema therapy on self-focused attention and clinical symptoms of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Research Quarterly*. [In Persian].

Kelly, W. E. (2020). Nightmares and ego strength revisited. *Dreaming*, 30(1), 29–44.

Kohi, K., & Mohammadi Motahari, R. (2019). A study of self-esteem and social skills effect on social anxiety. *Contemporary Sociological Research*, 7(13), 123–149.

Lydiard, R. B. (2001). Social anxiety disorder: Comorbidity and its implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(1), 17–23.

Maarefvand A, Shafiabady A. (2021). The role of emotional regulation, self-belief, and psychological flexibility in predicting social anxiety and depression among female high school students: The mediating role of social functioning. *Rooyesh*, 9(11),

- tical guide*. Malden, MA, USA: Wiley-Blackwell.
- Yaffe, Y. (2021). Students' recollections of parenting styles and impostor phenomenon: The mediating role of social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 172, 110598.
- Ye, B., Chen, X., Zhang, Y., & Yang, Q. (2022). Psychological flexibility and COVID-19 burnout. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 24, 126–133.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: The Guilford Press.
- Nikvarz, M., & Bani Taba, S. M. (2024). The effectiveness of paradox therapy on the anxiety and ego strength of mothers with premature babies. *Roo-yesh*, 13(7), 61–70.
- Schaich, A., Braakmann, D., Richter, A., Meine, C., Assmann, N., Köhne, S., Arntz, A., Schweiger, U., & Fassbinder, E. (2020). Experiences of patients with borderline personality disorder with imagery rescripting in the context of schema therapy. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 550833.
- Van Vreeswijk, M., Broersen, J., & Schurink, G. (2014). *Mindfulness and schema therapy: A prac-*