

اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی

مهسا شریعت ۱ و فاطمه سادات طباطبایی نژاد ۲

۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران (نویسنده مسئول)

۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد نائین، دانشگاه آزاد اسلامی، نائین، ایران

چکیده

زمینه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش کار: روش تحقیق، نیمه آزمایشی و پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد شهر شهرضا در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که از بین آنها ۳۰ دانشجوی مبتلا به اضطراب اجتماعی به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گماشته شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی کانور (۲۰۰۰)، سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱) و تنظیم هیجان گارنفسکی (۲۰۰۱) استفاده شد. گروه طرحواره درمانی به مدت هشت جلسه، تحت درمان قرار گرفته و گروه کنترل هیچگونه درمانی دریافت نمود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار spss23 و از طریق تحلیل کواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا اثربخش است ($p \leq 0/05$)

نتیجه گیری: با توجه به نتایج به دست آمده، حمایتی از طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا فراهم شد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، سازگاری اجتماعی، تنظیم هیجان، اضطراب اجتماعی.

مقدمه

دوره جوانی به طور عمده دوره‌ی کاوش، انتخاب و فرایند تدریجی حرکت به سمت خودپنداره منسجم است. بهترین توصیف این دوره فرایند پیشرفت است که مشخصه‌ی آن افزایش توانایی تسلط بر چالش‌های پیچیده‌ی اجتماعی، بین فردی و هیجانی و در عین حال، جستجوی هویت‌های اجتماعی و علایق جدید است (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰). از آنجا که انسان موجودی اجتماعی و نیازمند برقراری ارتباط با دیگران است، به گونه‌ای که بسیاری از نیازهای متعالی و شکوفایی استعدادها و خلاقیت‌هایش از طریق تعامل بین فردی و ارتباطات اجتماعی ارضا شده و به فعل در می‌آید (سهرابی، ۱۳۹۴). همچنین مهارت‌های اجتماعی عبارتند از توانایی ایجاد ارتباط متقابل با دیگران در زمینه اجتماعی خاص، به طریق خاصی که در عرف جامعه قابل قبول و ارزشمند باشد. اضطراب اجتماعی نیز به ترس آشکار و پیوسته از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این باور فرد ناشی می‌شود که در این موقعیت‌ها به طرز خجالت‌آور یا تحقیرآمیزی عمل خواهد کرد و باعث عدم یا کاهش حضور فرد در میان افراد جامعه می‌گردد که این موضوعات راهکارهای درمانی را در راستای افزایش سازگاری اجتماعی، کاهش اضطراب اجتماعی و تنظیم هیجان در جوانان را طلب می‌نماید (رینگولد و همکاران، ۲۰۰۳). این اختلال، سومین اختلال روانپزشکی با شیوع طول عمر ۴۳ درصد و یکی از رایجترین اختلالات در دوران نوجوانی است به طوری که شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است (وانانن، فروجد، رانتا، مارتونن، هلمین و همکاران، ۲۰۱۱). یکی از مشکلات بزرگ نوجوانان در حال حاضر انزوا، گوشه‌گیری، دوری از ایجاد روابط موفقیت‌آمیز با فرد باشد. اگر چه در گذشته انزوا و «اضطراب اجتماعی» دیگران است که ممکن است علت آن گوشه‌گیری با اکتفا به یک ارتباط محدود و کم وسعت برای افراد ممکن بود، امروزه دیگر امکان ندارد و هر لحظه نیاز است که فرد دامنه‌ی ارتباط خود را با هم‌نوع‌های خود گسترش دهد. رسیدن به اوج قله‌های خودباوری و خودشکوفایی و کسب مطلوبیت فرهنگی و اجتماعی مستلزم داشتن روابط اجتماعی سالم و سازنده می‌باشد (شریعتمداری، ۱۳۷۰). اختلال اضطراب اجتماعی یکی از انواع اختلالات اضطرابی است و مشخصه‌ی اصلی آن ترس شدید و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است که موجب شرمساری فرد در حضور در این موقعیت‌ها می‌شود و در نهایت فرد از رویارویی با این موقعیت‌ها اجتناب می‌کند. با اینکه فرد متوجه غیرمنطقی بودن ترس خود است، اما در کنترل این ترس ناتوان است (شارما، مهتا و سارگا، ۲۰۱۷). یکی از درمان‌هایی که می‌تواند در مورد افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر باشد طرحواره درمانی است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عقاید عمیقاً منفی در مورد خود، دیگران و جهان اشاره دارد که ممکن است در طی سال‌های زندگی بوجود آید (سهرابی، ۱۳۹۴). مبنای کار نظریه طرحواره، اصل هماهنگی شناختی است. افراد برانگیخته می‌شوند تا دیدگاه ثابت خود را به جهان و خودشان تداوم بخشند و تمایل دارند موقعیت‌ها را به گونه‌ای تفسیر کنند که طرحواره‌هایشان تایید شوند (سلطان‌الکتابی، ۱۳۹۳).

تنظیم هیجان شامل تمامی راهبردهای آگاهانه و ناآگاهانه‌ای می‌شود که فرد برای افزایش، حفظ و یا کاهش یک یا تعداد بیشتری از اجرای پاسخ هیجانی (شامل تجربی، رفتاری و فیزیولوژیک) به کار می‌برد (باس، پونتیر و تریئور، ۲۰۱۰). تنظیم هیجان به شیوه‌های تأثیرگذاری روی تجربه و بیان هیجان و نیز زمان وقوع هیجان اشاره دارد. مدل‌های نظری، تنظیم هیجان موفقیت‌آمیز را با پیامدهای سلامتی و بهبود عملکرد و روابط مرتبط می‌دانند، در مقابل، دشواری و تنظیم هیجان بامدل‌های مختلف آسیب‌شناسی روانی از جمله اختلال اضطراب منتشر و اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی عمده می‌دانند درآمیخته هستند (کاشدان و برین، ۲۰۰۸). مشکلات تنظیم هیجانی در اختلال اضطراب اجتماعی هم در سطح درون فردی و هم در سطح میان فردی گزارش شده است در واقع افراد با اضطراب اجتماعی خزانه‌ی محدودی از راهبردهای نظم‌جویی هیجان را دارا بوده و نقاصی دارند که با ابعادی از اختلال اضطراب اجتماعی در ارتباط هستند (کلماونسکی و همکاران، ۲۰۱۷). با توجه به اینکه تنظیم هیجان چند وجهی است. منین، همبرگ، تارک و فریسکو (۲۰۰۵) مدلی از اختلال در تنظیم هیجانی برای اضطراب ارائه دادند که چهار جزء برای بدکار کردن در تنظیم هیجان قائل است: الف) افزایش شدت هیجان‌ها، ب) درک ضعیف از هیجان‌ها، ج) واکنش منفی به حالت هیجانی خود، د) پاسخ‌های مدیریت غیرانطباقی هیجان‌ها یا راهبردهای

غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان‌ها. سازگاری به همه راهبردهایی گفته می‌شود که فرد برای اداره کردن خود در موقعیت‌های استرس‌زا به کار می‌برد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۳). خصوصیات شخص و حساسیت موقعیت‌هایی که فرد با آن روبه‌رو می‌شود از جمله عواملی هستند که بر سازگاری اجتماعی مؤثرند. سازگاری اجتماعی ارتباط نزدیکی با هوش هیجانی و راهبردهای انگیزشی دارد. از ضروریات اساسی دوران دانشجویی که توجه به آن در رشد و توسعه جامعه اثر مستقیمی دارد و پرداختن به آن شرط اساسی در بهره‌وری بهینه از نیروهای کارآمد و تحصیل کرده است توانایی سازگاری با محیط دانشگاه است. توانمندی در سازگاری اجتماعی از موضوعات مهم در حوزه آموزش است که باعث بالابردن کارایی و کفایت تحصیلی در دانشجویان می‌گردد (قاطع زاده، ۱۳۸۴). سازگاری مفهومی عام است و به همه راهبردهایی گفته می‌شود که فرد برای اداره کردن موقعیت‌های استرس‌زای زندگی (تهدیدهای واقعی یا غیرواقعی) به کار می‌برد (سادوک و سادوک، ۲۰۱۰). ابعاد سازگاری شامل سازگاری جسمانی، سازگاری روانی، سازگاری اجتماعی و سازگاری اخلاقی است که در رأس همه سازگاری اجتماعی قرار دارد و پیش درآمد دستیابی به ابعاد دیگر سازگاری است (ولی پور، ۲۰۰۱).

یکی از رویکردهای جدید در زمینه درمان اضطراب طرحواره درمانی است. طرحواره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که توسط یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به وجود آمده و به طور عمده براساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری سنتی بنا شده است. در واقع، این رویکرد مکمل درمان شناختی- رفتاری است؛ چرا که درمان شناختی- رفتاری در درمان بیماری‌های منش شناختی با مشکلاتی روبه‌رو بوده است و طرحواره درمانی سعی در پرکردن این خلا دارد (یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳). اثربخشی طرحواره درمانی در اختلال‌های گوناگون از جمله: اختلال شخصیت مرزی، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال خوردن نشان داده شده است (حمیدپور، دولتشاهی، پورشهبازو دادخواه، ۲۰۱۱). طرحواره‌های ناسازگار در واقع نوعی آسیب‌پذیری روانشناختی هستند که زمینه‌ی ابتلای افراد به استرس را بیشتر می‌کنند هرچقدر آنها انعطاف‌ناپذیرتر و شدیدتر باشند بیشتر احتمال دارد که این افراد به نشانگان استرس دچار شوند، به نظر می‌رسد در هر زمان خاص و جدید بسته به مسائل اجتماعی که فرد با آن مواجه می‌شود طرحواره‌های خاصی فعال می‌شوند (بامبر، ۲۰۰۶). طرحواره‌ها در رویارویی با محرک‌های جدید بر پایه ساختار پیشین خود، اطلاعات به دست آمده را سرنده، رمزگردانی و ارزیابی می‌کنند و بدین ترتیب بر نوع نگرش افراد نسبت به خود و جهان پیرامونشان تأثیر می‌گذارند (تیم، ۲۰۱۰). یانگ آن دسته از طرحواره‌هایی را که به رشد و شکل‌گیری مشکلات روانشناختی می‌انجامند، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه می‌نامد (یانگ، ۲۰۰۵). طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای فرد از رویدادها شده و این سوگیری‌ها خود را به صورت نگرش‌های تحریف شده، گمانه‌های نادرست، اهداف و چشم‌داشت‌های غیر واقع‌بینانه نشان می‌دهند (نورداهل، هالت و هایوگام، ۲۰۰۵). طرحواره‌های ناسازگار نیز - که زیربنای مشکلات و اختلالات شخصیت هستند - تحت موقعیت‌های استرس‌زا و شرایط خاص فعال می‌شوند، به عنوان الگویی برای پردازش تجارب و رویدادها عمل می‌کنند و فرد تجربیات خود را بر اساس آنها تفسیر می‌نماید. تنظیم هیجانی شامل هر استراتژی مقابله‌ای (مسئله‌دار یا انطباقی) است که افراد هنگام مواجهه با یک هیجان شدید ناخواسته، از آن استفاده می‌کنند. تشخیص این امر، بسیار مهم است که تنظیم هیجانی، شبیه به ترموستات تعادل است که می‌تواند هیجان‌ها را تعدیل کند و آنها را در محدوده کنترل نگه دارد به طوری که شخص بتواند با آنها کنار بیاید (لیبی، ۲۰۰۳؛ ویت فیلد، ۲۰۱۶). در خصوص تأثیر طرحواره‌ها بر اضطراب اجتماعی می‌توان به تحقیقات اسموت (۲۰۰۸) اشاره کرد که اظهار می‌دارد: عوامل شناختی، اختلال اضطراب اجتماعی را حفظ می‌کنند و همچنین عواملی چون ژنتیک، شخصیت و خلق‌وخو در ابتلا به اضطراب اجتماعی نقش دارند. نوعی از عوامل شناختی که در تداوم اختلال اضطراب نقش دارند طرحواره‌ها هستند.

نتایج حاصل از پژوهش

امامی عزت (۱۳۹۳)، حاکی از آن است که اضطراب اجتماعی نه تنها از بد کارکردی شناختی در قالب طرحواره‌های ناسازگار تأثیر می‌پذیرد، بلکه نشانه‌های این اختلال به واسطه‌ی بدتنظیمی‌های هیجانی تشدید می‌شود، به نحوی که اثرات منفی شناخت واره‌های معیوب بر اضطراب اجتماعی از طریق عملکرد معیوب تنظیم هیجانی افزون تر می‌گردد و باعث تشدید علائم اضطراب اجتماعی می‌شود. بحرینی (۱۳۹۵)، در پژوهشی با موضوع تعیین اثربخشی مدیریت

استرس به شیوه طرحواره درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران تحت درمان دیالیز به این نتایج دست یافت که استفاده از مداخلات روانشناسی به ویژه مدیریت استرس شناختی می‌تواند میزان اضطراب و افسردگی در بیماران دیالیزی را کاهش دهد. هاشمی، سرداری پور و منصوبی‌فر (۱۳۹۶)، پژوهشی را با عنوان اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب اجتماعی انجام دادند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که گروه درمانی شناختی-رفتاری اثر معناداری بر کاهش اضطراب اجتماعی انجام دادند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که گروه درمانی شناختی-رفتاری اثر معناداری بر کاهش اضطراب اجتماعی دارد. جوانمرد، رجایی و خسروپور (۱۳۹۸) در پژوهشی با عنوان "اثربخشی روان‌درمانی مثبت‌نگر به شیوه گروهی بر سازگاری اجتماعی، عاطفی و آموزشی دانش آموزان ناسازگار" در طرحی نیمه آزمایشی با گروه کنترل به این نتیجه رسیدند که این درمان بر سازگاری اجتماعی، سازگاری آموزشی و سازگاری عاطفی اثر داشته است و این اثر در مرحله پیگیری نیز پایدار مانده است. در مطالعه‌ی سانگ، پارتو، رابیناق، مارکس، مارکوئیس و اوتو (۲۰۱۲)، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه بهنجار نمرات کمتری در تنظیم هیجانات منفی دریافت کردند. پژوهش‌ها نشان داده اند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی نسبت به گروه‌های گواه شدت بیشتری از هیجانات را گزارش می‌دهند و مهارت‌های کمی برای شناسایی و توصیف هیجانات خود دارند.

تخمین زده می‌شود که ۳۰ درصد از دانشجویان اضطراب اجتماعی را تجربه کرده و ۱۵ درصد آنان اضطراب را در حد بالینی تجربه می‌کنند اضطراب همچنین علت بسیاری از مشکلات دانشجویان از جمله کاهش کیفیت زندگی، افزایش خطر خودکشی و مشکلات کاری و انگیزشی بیشتر می‌باشد (خواجه و بریدن، ۲۰۰۶). بنابراین با توجه به شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در جامعه‌ی ایران مخصوصاً در بین دانشجویان و نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر سازگاری اجتماعی و تنظیم هیجان پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی می‌پردازد. سوال اساسی این است که آیا طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی و تنظیم هیجان دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی تاثیر دارد یا خیر؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد شهر شهرضا در سال ۹۹-۱۳۹۸ بود که از بین آنها ۳۰ دانشجوی مبتلا به اضطراب اجتماعی به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) گماشته شدند. این تحقیق بر روی ۳۰ نفر از دانشجویان دختر رشته‌ی علوم و صنایع غذایی که ترم سه تحصیل آنها بود و دارای اضطراب اجتماعی بودند در یکی از کلاس‌های دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا برگزار گردید. بدین منظور ۳۰ عدد از هر کدام از پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی، سازگاری اجتماعی و تنظیم هیجان در بین دانشجویان دختر دارای اضطراب اجتماعی توزیع گردید و پس از آن جلسات طرحواره درمانی اجرا گردید و نهایتاً نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. طرح درمان مذکور در قالب هشت جلسه گروهی ۱ و نیم ساعته به صورت هفته‌ای دوبار برگزار شد. ملاک ورود دانشجویان به پژوهش داشتن اضطراب اجتماعی بود که از طریق مصاحبه و اجرای پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی از دانشجویان صورت گرفت و ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیش از یک جلسه و داشتن اختلال‌های روانشناختی هم زمان دیگر بود. جلسات طرحواره درمانی به شرح ذیل می‌باشد:

جلسات آموزشی طرحواره درمانی:

اهداف	جلسات
هدف از این دو جلسه مقدماتی این بود که آزمودنی-ها به ماهیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی آنها و همچنین ساز و کار آنها پی ببرند. در پایان دو جلسه اول ماهیت اختلال اضطراب اجتماعی طبق رویکرد طرحواره درمانی فرمول بندی شد.	جلسه اول: ایجاد اعتماد و درک مشکل اعضا و چگونگی شکل‌گیری این مشکل، آموزش مفهوم طرحواره، طرحواره درمانی.
هدف از آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی این بود که آزمودنی‌ها با به کارگیری فنون شناختی یاد بگیرند در مقابل طرحواره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرحواره را زیر سؤال ببرند.	جلسه دوم: نحوه تکمیل کردن پرسشنامه‌ها، آموزش در زمینه‌ی ارتباط بین طرحواره درمانی، پرخاشگری، اضطراب اجتماعی و شناسایی اجبارها، اجتناب‌ها و باورهای بنیادین.
هدف از آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی این بود که آزمودنی‌ها با به کارگیری فنون شناختی یاد بگیرند در مقابل طرحواره استدلال کنند و در سطح منطقی، اعتبار طرحواره را زیر سؤال ببرند.	جلسه سوم: شناخت و برانگیختن طرحواره‌ها، تصاویر ذهنی با افراد مهم زندگی از جمله همسالان و سایر کسانی که در شکل-گیری طرحواره نقش داشته‌اند.
هدف از آموزش این بود که آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی بپردازند.	جلسه چهارم: بررسی انواع سبک‌های مقابله‌ای در چند نفر از اعضای گروه و بیان چند مثال درباره‌ی سبک‌های مقابله‌ای و آموزش تکنیک‌های شناختی به اعضا.
هدف از آموزش این بود که آزمودنی‌ها بتوانند به ریشه‌های تحول طرحواره‌ها در سطح هیجانی بپردازند.	جلسه پنجم: جمع‌آوری شواهد عینی تأکیدکننده بر طرحواره طی صحبت با اعضای گروه، جمع‌آوری شواهد عینی ردکننده طرحواره و تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرحواره.
هدف در این دوره زمانی، آزمودنی‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و درمان با مداخله‌ای دریافت نکردند و صرفاً مورد ارزیابی قرار گرفتند.	جلسه ششم: گفتگوی طرحواره (گفتگوی خیالی)، توانمندسازی بیمار برای جنگیدن علیه طرحواره‌ها و فاصله‌گرفتن از طرحواره.
هدف در این دوره زمانی، آزمودنی‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و درمان با مداخله‌ای دریافت نکردند و صرفاً مورد ارزیابی قرار گرفتند.	جلسه هفتم: آموزش و اجرای تکنیک‌های الگوشکنی رفتاری و ترغیب آزمودنی‌ها برای رهاکردن سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار اولیه.
هدف در این دوره زمانی، آزمودنی‌های گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و درمان با مداخله‌ای دریافت نکردند و صرفاً مورد ارزیابی قرار گرفتند.	جلسه هشتم: بررسی روش‌های موثر در تحمل خستگی و ناکامی در حین انجام کارها بر اساس طرحواره‌ی خویش‌تنداری و بازنگری مزایا و معایب ادامه‌ی رفتار و تمرین رفتارهای سالم و آماده کردن افراد جهت ختم جلسات.

(یانگ و همکاران، ۱۹۵۰؛ ترجمه ی صاحبی و حمیدپور، ۱۳۹۰).

در این پژوهش از ابزارهای زیر برای اندازه‌گیری اضطراب اجتماعی، سازگاری اجتماعی و تنظیم هیجان استفاده شد:

الف: پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی (Social Phobia Inventory):

این پرسشنامه نخستین بار به وسیله کانور و دیوید سون، چرچیل، شروود و ویسلر (۲۰۰۰) که به صورت یک مقیاس خودسنجی ۱۷ سؤالی که دارای سه مؤلفه اجتناب (۷ ماده)، ترس (۶ ماده) و علائم فیزیولوژیکی (۴ ماده) می‌باشد، طراحی

شد. محتوای این پرسشنامه براساس معیارهای طبقه بندی بین لمللی اختلالات روانی-نسخه چهارم تنظیم شده است. هر سؤال بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از (به هیچ وجه -۰، تا ۴- بی نهایت) درجه بندی شده است. پایایی آن به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ضریب همبستگی ۷۸ درصد تا ۸۹ درصد می‌باشد. (تساعی، وانگ، جی آنگ و فاه، ۲۰۰۹). دامنه نمرات اکتسابی برای مقیاس بین صفر الی ۶۸ و نقطه برش ۱۹ با کارآیی یا دقت تشخیصی، ۷۹ درصد افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون اختلال را تشخیص می‌دهد. همسانی درونی (ضریب آلفا) در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۷۴ درصد و برای مؤلفه‌های فرعی ترس ۹۸ درصد، اجتناب ۹۲ درصد و برای ناراحتی فیزیولوژیکی ۸۰ درصد می‌باشد. در هنجاریابی ایرانی نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۷۴ درصد تا ۸۹ درصد و ضریب بازآزمایی آن، ۶۸ درصد و روایی همگرایی مؤلفه‌های آن بین ۶۴ درصد تا ۷۸ درصد گزارش شده است. (غیور کاظمی، سپهری شاملو، مشهدی و قانع چمن آباد، ۲۰۱۶).

ب): پرسشنامه‌ی سازگاری اجتماعی

پرسشنامه سازگاری توسط بل در سال ۱۹۶۱ ساخته شده است. در سال ۱۳۶۵ توسط سیمون در ایران هنجاریابی شد و در سال ۱۳۷۲ توسط دلور از ۱۶۰ سوال به ۳۶ سوال تقلیل یافت.

زیر مقیاس‌ها عبارتند از: الف) سازگاری در خانه ب) سازگاری در سلامتی ج) سازگاری اجتماعی د) سازگاری عاطفی ه) سازگاری شغلی

نحوه نمره دهی و تجزیه و تحلیل به این صورت است هر که هر سوال از سه گزینه بلی، خیر و نمی‌دانم تشکیل شده است. نمره بالاتر به معنی سازگاری پایین تر در این پرسشنامه می‌باشد.

این پرسشنامه به عنوان کمک به مشاوره با بزرگسالانی که مسایل شخصی خود را در موارد مندرج در آزمون مطرح می‌کنند موفقیت آمیز بوده است و در مورد هر دو جنس زن و مرد کاربرد دارد.

هر فرم پنج بُعد سازگاری را در بر می‌گیرد که عبارتند از:

الف) سازگاری در خانه: نمرات سطح بالای افراد در این سطح نشانگر عدم سازگاری مطلوب با محیط خانه است و نمرات پایین از سازگاری در خانه حکایت دارد.

ب) سازگاری در سلامتی: نمرات بالا در این سطح، از سازگاری نامطلوب سخن می‌گویند و نمرات پایین معرف سازگاری رضایت بخش است.

ج) سازگاری اجتماعی: نمره‌ی بالا نشانگر دوری و کناره‌گیری از تماس‌های اجتماعی و تسلیم در برابر آن معرفی می‌شود و افرادی که نمره‌ی کم احراز کرده‌اند در تماس‌های اجتماعی حالت پرخاشگری دارند.

د) سازگاری عاطفی: افراد با نمره ی بالا از نظر عادی بی‌ثباتی را نشان می‌دهند و افراد با نمره‌ی کم از ثبت عاطفی برخوردارند.

ه) سازگاری شغلی (تحصیلی): افرادی که نمرات کم می‌گیرند از مشاغل خود رضایت دارند و آنهایی که نمرات بالا به دست می‌آورند از مشاغل خود ناراضی‌اند.

این پرسشنامه توسط بهرامی احسان (۱۳۷۱) بعد از ترجمه و ویرایش بر روی ۲۰۰ نفر به صورت تصادفی اجرا شد و ضریب آلفای آن معادل ۰/۸۹ به دست آمد.

بل (۱۹۶۱) میزان آلفای کرونباخ را برای ابعاد آن از ۰/۸۱ برای بعد سازگاری اجتماعی تا ۰/۹۴ برای سازگاری کلی گزارش کرده است. اعتبار آزمون - آزمون مجدد این پرسشنامه در راهنمای آزمون از مقادیر ۰/۷۰ تا ۰/۹۳ و ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. بل ضرایب اعتبار (پایایی) را برای خرده مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱، ۰/۸۸، ۰/۹۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۴ گزارش کرده است. همچنین، این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه‌های بهنجار از نوروتیک و همبستگی با آزمون‌های شخصیت آیسنگ نشان داده است (بل، ۱۹۶۲ به نقل از فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸).

ج): پرسشنامه ی تنظیم هیجان

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهنون (۲۰۰۱) تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چند بعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. مقیاس تنظیم شناختی هیجان نه (۹) راهبرد ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه-ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه انگاری و سلامت دیگران را ارزیابی می‌کند. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به تازگی تجربه کرده‌اند را بوسیله پاسخ به ۵ تا پرسش که استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند مشخص نماید این پرسشنامه دارای فرم ویژه بزرگ سالان و فرم ویژه کودکان می‌باشد.

نمره‌گذاری پرسشنامه براساس طیف لیکرت و به این صورت است: هرگز (۱)، به ندرت (۲)، برخی اوقات (۳)، اغلب اوقات (۴)، همیشه (۵). تحلیل (تفسیر) بر اساس میزان نمره پرسشنامه: نمره بین ۳۶ تا ۷۲: تنظیم شناختی هیجان در فرد ضعیف است. نمره بین ۷۲ تا ۱۰۸: تنظیم شناختی هیجان در فرد متوسط است. نمره بالاتر از ۱۰۸: تنظیم شناختی هیجان در فرد قوی است.

گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) اعتبار و روایی مطلوبی را برای این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره ای (از همیشه یا هرگز) می‌باشد که هر چهار پرسش یک عامل را مرد ارزیابی قرار می‌دهد و در مجموع نه عامل به قرار، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌آمیز کردن، نشخوار فکری، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی پذیرش، تمرکز مثبت و ارزیابی مثبت را در مورد ارزیابی قرار می‌دهد. فرم فارسی این مقیاس به وسیله‌ی سامانی و جوکار (۱۳۸۶) مورد اعتباریابی قرار گرفته است. ضریب آلفا برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه به وسیله گرانفسکی و همکاران (۲۰۰۲) در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. برای بررسی روایی همگرا و واگرایی این پرسشنامه در ایران از مقیاس پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱) استفاده شد.

لازم به ذکر است برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در سطح توصیفی از شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکنندگی برای ارائه‌ی وضعیت متغیرهای مستقل و وابسته‌ی پژوهش استفاده شد. در سطح استنباطی با توجه به اینکه محقق قصد داشت در گروه آزمایش اثربخشی برنامه‌ی آموزشی طرحواره درمانی را بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرضا را در مقایسه با گروه کنترل مورد بررسی قرار دهد بر همین اساس تاثیر متغیر پیش آزمون را کنترل کرده و از آزمون‌های بررسی پیش فرض‌ها (کولموگروف_اسمرینف و آزمون لوین توزیع طبیعی نمرات) و تحلیل کواریانس استفاده کرد.

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش از آمار توصیفی جهت ارائه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی به صورت فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شده است هم چنین از آمار استنباطی با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس گروه‌ها از روش تحلیل کواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شده است

در این قسمت توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی بر حسب گروه و سن به تفکیک دو گروه ارائه شده است.

جدول ۱. فراوانی و درصد آزمودنی‌ها به تفکیک گروه

گروه ها	فراوانی	درصد فراوانی
گروه آزمایش	۱۵	۵۰
گروه گواه	۱۵	۵۰

چنان که در جدول ۱ مشاهده شد تعداد آزمودنی‌ها در گروه آزمایش، ۱۵ نفر (معادل ۵۰ درصد) و گروه کنترل ۱۵ نفر (معادل ۵۰ درصد) است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار سن نمونه تحقیق به تفکیک گروه

گروه آزمایش		گروه گواه		متغیر
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۲۱/۷۶	۶/۸۱	۲۲/۰۱	۷/۱۹	سن

نتایج ارائه شده در جدول (۲-۴) حاکی از آن است که در گروه آزمایش میانگین سن دانشجویان ($21/76 \pm 6/81$) و در گروه کنترل ($22/01 \pm 7/19$) است.

میانگین و انحراف معیار متغیر تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول‌های ۳ و ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی در گروه‌های آزمایش و

کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه آزمایش		گروه گواه		متغیر
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
۱۳/۷۶	۱/۸۲	۱۲/۸۸	۱/۹۰	نمره کل تنظیم شناختی هیجان پیش‌آزمون
۱۵/۱۲	۲/۰۳	۱۲/۱۲	۱/۵۴	نمره کل تنظیم شناختی هیجان پس‌آزمون
۱۶/۶۵	۲/۱۵	۱۵/۲۴	۲/۷۷	نمره کل سازگاری اجتماعی پیش‌آزمون
۱۸	۲/۷۴	۱۴/۲۴	۳/۱۱	نمره کل سازگاری اجتماعی پس‌آزمون

نتایج ارائه شده در جدول ۳ حاکی از آن است که در مرحله پیش‌آزمون، در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجان به صورت کلی ($13/76 \pm 1/82$) و در گروه کنترل ($12/88 \pm 1/90$) بود. و در مرحله پس‌آزمون، در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجان کلی ($15/12 \pm 2/03$) و در گروه گواه ($12/12 \pm 1/54$) بود. در مرحله پیش‌آزمون، در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی بصورت کلی ($16/65 \pm 2/15$) و در گروه کنترل ($15/24 \pm 2/77$) بود. و در مرحله پس‌آزمون، در گروه آزمایش میانگین و انحراف معیار سازگاری اجتماعی به صورت کلی ($18 \pm 2/74$) و در گروه کنترل ($14/24 \pm 3/11$) بود.

پیش فرض‌های اصلی آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری یعنی؛ ۱- نرمال بودن توزیع نمرات، ۲- همسانی واریانس‌های نمرات، ۳- تساوی کواریانس‌های نمرات و ۴- همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحلیل‌ها در جداول ۵ تا ۸ ارائه شده است. اولین پیش فرضی که برای به کارگیری روش تحلیل کواریانس مورد نیاز است، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه است. اساس این پیش فرض بر آن است که فرض می‌شود توزیع نمرات در جامعه نرمال بوده و اگر در گروه‌های نمونه کجی و کشیدگی حاصل شد به خاطر انتخاب تصادفی افراد بوده است. برای آزمون این فرضیه از آزمون شاپیرو و ویلک استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون شاپیرو و ویلک در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات

معناداری	آزمون شاپیرو و ویلک		گروه	متغیر
	درجه آزادی	آماره		
۰/۱۸۱	۱۴	۰/۹۱۴	آزمایش	تنظیم شناختی هیجان
۰/۴۰۶	۱۴	۰/۹۴۲	گواه	
۰/۱۳۷	۱۴	۰/۹۰۶	آزمایش	سازگاری اجتماعی
۰/۸۲۰	۱۴	۰/۹۶۸	گواه	

همان گونه که از جدول فوق مشخص است نمرات تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی دارای توزیع نمونه‌ای نرمال می‌باشد. لذا تحلیل حاضر جهت استفاده از آزمون‌های پارامتریک با محدودیتی مواجه نیست. در این پژوهش برای تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شده است. به منظور استفاده از این روش لازم بود که در ابتدا پیش فرض تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گیرد. اساس این پیش فرض بر این است که فرض می‌شود واریانس‌های نمرات دو گروه، در جامعه با هم برابرند و از لحاظ آماری تفاوت معنی داری ندارند. برای آزمون این فرضیه از آزمون لوین استفاده می‌شود که نتایج آن در جدول ۶ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل

معناداری	درجه آزادی دوم	درجه آزادی اول	F	متغیر
۰/۶۷۶	۲۸	۱	۰/۱۷۸	تنظیم شناختی هیجان
۰/۶۰۹	۲۸	۱	۰/۲۶۷	سازگاری اجتماعی

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود مقدار F بدست آمده برای آزمون لوین در همه متغیرها معنادار نیست، لذا شرط همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. لذا می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد به منظور بررسی پیش فرض تساوی کوواریانس‌های نمرات، از آزمون باکس در مورد تساوی کوواریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۷ ارائه شده است.

جدول ۶. نتایج آزمون باکس در خصوص پیش فرض تساوی کوواریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته

P	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	M	آزمون باکس
۰/۰۵۵	۵۲۰۵/۱۱	۶	۲/۰۶	۱۴/۰۶	

نتایج جدول فوق حکایت از آن دارد که پیش فرض تساوی کوواریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته، برقرار می‌باشد و این پیش فرض در پژوهش حاضر رعایت شده است. به منظور بررسی پیش فرض همگنی شیب رگرسیون، تعامل بین متغیرهای وابسته و همپراش بررسی شد. که نتایج این تحلیل در سطح ($P > 0.05$) نشان داد که متغیرهای تنظیم شناختی هیجان ($F = 0.32$) و سازگاری اجتماعی ($F = 2.13$) این تعامل معنی دار نبود و دلالت بر برقراری مفروضه همگنی شیب رگرسیون داشت. در مجموع مشخص می‌شود که در پژوهش حاضر، پیش فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری رعایت شده است. لذا می‌توان از این روش آماری برای بررسی فرضیه اصلی پژوهش استفاده نمود.

طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی مؤثر است.

جدول ۷. نتایج کلی تحلیل کواریانس چند متغیری تاثیر طرحواره درمانی بر متغیرهای وابسته در مرحله

پس آزمون

شاخص آماری آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری	میزان تاثیر	توان آماري
اثر پیلایی	۰/۵۳۵	۸/۴۳	۳	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۸
لامبدای ویلکز	۰/۴۶۵	۸/۴۳	۳	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۸
اثر هتلینگ	۱/۱۴۹	۸/۴۳	۳	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۸
بزرگترین ریشه روی	۱/۱۴۹	۸/۴۳	۳	۲۲	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۰/۹۸

بر اساس جدول ۷ مشخص می‌شود که تفاوت بین نمرات دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است. به عبارت دیگر، بین دانشجویانی که مداخله دریافت کرده‌اند (گروه آزمایش) و دانشجویانی که مداخله دریافت نکرده‌اند (گروه کنترل) حداقل به لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.01$) میزان این تفاوت ۵۴ درصد می‌باشد، یعنی ۵۴ درصد تفاوت‌های فردی در متغیرها، مربوط به تفاوت بین دو گروه می‌باشد. به منظور بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر هر یک از متغیرهای پژوهش، از تحلیل کواریانس در متن مانکوا استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۹ ارائه شده است.

جدول ۸. نتایج تحلیل کواریانس در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای وابسته در

گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	شاخص‌ها متغیرها	SS	df	MS	F	P	میزان تاثیر	توان آماری
گروه	تنظیم شناختی هیجان	۶۳۱/۶۰	۱	۶۰۱/۴۹	۶۳۱/۶۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۱	۰/۹۸
	سازگاری اجتماعی	۴۰۹/۸۲	۱	۴۰۹/۸۲	۲۰/۷۳	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰۱	۰/۸۹

نتایج جدول ۸ گویای آنست که بین گروه‌های آزمایش و کنترل به لحاظ همه متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq 0.01$). به عبارت دیگر طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی شهر شهرضا در مرحله پس آزمون مؤثر است و میزان این تاثیر به ترتیب در متغیر تنظیم شناختی هیجان ۷۱ درصد و سازگاری اجتماعی ۵۰ درصد می‌باشد.

طرحواره درمانی گروهی بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی تأثیر دارد.

به وسیله تحلیل آزمون کواریانس تک متغیره به بررسی اثر بخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی شهر شهرضا در مرحله پس آزمون پرداخته شد.

جدول ۹. نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان دانشجویان در مرحله پس آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
گروه	۳۷/۱۶	۱	۳۷/۱۶	۱۱۸/۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۳	۱
خطا	۶۱/۵۵	۳۱	۱/۹۹				

همانطور که جدول ۹ نشان می‌دهد متغیر تنظیم شناختی هیجان بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود داشته است. در متغیر تنظیم شناختی هیجان ۷۹ درصد واریانس تغییرات به وسیله متغیر گروه‌بندی تبیین می‌گردد. توان آماری ۱ نشان می‌دهد که نمونه برای انجام این مطالعه کافی بوده است. طرحواره درمانی گروهی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی تأثیر دارد. به وسیله تحلیل آزمون کواریانس تک متغیره به بررسی طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی در مرحله پس آزمون پرداخته شد.

جدول ۱۰. نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی تاثیر طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان در مرحله پس آزمون

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان
گروه	۴۱/۲۲	۱	۴۱/۲۲	۲۰/۷۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۱	۰/۹۹۳
خطا	۶۱/۵۵	۳۱	۱/۹۹				

همان طور که جدول ۱۰ نشان می‌دهد متغیر سازگاری اجتماعی بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود داشته است. در متغیر سازگاری اجتماعی ۴۰ درصد واریانس تغییرات به وسیله متغیر گروه‌بندی تبیین می‌گردد. توان آماری ۰/۹۹ نشان می‌دهد که نمونه برای انجام این مطالعه کافی بوده است. در این پژوهش جهت پاسخ‌گویی به فرضیه‌های پژوهش از آمار توصیفی و استنباطی استفاده گردید. داده‌های بدست آمده در قسمت توصیفی با استفاده از شاخص‌هایی مانند میانگین، انحراف معیار و در آمار استنباطی از آزمون تحلیل آزمون کواریانس چند متغیره و تک متغیره استفاده شد. تمامی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر اثر بخشی طرحواره درمانی بر تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی در دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی مورد تایید قرار گرفت. به این معنی که بعد از طرحواره درمانی در گروه آزمایش نمرات افراد به نسبت پیش‌آزمون، در متغیرهای وابسته تنظیم شناختی هیجان و سازگاری اجتماعی افزایش پیدا کرد و این میزان از لحاظ آماری معنادار شد. اما در گروه کنترل که درمانی دریافت نکردند، تفاوت بین نمرات آنان در پیش آزمون و پس آزمون وجود نداشت.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی تأثیر معناداری داشت. تاکنون پژوهشی در مورد اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی انجام نشده است. اما پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برخی از تکنیک‌های طرحواره درمانی از جمله تکنیک گفتگوهای خیالی، تصویرسازی وقایع آسیب‌زا، نوشتن نامه به والدین و تصویرسازی ذهنی به منظور الگو شکنی رفتاری بر بهبود علائم هیجانی اضطراب اجتماعی دارد.

در تبیین اثربخشی این درمان بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌توان به وجود برخی تکنیک‌ها و مهارت‌ها در پروتکل طرحواره درمانی اشاره کرد. این درمان از طریق بازسازی شناختی و کاهش استرس به بیماران در پردازش

هیجان‌ها کمک می‌کند (داوودی، ۲۰۱۴). فاجعه‌سازی (اغراق در بیان مشکل خود) یکی از سبک‌های فکری این بیماران است و پیامد آن تجربه‌ی افسردگی است. آموزش تکنیک‌های طرحواره درمانی با بالا بردن آگاهی عمدی^۱ فرد از تجربه‌ی هیجان و احساس، مکانیسم‌های زیربنایی اضطراب اجتماعی یعنی ارزیابی فاجعه‌انگیز احساس و پردازش هیجانی درد را هدف قرار می‌دهد.

(زرنیک و همکاران، ۲۰۱۳). و بنظر می‌رسد از این طریق می‌تواند علائم این بیماران را کاهش دهد. هنگامی که بیمار احساس ناراحتی می‌کند این احتمال وجود دارد که زمان سختی را بگذراند تا بفهمد چه هیجانی دارد. در ابتدا ممکن است او تنها احساسات جسمی داشته باشد. همان‌طور که او به این احساس‌ها و آن‌چه رخ داده واکنش نشان می‌دهد متوجه می‌شود که در حال تجربه‌ی هیجان‌های منفی است. وجود این احساسات او را سردرگم می‌کند. او نمی‌فهمد که چه چیزی باعث شده تا این حد درگیر هیجان‌های منفی باشد. او درگیر ارزیابی‌های منفی از خود می‌شود. سپس احساس درماندگی می‌کند زیرا دلیلی برای آن نمی‌یابد. بنظر می‌رسد طرحواره درمانی این چرخه‌ی معیوب را از بین می‌برد. آگاهی از وجود طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند با تقویت ترجمه‌ی مستقیم حس‌های بدنی به هیجان‌های مختلف و بدون مرتبط‌ساختن بیش از حد این هیجان‌ها با خاطرات روایتی، عملکرد پردازش هیجانی را بهبود بخشد (منصوری راد، ۱۳۹۳). در کنار این تکنیک‌ها که آگاهی هیجانی را به دنبال دارد، سایر ویژگی‌های تنظیم هیجان، از جمله مشاهده و توجه درونی، ابراز و برچسب‌زدن به تجربه، توانایی اجرای فعالیت‌ها با آگاهی کامل و بدون توجه برگردانی، قضاوت نکردن درباره‌ی تجارب و واکنش نشان ندادن به تجارب درونی نیز مهم هستند (گارلند و همکاران، ۲۰۱۲).

بازسازی شناختی یکی دیگر از تکنیک‌های طرحواره درمانی است، که با هدف قراردادن مکانیسم زیربنایی اضطراب اجتماعی یعنی فاجعه‌سازی باعث کاهش علائم این بیماران می‌شود. بنظر می‌رسد علت بروز اکثر پاسخ‌های شدید هیجانی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی است که رویدادها، وحشتناک یا فاجعه‌آمیز قلمداد می‌شوند. طرحواره درمانگر ضمن اذعان به این‌که بسیاری از رویدادها، بطور عینی دشوار است یا حتی تهدیدکننده‌ی حیات هستند، می‌کوشد مسائل را در چشم‌انداز بیمار مبتلا به اضطراب اجتماعی قرار دهد تا بتواند از واکنش بیش از حد پیشگیری کند و احساس اضطراب و ملال کمتری را تجربه کند. نتایج پژوهش حاضر، نظر پژوهشگرانی را که معتقدند بازسازی شناختی، از مؤلفه‌های ضروری برای تغییر خلق است را تأیید می‌کند (منصوری راد، ۱۳۹۳).

طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی تاثیر معناداری دارد. نتایج این فرضیه نشان داد که طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی اثر دارد. این یافته با پژوهش عرفان و همکاران (۲۰۱۸) مبنی بر اثر بخشی طرحواره درمانی بر دشواری تنظیم هیجان همسو است. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی می‌توان به وجود تکنیک‌های نوشتن تجارب منفی، و پذیرش در پروتکل طرحواره درمانی اشاره کرد. تکنیک نوشتن تجارب منفی به بیمار کمک می‌کند تا هیجان‌های را که قبلاً بازدارنده می‌کرد، بیان یا افشا کند. بازداری هیجانی با اضطراب اجتماعی مرتبط است (علی پور و نوربالا، ۱۳۸۳). در نظریه‌های کلاسیک این اعتقاد وجود دارد که مشکلات سلامتی از منع یا بازداری افکار و احساسات مهم روان‌شناختی ناشی می‌شوند. بازداری روان‌شناختی یعنی ناتوانی در بیان افکار، احساسات و رفتارهای مربوط به یک تجربه. بازداری وقتی ایجاد می‌شود که افراد تصور کنند به آسانی نمی‌توانند درباره‌ی تجربه‌ی خویش با دیگران صحبت کنند. تصور می‌شود که فرآیند نگارش، تهدیدکنندگی ارزیابی را کمتر می‌کند و موجب احساس کنترل شخصی بیشتری می‌شود و این احساس را ایجاد می‌کند که فرد بصورت موفقیت‌آمیزی با پیامدهای اجتماعی یا شخصی تجربه خویش مقابله می‌کند (اریکسون، آندرن، کارلبرگ و اریکسون، ۲۰۱۵). در مطالعه‌ای که روی ۱۰۳ بیمار انجام گرفت از بیماران خواسته شد تا بمدت ۳۰ دقیقه در ۴ روز متوالی درباره‌ی عمیق‌ترین

1. nonreactive awareness

2. emotional suppression

افکار خود، هیجانات، و باورها راجع به این بیماری و درکشان از اثرات آن مطالبی بنویسند. نتایج نشان داد که شدت بیماری در اثر نوشتن تجارب، بطور معناداری بهبود یافت (خیرآبادی و همکاران، ۱۳۸۹). نتایج پژوهش حاضر هماهنگ با این یافته است. طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی تاثیر معناداری دارد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی اثر دارد. در این پژوهش روند تغییر طرحواره‌های بیماران در مرحله پس‌آزمون صورت گرفت. در تبیین این تغییر می‌توان به این نکته اشاره کرد که طرحواره درمانی، انواع گوناگونی از تکنیک‌ها را استفاده می‌کند تا بیمار بتواند مجموعه‌ی سازگارانه‌تری از تفسیرها، ارزیابی‌ها و راهبردها را برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بکار گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بین سازگاری اجتماعی و طرحواره‌های بیماران رابطه‌ی معناداری وجود دارد. افرادی که درجات بالاتری از سازگاری اجتماعی را دارند، طرحواره‌های سازگارانه‌تری را نیز گزارش می‌کنند (منصوری راد، ۱۳۹۳). نتایج پژوهش حاضر هماهنگ با این یافته‌ها است.

همچنین در تبیین این یافته‌ها می‌توان به وجود برخی تکنیک‌ها و مهارت‌ها در پروتکل طرحواره درمانی اشاره کرد. این درمان با افزایش پذیرش و بازسازی شناختی به بیماران در ابراز و پردازش هیجانات و به دنبال آن سازگاری اجتماعی کمک می‌کند (داوودی، ۲۰۱۴). یانگ معتقد است طرحواره‌های ناسازگار بیماران، موجب اجتناب هیجانی می‌شود. اجتناب از هیجان ناراحت‌کننده و یا رهایی از آن، غالباً اثر فوری رفتار مشکل آفرین به‌شمار می‌رود و اغلب قدرتمندترین عامل نگهدارنده اضطراب به حساب می‌آید. (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۳). اجتناب، تلاش فعالی است برای کنترل و یا حذف تجربه فوری یک رویداد درونی منفی مثل یک فکر، احساس، خاطره یا احساس بدنی منفی. زمانی که بیمار، باورهای نادرستی درباره‌ی پیامدهای روبروشدن با رویدادهای درونی ناخوشایند (افکار، احساسات، خاطرات، احساسات بدنی) دارد از تغییر الگوی رفتار نگران می‌شود. لذا از طریق مداخلات مربوط به پذیرش، درمانگر می‌تواند بیمار را با این باور نادرست روبرو سازد (اسموت، ۲۰۰۸). حمایت تجربی رو به رشدی وجود دارد که مداخلات مبتنی بر طرحواره نسبت به مداخلات مستقیم برای توقف واکنش‌های هیجانی، باعث تحمل بیشتر واکنش‌های هیجانی آزارنده و تمایل بیشتر برای شرکت در مواجهه با محرک‌های آزارنده می‌شوند. به گونه‌ای تناقض-آمیز، پذیرش واکنش‌های هیجانی آزارنده در واقع ممکن است بهترین راهبرد برای کاهش آن‌ها باشد. (محرابی و همکاران، ۱۳۹۴). طرحواره درمانی کمک می‌کند که بیمار در فهم احساس خود توانا تر شود، هیجان خود را بگونه‌ای صحیح ابراز یا تجربه کند، هیجانات مختلف را بدون صرف انرژی زیاد برای جلوگیری از آن‌ها تجربه کند، و هیجانات متناقض و پیچیده را بپذیرد. که این امر موجب سازگاری اجتماعی بالاتر در فرد بیمار می‌شود. در نتیجه با توجه به یافته‌های به‌دست آمده می‌توان پیشنهادات ذیل را براساس سوالات پژوهش ارائه داد.

- استفاده از طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی.

- استفاده از طرحواره درمانی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی

منابع:

- ایزدی ر، عابدی م (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. تهران: جنگل.
- امامی عزت، آمنه (۱۳۹۳). بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر اضطراب اجتماعی با توجه به اثرات میانجی تنظیم هیجان. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز.
- بحرینی، نسرين (۱۳۹۵). تعیین اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی بیماران تحت درمان دیالیز. کنفرانس جهانی روانشناسی و علوم تربیتی، حقوق و علوم اجتماعی در آغاز هزاره سوم، شیراز، پژوهش شرکت ایده بازار صنعت سبز.
- جوانمرد ج، رجایی ع، خسروپور ف (۱۳۹۸). اثربخشی روان‌درمانی مثبت نگر به شیوه گروهی بر سازگاری اجتماعی، عاطفی و آموزشی دانش‌آموزان پسر ناسازگار متوسطه اول. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره ۹(۱): ۷۵-۵۸.

خیرآبادی غ ر، باقریان ر، نعمتی ک، دقاق زاده ح، مرآئی م ر، غلامرضایی ع(۱۳۸۹). تأثیر آموزش راهبردهای مقابله‌ای بر شدت علائم، کیفیت زندگی و علائم روان‌شناختی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. مجله دانشکده پزشکی اصفهان؛ ۲۸(۱۱۰): ۴۷۳-۴۸۳.

سلطان‌الکتابی مرضیه(۱۳۹۳). مقایسه دیدگاه‌های طرحواره درمانی، روان‌پویایی و آزادی درمانی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی. ۷۲:۷۴-۸۸.

سهرابی ف(۱۳۹۴). روان‌درمانی‌های موج سوم: خاستگاه، حال و چشم‌انداز با تأکید ویژه بر طرحواره درمانی. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی بالینی. ۱۸(۵): ۱-۱۴.

شریعتمداری، علی(۱۳۷۰). جامعه و تعلیم و تربیت. تهران: نشر امیرکبیر.

علی‌پور ا، نور بالا ع(۱۳۸۳). مبانی سایکونورواپیمونولوژی. تهران: علوم پزشکی.

فتحی آشتیانی(۱۳۸۸). رابطه‌ی تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک شده با سازگاری مادران کم‌توان ذهنی. فصلنامه‌ی افراد استثنایی. سال پنجم. شماره ۲۰.

قاطع زاده، عبدالامیر(۱۳۸۴). رابطه بین شیوه‌های فرزندپروری والدین با رفتار سازشی دانش‌آموزان دختر پایه‌های سوم و چهارم ابتدایی شهرستان دشت آزادگان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. محرابی ع، طاهری فر ز(۱۳۹۴). درمان مبتنی بر تنظیم هیجان. مقدمه‌ای بر نسل سوم درمان‌های شناختی-رفتاری. تهران: ارجمند.

منصوری راد(۱۳۹۳). تکنیک‌های تنظیم هیجان در روان‌درمانی. تهران: ارجمند.

هاشمی، ملیحه؛ سرداری پور، مهران؛ منصوبی فر، محسن. (۱۳۹۶). اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب. سومین همایش ملی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم انسانی و مطالعات اجتماعی ایران، قم، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سروش حکمت مرتضوی.

یانگ، جفری(۱۹۵۰). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرحواره محور. ترجمه‌ی علی صاحبی و حسن حمیدپور(۱۳۹۰). تهران: ارجمند.

Bamber MR(2006). CBT for occupational stress in health professionals: Introducing a schema-focused approach. New York: Rutledge.

Bosse T, Pontier M, Treur J.(2010). A computational model based on Gross' emotion regulation theory. CSR 11(3):211-30.

Connor ,K,M, Davidson., J,R, Churchill ,L,E, Sherwood., A, Weisler RH, FOAE. E.,E.(2000).Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). The British Journal of Psychiatry 176(4):379-86.

Davoodi R.(2014). "The effect of emotional schemas-based group therapy on emotion regulation in married women: A Case Study of Isfahan". Advances in Environmental Biology. 8(13): 1458-1465.

Erfan A, Noorbala AA, Mohammadi A, Adibi P. (2018). The effectiveness of emotional schema therapy on psychological symptoms of patients with irritable. Int J Educ Psychol Res 2018;4:26-32.

Eriksson EM, Andrén KI, Kurlberg GK, Eriksson HT(2015). Aspects of the non-pharmacological treatment of irritable bowel syndrome. World J Gastroenterol.; 21(40): 11439-11449.

Garland EL, Gaylord SA, Palsson O, Faurot K, Mann JD, Whitehead WE.(2012). "Therapeutic mechanisms of a mindfulness-based treatment for IBS: effects on visceral

sensitivity, catastrophizing, and affective processing of pain sensations". *Journal of Behavioral Medicine*. 35(6): 591-602.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327

Ghayour Kazemi F, Sepehri Shamloo Z, Mashhadi A, Ghanaei Chamanabad A.(2016). A Comparative study effectiveness of metacognitive therapy with neurofeedback training on reducing anxiety symptoms in female students with social anxiety disorder. *JCP* 7(3):21-36.

Hamidpour H, Dolatshai B, Pour Shahbaz A, Dadkhah A.(2011). The Efficacy of Schema Therapy in Treating Women's Generalized Anxiety Disorder. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 16(4): 420-31.

Kashdan TB, Breen WE.(2008). Social anxiety and positive emotions: A prospective examination of a self-regulatory model with tendencies to suppress or express emotions as a moderating variable. *Behavior Therapy* 39(1):1-12.

Klemanski DH, Curtiss J, McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S.(2017). Emotion Regulation and the Transdiagnostic Role of Repetitive Negative Thinking in Adolescents with Social Anxiety and Depression. *Cognit Ther Res* 41(2): 206-219.

Khawaja NG, Bryden KJ.(2006). The development and psychometric investigation of the university student depression inventory. *J Affect Disord* 96(1-2): 21-9.

Leahy R. *Cognitive Therapy Techniques: A Practitioner's Guide*. New York: Guilford Press; 2003.

Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM.(2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *BRT* 43(10):1281-310.

Nordahl HM, Holthe H, Haugum JA.(2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief? *CPP* 12(2):142-9.

Rheingold, A. A, Herbert, J. D., Franklin, M. E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety, *Cognitive Therapy and Research*, 639-655.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2003). *Synopsis of psychiatry Philadelphia: Lippincott williares & wilkins*.

Sadook B, Sadook B. *The Summary of Psychiatry: Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry*, translated by Rezaee F. Tehran: Nasle Farda Publication 2010; pp: 263.

Sharma P, Mehta M, Sagar R.(2017). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety disorders and headache in adolescents. *Journal of anxiety disorders* 46:78-84.

Smout M. *Psychotherapy for methamphetamine dependence treatment manual*. Drug and Alcohol Services South Australia. 2008.

Smout M. *Psychotherapy for methamphetamine dependence treatment manual*. Drug and Alcohol Services South Australia. 2008.

Sung SC, Porter E, Robinaugh DJ, Marks EH, Marques LM, Otto MW, et al.(2012). Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: An examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *JAD* 26(3):435-41.

Thimm JC.(2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *JBTEP* 41(1):52-9.

Vaalipour A. *Psychological adjustment*. Third edition. Tehran: Vahid, 2001; pp: 58.

Vaananen, J.M. Frojd, S. Ranta, K. Marttunen, M. Helmine, M. & Kaltiala- Heino, R. (2011). Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in midadolescence. *Journal of Affective Disorders*, 133: 97-104.

Whitfield GW.(2016). Validating School Social Work: An Evaluation of a Cognitive Behavioral Approach to Reduce School Violence. *Res Soc Work Pract* 9(4):399-426.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practioner's Guide*. New York, NY: Guilford Press; 2003.

Zernicke KA, Campbell TS, Blustein PK, Fung TS, Johnson JA, Bacon SL, Carlson LE. (2013)."Mindfulness-based stress reduction for the treatment of irritable bowel syndrome symptoms: a randomized wait-list controlled trial". *Int J BehavMed*. 20(3): 385-396.