

# اثربخشی طرح واره درمانی در کاهش فعالیت طرح واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

دکتر محسن خورشیدزاده<sup>۱</sup>  
دکتر احمد برجعلی<sup>۲</sup>  
دکتر فرامرز سهرابی<sup>۳</sup>  
دکتر علی دلاور<sup>۴</sup>

## چکیده

مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخش طرح واره درمانی بر کاهش فعالیت طرح واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شده است. در این پژوهش، از طرح تجربی تک موردی از نوع خط پایه چندگانه استفاده شده است. تعداد ۵ بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به مدت ۲۰ جلسه تحت درمان انفرادی با مدل طرح واره درمانی «یانگ» قرار گرفتند. به منظور گردآوری داده‌ها از آزمون‌های اضطراب اجتماعی و پرسشنامه فرم بلند طرح واره یانگ استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش بهبود تشخیصی و معناداری بالینی استفاده شده است. طرح واره درمانی، موجب کاهش چشمگیر فعالیت طرح واره‌های ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌های طرح واره می‌گردد و نتایج مرحله پیگیری نشانه‌دهنده پایداری و تعمیق اثر درمان می‌باشد. می‌توان از مدل طرح واره درمانی برای درمان بیماری‌های روانی مزمن

۱. استادیار دانشگاه بیرجند Email: mkhorshid86@yahoo.com

۲. استادیار دانشگاه علامه طباطبایی

۳. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی

۴. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نقش اساسی در تداوم آنها دارند، بهره‌جست.  
**کلید واژه‌ها:** طرح‌واره درمانی، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، اختلال اضطراب  
اجتماعی.

## مقدمه

طرح‌واره<sup>۱</sup> به طور کلی، به عنوان ساختار، قالب یا چهارچوب تعریف می‌شود. در حوزه رشد شناختی، طرح‌واره را به صورت قالبی در نظر می‌گیرند که بر اساس واقعیت یا تجربه شکل می‌گیرد تا به افراد کمک کند تجارب خود را تبیین کنند. علاوه بر این، ادراک از طریق طرح‌واره‌ها، واسطه‌مندی می‌شود و پاسخ‌های افراد نیز توسط طرح‌واره جهت‌پیدامی‌کنند. یکی از مفاهیم جدی و بنیادی حوزه روان‌درمانی، این است که بسیاری از طرح‌واره‌ها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند، به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی زندگی تحمیل می‌کنند (یانگ، ۲۰۰۳).

یانگ<sup>۲</sup>، کلووسکو<sup>۳</sup> و ویشار<sup>۴</sup> (۲۰۰۳) معتقدند بسیاری از این طرح‌واره‌ها در نتیجه تجارب ناگوار دوران کودکی شکل می‌گیرند و ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی و بسیاری از اختلالات مزمن محور I قرار بگیرند که آنها را تحت عنوان «طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه»<sup>۵</sup> مشخص کرده‌اند.

اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات مزمن محور I (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) و شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی است (فهم<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ هافمن<sup>۷</sup> و بارلو<sup>۸</sup>، ۲۰۰۲) که به اختلال نادیده انگاشته شده (لیبویتز<sup>۹</sup> و همکاران،

1. schema
2. Young
3. Klosko
4. Weishaar
5. early maladaptive schema
6. Fehm
7. Hofmann
8. Barlow
9. Liebowitz

۱۹۸۵) معروف است. SAD در کار و حوزه‌های اجتماعی اختلال اساسی ایجاد می‌کند (لاچنر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۳) و سبب کاهش کیفیت زندگی می‌گردد (استین<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۵) و عامل خطر آفرینی برای توسعه افسردگی است (ماتر<sup>۳</sup>، استین و سارین<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰؛ فهم و همکاران، ۲۰۰۸) و سوء مصرف مواد و مصرف بی‌رویه الکل نیز با آن در ارتباط است (اندرسون<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۱۱).

نتایج تحقیق لمپ<sup>۶</sup> (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که فاکتورهای شناختی، اختلال اضطراب اجتماعی را حفظ می‌کنند و فاکتورهایی همچون عوامل ژنتیکی، شخصیت و خلق و خو، در ابتلا به اضطراب اجتماعی نقش دارند. نوعی از فاکتورهای شناختی که در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند، طرح‌واره‌ها هستند. طرح‌واره‌ها، الگوها یا درون مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان و شناخت واره‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند، در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند، در مسیر زندگی تداوم دارند و به شدت ناکارآمدند. آنها ممکن است هسته اصلی اختلالات شخصیت، مشکلات منش شناختی خفیف‌تر و بسیاری از اختلالات مزمن محور I قرار بگیرند (باندلو و همکاران، ۲۰۰۴). اختلال اضطراب اجتماعی نیز یک اختلال مزمن و یکی از شایع‌ترین اختلال‌های کودکی و نوجوانی است (آریندل و همکاران، ۱۹۸۳) که باعث بروز مشکلات طولانی مدت در حوزه‌های مختلف عملکردی می‌شود. تحقیقات نشان داده‌اند افراد مبتلا به SAD<sup>۷</sup> طرح‌واره‌هایی دارند (بارلو، ۲۰۰۲) که این طرح‌واره‌ها آماج مناسبی برای رویکرد طرح‌واره درمانی تلقی می‌شوند. در تحقیقی که بر روی باورهای اصلی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با سایر بیماران اضطرابی انجام شد (پینتو-گاوایا<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۶)، نشان داد

1. Lochner
2. Stein
3. Mather
4. Sareen
5. Anderson
6. Lampe
7. social anxiety disorder
8. Pinto-Gouveia

طرح‌واره بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی با سایر بیماران مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی و بیماران غیر روان‌شناختی متفاوت است. نتایج تحقیقات آنها نشان می‌دهد افراد مبتلا به SAD در بیشتر زیرمقیاس‌های پرسشنامه طرح‌واره یانگ نسبت به افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی دیگر، امتیازات بالاتری کسب نمودند. این بدان معنی است که هراس اجتماعی بیشتر از اختلالات اضطرابی دیگر با ناسازگاری باورهای مرکزی در ارتباط است. باورهای مرکزی<sup>۱</sup> که در تحقیقات تجربی توجه زیادی به آنها نشده است، می‌توانند به عنوان یک متغیر میانجی احتمالی بین شیوه‌های فرزند پروری والدین و تمایل بیماران مبتلا به هراس اجتماعی به تهدید آمیز تعبیر کردن موقعیت‌های اجتماعی قرار گیرند. شیوه مراقبتی والدین که از طریق انتقاد و یا مراقبت افراطی اعمال می‌گردد، به فرزند این پیام را می‌دهد که در روابط اجتماعی ناتوان، فاقد صلاحیت و ناکارآمد است و دیگران را انتقادگر و دلیل انزوای رفتارشان بدانند. لذا این عوامل، باورهای مرکزی در ترس‌های هراس اجتماعی می‌باشند.

طرح‌واره درمانی برای درمان بیماران مبتلا به مشکلات منش شناختی مزمنی که به قدر کافی از رفتار درمانی شناختی کلاسیک کمکی دریافت نمی‌کردند، تدوین گردید. طرح‌واره درمانی بر پایه رفتار درمانی شناختی کلاسیک بنا شده و بر ریشه‌های تحولی<sup>۲</sup> مشکلات روانشناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده<sup>۳</sup> و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تاکید دارد. بسیاری از مطالعات نتیجه پژوهشی نشان دادند رفتار درمانی شناختی برای بسیاری از اختلالات روان‌شناختی از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است. اما در مطالعات پیگیری تنها ۵۰ درصد از بیماران به بهبودی معنادار بالینی دست می‌یابند (ماسکوویچ<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). رفتار درمانی شناختی در قالب سطح شناخت‌واره، رویکرد بالا به پایین را اتخاذ می‌کند. به عنوان مثال در اختلال‌های اضطرابی از سطح نگرانی شروع می‌کنند،

1. core beliefs
2. origins
3. emotive
4. moscovitch

سپس به مفروضه‌های زیربنایی و در نهایت به طرح‌واره‌ها می‌پردازد (حمیدپور، ۱۳۸۸)، اما در طرح واره درمانی این روند برعکس دنبال می‌شود. در فرآیند طرح‌واره درمانی، مستقیماً به سراغ عمیق‌ترین سطح شناخت واره می‌روند. به عبارتی در طرح‌واره درمانی، روش پایین به بالا در پیش گرفته می‌شود (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). سفران<sup>۱</sup> (۱۹۹۰) اعتقاد دارد که افراد دچار مشکلات هیجانی، طرح‌واره‌های بین فردی در ذهنشان نقش بسته است که این طرح‌واره‌ها، بازنمایی تعمیم یافته ارتباط با خویشان و دیگران را بر عهده دارند و با ایجاد چرخه شناختی بین فردی<sup>۲</sup>، مانع اثرگذاری دقیق و کامل تکنیک‌های شناخت درمانی می‌شوند. بورووک<sup>۳</sup>، نیومن<sup>۴</sup> و کاستن گوی<sup>۵</sup> (۲۰۰۴) با جمع‌بندی در پژوهش‌های شناختی - رفتاری به این نتیجه رسیده‌اند که بایستی برای افزایش کارایی درمان‌های شناختی - رفتاری به مولفه‌های بین فردی و هیجانی این افراد بیشتر توجه شود. اگرچه عوامل تداوم بخش، آماج اصلی شناخت درمانی محسوب می‌شوند (بارلو، ۲۰۰۲)، اما اخیراً نظریه پردازی و گمانه زنی‌های زیادی در این باره صورت گرفته است که نباید به عوامل زمینه‌ساز بی توجهی کرد (پنینگتون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۲). در حوزه اختلالات اضطرابی نیز این مسأله توجه متخصصان را به خود جلب کرده است که نقش عوامل زمینه ساز در شکل‌گیری اختلالات اضطرابی را باید مدنظر قرار داد و نادیده انگاری آنان‌ها ممکن است بر نتایج درمان و مفهوم سازی اختلالات تأثیر بگذارد (حمیدپور، ۱۳۸۸). طرح‌واره درمانگران نقش نیازهای هیجانی اساسی، خلق و خو، تجارب اولیه زندگی و شیوه‌های فرزندپروری را به عنوان عوامل زمینه ساز اختلالات بسیار جدی تلقی می‌کنند و آنها را ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها می‌دانند که اهمیت بسزایی در شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ایجادکننده و تداوم‌دهنده اختلالات دارند. به اعتقاد یانگ (۲۰۰۳)، هدف نهایی طرح‌واره درمانی، بهبود طرح‌واره است. بهبود

- 
1. Safran
  2. cognitive interpersonal cycle
  3. Borrovec
  4. Newman
  5. Castonguay
  6. Pennington

طرح‌واره از طریق فرآیند درمان که در برگیرنده مداخلات شناختی، عاطفی و رفتاری است امکان پذیر است. بهبود طرح‌واره یعنی کاهش شدت خاطرات مرتبط با طرح‌واره کاهش فعال شدن هیجانی طرح‌واره و کاستن از ناسازگاری شناخت‌واره‌ها. روند بهبود طرح‌واره، طولانی و دشوار است. از آنجا که طرح‌واره‌ها، هسته اصلی هویت فرد را تشکیل می‌دهند و عمیقاً با باورهای فرد راجع به خودش و محیط اطرافش گره خورده‌اند و شامل تمام چیزهایی می‌شوند که فرد می‌داند، لذا تغییر آن به سختی انجام می‌گیرد. بیمار در برابر تغییر طرح‌واره مقاومت می‌کند و این مقاومت را نوعی صیانت ذات<sup>۱</sup> می‌داند. لذا طرح‌واره‌ها را نمی‌توان از بین برد، بلکه می‌توان در روند بهبود، از میزان فعال شدن و شدت عاطفه همراه آنها کاست و این نیازمند داشتن اراده‌ای قوی برای جنگیدن با طرح‌واره‌ها از سوی بیمار است و نیاز به انضباط دقیق و تمرین فراوان دارد. هدف پژوهش حاضر، اثربخشی طرح‌واره درمانی در کاهش فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است. در این پژوهش، از مدل طرح‌واره درمانی یانگ استفاده شده است. در این مدل ۲۰ جلسه درمانی هفتگی پیش‌بینی شده است و در چارچوب فردی توصیه می‌گردد. فرضیه پژوهش آن بود که «طرح‌واره درمانی، شدت فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را در زنان مبتلا به SAD کاهش می‌دهد».

### روش پژوهش

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

جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب

1. self- defeating  
2. single Case  
3. multiple Base line

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

جدول ۱. ویژگی‌های دموگرافیک بیماران

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

## ابزارهای پژوهش

۱- مصاحبه تشخیصی جامع بین‌المللی<sup>۱</sup> (CIDI): یک مصاحبه جامع کاملاً استاندارد است که می‌تواند برای ارزیابی اختلال‌های روانی و تشخیص‌گذاری براساس تعاریف و ملاک‌های دهمین طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها (ICD-10) سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲ و ۱۹۹۳) و چهارمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV) مورد استفاده قرار گیرد.

CIDI برای استفاده در فرهنگ‌های مختلف و در موقعیت‌های گوناگون طراحی شده است. این ابزار ابتدا با هدف استفاده در مطالعات همه‌گیر شناختی اختلال‌های روانی طراحی شد، ولی می‌تواند برای سایر اهداف بالینی و پژوهشی مورد استفاده قرار گیرد. CIDI دارای ۱۷ حیطه اصلی تشخیصی است که دو نسخه «دوازده ماهه» و «طول عمر» دارد، که نسخه «طول عمر» آن به فارسی ترجمه و اعتبار‌یابی شده است (کاوایانی و همکاران، ۱۳۸۵). از طریق CIDI، تشخیص طول عمر امکان‌پذیر است. هم‌چنین مشخص می‌شود، در چه زمانی اختلال برای آخرین بار وجود داشته و در چه زمانی علائم اولیه آن ظاهر شده است.

۲- پرسشنامه هراس اجتماعی<sup>۲</sup> (SPIN): این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. تلویحات بالینی این پرسشنامه بیانگر آن است که در سه حیطه علایم بالینی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی اطلاعاتی را ارائه می‌کند و دارای مزیت‌های علمی کوتاه بودن، سادگی و آسانی نمره‌گذاری است. این ابزار با دارا بودن ویژگی‌های باثبات روان‌سنجی، می‌تواند به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علایم هراس اجتماعی به کار رود. به علاوه می‌تواند به عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال هراس اجتماعی کاربرد داشته باشد و در نهایت این مقیاس می‌تواند درمان‌هایی با کارایی متفاوت را از

---

1. Composite International Diagnostic Interview  
2. Social phobia inventory  
3. Connor



هم تمییز دهد. این پرسشنامه از اعتبار و روای بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و مزیت همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ ماده است که برای مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است و براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه ای، درجه بندی می‌شود.

۳- مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز<sup>۱</sup> (LSAS-SR): اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی که مواجه شدن با آنها برای افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مشکل است را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت در دو زیر مقیاس اضطراب عملکرد (۱۳ عبارت) و اجتناب (۱۱ عبارت) است. هر عبارت به طور جداگانه برای اضطراب یا ترس (۰ تا ۳؛ اصلاً، کم، متوسط و شدید) و رفتار اجتنابی (۰ تا ۳؛ هرگز، به ندرت، اغلب و همیشه) درجه بندی می‌شود. بنابراین، این آزمون یک نمره اضطراب اجتماعی کلی به دست می‌دهد که فرد را در ۴ سطح (اضطراب اجتماعی خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید) می‌تواند طبقه بندی کند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۵ گزارش شده است. ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و رفتار اجتنابی ۰/۹۱ گزارش شده است (فرسکو و همکاران، ۲۰۰۱).

۴- پرسشنامه طرح واره یانگ - فرم بلند<sup>۲</sup> (YSQ-L2): ۲۰۵ سوال دارد که بر روی یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای پاسخ داده می‌شود. به منظور نمره گذاری این پرسشنامه، امتیازات هر یک از مقیاس‌ها با هم جمع و نمره کل محاسبه می‌شود. کسب نمره بالاتر از نمره برش به مفهوم وجود آن طرح واره در فرد است که نیاز به چالش مشاوره‌ای وجود دارد. این پرسشنامه ۱۶ طرح واره را در

1. Liebowitz Social Anxiety Scale

2. Young schema Questionnaire

۵ حوزه مورد سنجش قرار می‌دهد. حوزه بریدگی و طرد<sup>۱</sup> شامل طرح واره‌های رهاشدگی / بی‌ثباتی<sup>۲</sup>، بی‌اعتمادی / بدرفتاری<sup>۳</sup>، محرومیت هیجانی<sup>۴</sup>، نقص / شرم<sup>۵</sup> و انزوای اجتماعی / بیگانگی<sup>۶</sup>. حوزه خود گردانی و عملکرد مختل<sup>۷</sup> شامل طرح واره‌های وابستگی / بی‌کفایتی<sup>۸</sup>، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری<sup>۹</sup>، خود تحول نیافته / گرفتار<sup>۱۰</sup> و شکست<sup>۱۱</sup>. حوزه محدودیت‌های مختل<sup>۱۲</sup> شامل طرح واره‌های استحقاق/بزرگ منشی<sup>۱۳</sup> و خویشتن داری-خودانضباطی ناکافی<sup>۱۴</sup>. حوزه دیگر جهت مندی<sup>۱۵</sup> شامل طرح واره‌های اطاعت<sup>۱۶</sup>، ایثار<sup>۱۷</sup> و ناخوشایندی اجتماعی<sup>۱۸</sup> و حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری<sup>۱۹</sup> شامل طرح واره‌های بازداری هیجانی<sup>۲۰</sup>، معیارهای سرسختانه / عیب جویی افراطی<sup>۲۱</sup>. ضریب آلفای کرونباخ این ۱۶ مقیاس بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۹ و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۹۸ گزارش شده است (حمیدپور، ۱۳۸۸).

YSQ، هم دارای فرم بلند است و هم دارای فرم کوتاه (۷۵ سؤال). یانگ و همکارانش (۲۰۰۳) توصیه می‌کنند برای کارهای بالینی بهتر است از فرم بلند پرسشنامه استفاده شود؛ زیرا سؤالات بیشتری برای هر طرح واره مطرح شده و اطلاعات دقیق‌تری فراهم می‌شود.

1. disconnection and rejection
2. abandonment/instability
3. mistrust/abuse
4. emotional deprivation
5. defectiveness/shame
6. social Isolation/alienation
7. impaired Autonomy and performance
8. dependence/incompetence
9. vulnerability to harm or illness
10. enmeshment/undeveloped self
11. failure
12. impaired limits
13. entitlement/grandiosity
14. insufficient Self – control/self-discipline
15. other-directedness
16. subjugation
17. self-sacrifice
18. social unpleasant
19. overvigilance/inhibition
20. emotional inhibition
21. unrelenting standards/hypercriticalness

### روند اجرای پژوهش

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

جدول ۲. فرآیند طرح واره درمانی در قالب ۲۰ جلسه درمانی

جلسه	محتوای جلسه
اول	توضیح مدل طرح‌واره به زبان ساده و شفاف برای بیمار و چگونگی شکل‌گیری طرح‌واره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای
دوم	سنجش مشکلات بیمار و جستجوی الگوهای ناکارآمد زندگی و تکمیل پرسشنامه چندوجهی زندگی
سوم	فرضیه‌سازی در خصوص طرح‌واره‌ها و شناسایی و نامگذاری آنها
چهارم	تشخیص سبک‌های مقابله‌ای و خلق و خوی بیمار و تصویرسازی ذهنی در مرحله سنجش
پنجم	مفهوم‌سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرح‌واره و جمع‌آوری کلیه اطلاعات به دست آمده در مرحله سنجش
ششم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده و طرکننده طرح‌واره‌ها بر اساس شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار
هفتم	اسناد دادن شواهد تأییدکننده طرح‌واره‌ها به تجارب دوران کودکی و شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد
هشتم	گفتگو بین جنبه طرح‌واره و جنبه سالم و یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط بیمار
نهم	تهیه و تدوین کارتهای آموزشی طرح‌واره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده

جلسه	محتوای جلسه
	طرح‌واره
دهم	نوشتن فرم ثبت طرح‌واره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرح‌واره‌ها
یازدهم	ارائه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی و اجرای گفتگوی خیالی
دوازدهم	تقویت ذهنیت بزرگسال سالم بیمار و شناسایی نیازهای هیجانی ارضاء نشده و جنگیدن علیه طرح‌واره‌ها
سیزدهم	ایجاد فرصتی برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش توسط آنها
چهاردهم	کمک به بیمار برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حادثه آسیب‌زا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار
پانزدهم	پیدا کردن راه‌های جدیدی برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی
شانزدهم	تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌ساز و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج‌های درمانی
هفدهم	تصویر سازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار
هیجدهم	تمرین رفتارهای سالم از طریق ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید
نوزدهم	بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم
بیستم	غلبه بر موانع تغییر رفتار

### یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش از شاخص تغییر پایا<sup>۱</sup> (RCI) استفاده شد. شاخص تغییر پایا را اولین بار جاکوبسون<sup>۲</sup> و تراکس<sup>۳</sup> (۱۹۹۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه دادند.

1. Reliable Change Index
2. Jacobson
3. Truax

در این شاخص، نمره پس آزمون از نمره پیش آزمون کم می‌شود و حاصل بر خطای استاندارد تفاوت بین این دو نمره تقسیم می‌شود:

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

برای آنکه شاخص تغییر پایا از نظر آماری معنادار باشد، بایستی نتیجه آن مساوی یا بیشتر از ۱/۹۶ شود. علاوه بر این، برای محاسبه داده‌های حاصل از این پژوهش، از روش معناداری بالینی نیز استفاده گردید. برای بدست آوردن معناداری بالینی از فرمول درصد بهبودی استفاده می‌شود. این فرمول اولین بار توسط بلانچارد<sup>۱</sup> و اسکوارز<sup>۲</sup> به نقل از اوگلز<sup>۳</sup>، لانر<sup>۴</sup> و بونستیل<sup>۵</sup> (۲۰۰۱) برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک موردی ارائه شده است. در این فرمول، نمره پیش آزمون را از نمره پس آزمون کم کرده و حاصل را بر نمره پیش آزمون تقسیم می‌کنند:

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

امروز در پرتو روش‌هایی مثل درصد بهبودی و شاخص پایا، این انتقاد که طرح‌های تجربی تک موردی روش آماری ندارند، وارد نیست (بارلو و هرسن، ۱۹۸۴). ممکن است در اثر مداخله‌ای روانشناختی، نمرات افراد از لحاظ آماری معنادار باشد، ولی از نظر بالینی معنادار نباشد. زمانی می‌توانیم بگوییم مداخله اثر بالینی معنادار است که نمره افراد از نقطه برش پایین بیاید.

نتایج جدول ۳، نشان‌دهنده این است که نمرات پرسشنامه طرح واره یانگ (YSQ) در همه بیماران در روند درمان، از پایان جلسه آخر تا پایان ماه‌های

1. blanchard
2. Schwarz
3. Ogles
4. Lunner
5. Bonesteele

پیگیری کاهش داشته است. درصد بهبودی بیماران از حداقل ۲۱٪ مربوط به بیمار اول تا حداکثر ۵۳٪ مربوط به بیمار چهارم می‌باشد. قوی‌ترین طرح واره‌های ناسازگار اولیه، بیشترین درصد کاهش فعالیت را نسبت به سایر طرح واره‌ها نشان می‌دهند. درصد بهبودی کلی برای تمامی بیماران ۳۵/۶۸ بوده است که بالاترین آن با ۵۳/۴٪ مربوط به بیمار چهارم و کمترین آن با ۲۱/۱٪ مربوط به بیمار اول می‌باشد. روند کاهش فعالیت طرح واره‌های ناسازگار اولیه در ماه‌های پیگیری نیز نسبت به آخرین جلسه درمان، ادامه داشته است، به طوری که ۱۰۰٪ طرح واره‌های بیمار سوم و ۸۲٪ طرح واره‌های بیماران اول، دوم، چهارم و پنجم در ماه‌های پیگیری نسبت به پایان درمان کاهش فعالیت نشان می‌دهند. شاخص تغییر پایا در مورد فعالیت کل طرح واره‌ها در مورد بیماران نشان می‌دهد که کاهش فعالیت طرح واره‌ها در همه آنها از نظر آماری معنادار است ( $RCI \geq 1/96$ ) بنابراین، تغییرات ایجاد شده در همه بیماران نتیجه مداخلات درمانی بوده است.

جدول ۳. شدت فعالیت طرح واره‌های ناسازگار اولیه؛ قبل از درمان،

پس از درمان و پس از ماه‌های پیگیری

نمره کل	خوشین داری	استحقاق	معیارهای سرسختانه	بازداری هیجانی	ایثار	اطاعت	گرفتار	آسیب‌پذیری	وابستگی - بی‌کفایتی	شکست	ناخوشایندی اجتماعی	شرم و نقص	انزوای اجتماعی	بی‌اعتمادی	رهاشدگی	محرومیت عاطفی	
۵۳۴	۴۱	۲۹	۴۴	۲۱	۴۵	۲۶	۲۵	۴۲	۳۸	۲۳	۲۳	۳۰	۲۹	۴۳	۶۰	۱۵	خط پایه
۴۷۸	۳۴	۲۶	۴۹	۲۲	۴۲	۲۲	۲۴	۲۹	۳۰	۱۷	۱۷	۳۳	۲۶	۳۳	۵۸	۱۶	پایان درمان
۴۲۱	۳۲	۲۴	۳۶	۱۸	۳۸	۲۲	۲۴	۲۵	۲۸	۱۷	۱۹	۲۸	۲۰	۲۹	۴۴	۱۷	پایان پیگیری
۲۱/۱۶	۲۱/۴	۱۷/۲	۱۸	۱۴/۲	۱۵/۵	۱۵	۴	۴۰	۲۶/۳	۲۶	۱۷/۳	۶/۶	۳۵	۳۲/۵	۲۶/۶	۱۳/۳	درصد بهبودی
۷/۴۶	۶/۶	۱/۵۴	۱/۰۸	۰/۳۹	۱/۳۳	۰/۹۹	۰/۱۷	۳	۱/۹۶	۱/۶۶	۰/۷	۰/۳۲	۱/۵۰	۳/۳	۳/۹	۰/۲۹	شاخص تغییر پایا
۶۱۲	۳۷	۳۳	۵۶	۳۶	۶۷	۴۱	۲۹	۲۱	۳۱	۲۶	۲۸	۴۶	۴۰	۴۴	۵۵	۲۲	خط پایه

نمبر کل	خوبشنداری	استحقاق	معیارهای سرسختانه	بازداری هیجانی	ایثار	اطاعت	گرفتار	آسپ پذیری	وابستگی - بی کفایتی	شکست	ناخوشبندی اجتماعی	شرم و نقص	انزوای اجتماعی	بی اعتمادی	رهاشدگی	محروریت عاطفی	
۴۲۳	۳۲	۲۶	۴۶	۲۳	۵۶	۲۲	۲۳	۱۹	۲۷	۱۵	۱۴	۲۳	۱۳	۲۶	۳۲	۲۶	پایان درمان
۳۶۹	۲۹	۲۲	۴۴	۱۷	۳۸	۱۹	۲۲	۱۹	۲۵	۱۴	۱۴	۲۲	۱۴	۳۲	۲۷	۱۲	پایان پیگیری
۳۹/۷	۲۱/۶	۳۳/۳	۲۱/۴	۵۲/۷	۴۳/۲	۵۳/۶	۲۴/۱	۹/۵	۱۹/۳	۴۶/۱	۵۳/۵	۵۲/۱	۶۵	۲۷/۲	۵۰/۹	۴۵/۴	درصد بهبودی
۱۶	۵/۸	۳/۳	۱/۶۲	۲/۵	۷/۱۸	۵/۴	۱/۱۹	۰/۳	۸۱/۱۷	۳/۳	۲/۹	۳/۸۵	۴/۳	۲/۸	۶/۹	۱/۴۹	شاخص تغییر مانا
۵۰۲	۳۸	۲۷	۳۴	۱۸	۵۳	۲۴	۲۳	۲۱	۳۰	۲۶	۲۲	۲۵	۲۲	۳۲	۶۷	۴۰	خط پایه
۴۹۵	۳۷	۲۹	۳۶	۱۵	۵۷	۲۷	۳۱	۲۰	۳۵	۲۲	۲۴	۳۳	۱۹	۲۷	۶۹	۲۴	پایان درمان
۳۵۹	۳۳	۲۴	۲۷	۱۱	۴۱	۱۱	۱۶	۱۷	۲۳	۱۵	۱۷	۲۴	۱۲	۲۴	۴۶	۱۸	پایان پیگیری
۲۸/۴	۱۳/۱	۱۱/۱	۲۰/۵	۳۸/۸	۲۲/۶	۵۴/۱	۳۰/۴	۱۹	۲۳/۳	۴۲/۳	۲۲/۷	۴	۴۵/۴	۲۵	۳۱/۳	۵۵	درصد بهبودی
۹/۴	۳/۶	۰/۹۲	۰/۹۴	۰/۹۲	۲/۹	۳/۲	۱/۱۹	۰/۷	۱/۵۸	۳/۰۴	۰/۹۹	۰/۱۶	۱/۶۷	۱/۹۱	۵/۲	۳/۲	شاخص تغییر مانا
۶۷۲	۳۶	۳۸	۶۸	۴۸	۴۸	۲۶	۵۰	۴۱	۳۹	۴۰	۴۱	۵۴	۵۲	۴۹	۶۴	۹	خط پایه
۳۸۳	۲۴	۱۶	۳۴	۲۲	۴۳	۲۵	۲۷	۲۳	۲۵	۱۶	۱۹	۲۲	۱۹	۲۳	۳۵	۱۰	پایان درمان
۳۱۳	۱۷	۱۵	۲۹	۱۲	۳۱	۱۴	۲۸	۱۶	۲۹	۱۲	۱۵	۲۰	۱۱	۲۵	۳۰	۹	پایان پیگیری
۵۳/۴	۵۲/۷	۶۰/۵	۵۷/۳	۷۵	۳۵/۴	۴۶/۱	۴۴	۶۰	۲۵/۶	۷۰	۸۷/۸	۶۲/۹	۷۸/۸	۴۸/۹	۵۳/۱	۰	درصد بهبودی
۲۳/۷	۱۳/۹	۷	۵/۲	۴/۷	۴/۲	۲/۹	۳/۷	۴/۴	۱/۹۶	۷/۷	۵/۵	۵/۴	۶/۸	۵/۷	۸/۴	۰	شاخص تغییر مانا

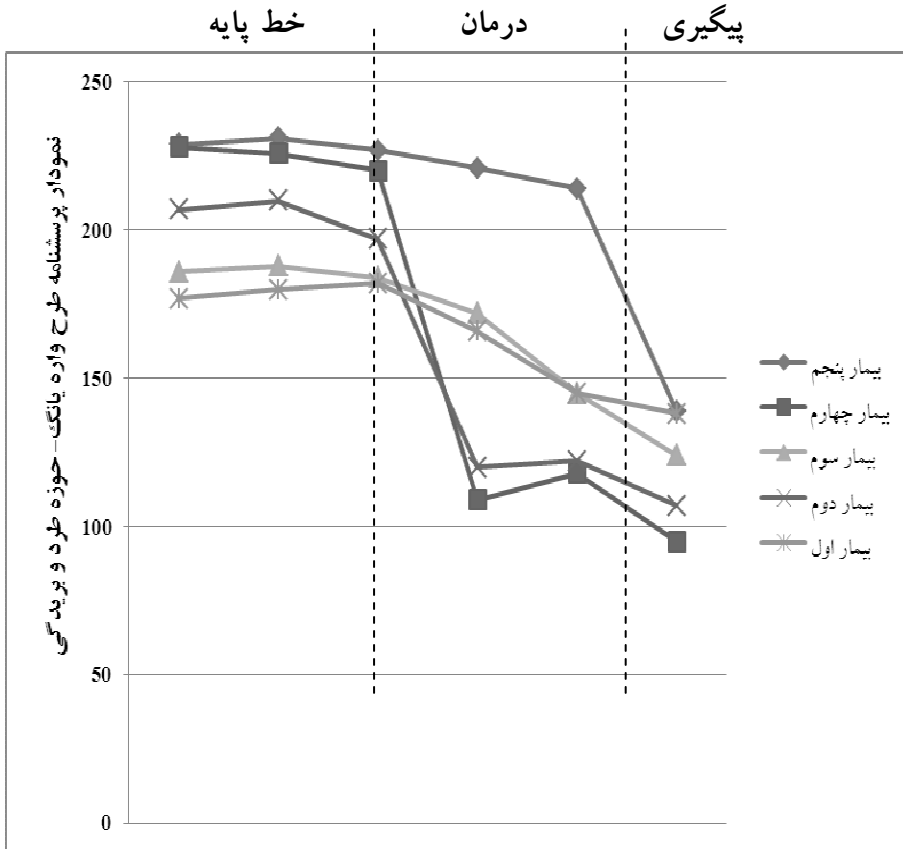
نمبره کل	خوشین داری	استحقاق	معیارهای سرسختانه	بازداری هیجانی	اثر	اطاعت	گرفتار	آسیب پذیری	وابستگی - بی کفایتی	شکست	ناخوشایندی اجتماعی	شرم و نقص	انزوای اجتماعی	بی اعتمادی	رهاندگی	محروریت عاطفی	بیمار پنجم	
																	خط پایه	پایان درمان
۶۶۱	۴۳	۲۴	۴۰	۳۹	۵۷	۲۷	۳۸	۴۱	۵۶	۳۰	۳۷	۳۱	۲۹	۵۴	۷۷	۳۸	خط پایه	
																	پایان درمان	
۵۴۴	۳۸	۲۴	۳۲	۲۶	۴۰	۲۲	۲۹	۳۳	۳۶	۱۹	۲۴	۳۵	۲۹	۳۹	۸۱	۳۷	پایان پیگیری	
۴۲۴	۳۳	۲۰	۳۴	۲۳	۴۰	۲۱	۲۵	۲۰	۲۹	۱۶	۲۴	۲۸	۲۲	۳۱	۴۳	۱۵	درصد بهبودی	
۳۵/۸	۲۳/۲	۱۶/۶	۱۵	۴۱	۲۹/۸	۲۲/۲	۳۴/۲	۵۱	۴۸/۲	۴۶/۶	۳۵/۱	۹/۶	۲۴/۱	۴۲/۵	۴۴/۱	۶۰/۵	شاخص تغییر	
۱۵/۶	۷/۳	۱/۲۳	۰/۸۱	۲/۱۱	۴/۲	۱/۴۹	۲/۲	۳/۷	۵/۲	۳/۸	۲/۵۷	۰/۴۸	۱/۱۷	۵/۵	۸/۴	۳/۴	پایا	

همانطور که قبلاً متذکر شدیم، پرسشنامه طرح واره یانگ دارای پنج حوزه طرح واره است. جداول ۴ الی ۸ نتایج بدست آمده از بیماران را در این پنج حوزه در خط پایه، جلسات درمان و ماههای پیگیری نشان می دهند.

جدول ۴. نمرات بیماران در پرسشنامه طرح واره یانگ (YSQ)، حوزه طرد و بریدگی

بیماران						زمان اجرا
بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم		
۱۷۷	۲۰۷	۱۸۶	۲۲۸	۲۲۹	خط پایه	
۱۸۰	۲۱۰	۱۸۸	۲۲۶	۲۳۱	خط پایه	
۱۸۲	۱۹۷	۱۸۴	۲۲۰	۲۲۷	جلسه اول درمان	
۱۶۶	۱۲۰	۱۷۲	۱۰۹	۲۲۱	جلسه آخر درمان	
۶/۲۱	۴۲	۷/۵۲	۵۲/۱۹	۳/۴۹	درصد بهبودی	
		۲۲/۲۸			درصد بهبودی کلی	
۱۴۵	۱۲۲	۱۴۵	۱۱۸	۲۱۴	ماه اول پیگیری	
۱۳۸	۱۰۷	۱۲۴	۹۵	۱۳۹	ماه دوم پیگیری	
۲۲	۴۸/۳	۳۱/۷	۵۸/۳	۳۹/۳	درصد بهبودی	
		۳۹/۹۲			درصد بهبودی کلی	





نمودار ۱. سیر نمرات بیماران در پرسشنامه طرح واره یانگ (Ysq) - حوزه طرد و بریدگی

ویژگی حوزه بریدگی و طرد این است که نیازهای فرد برای امنیت، ثبات، محبت، همدلی، در میان گذاشتن احساسات، پذیرش و احترام به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی ارضاء نخواهند شد. طرح واره‌های این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آیند که بی‌عاطفه، سرد، مضایقه‌گر، منزوی، تند خو، غیر قابل پیش‌بینی یا بد رفتار هستند. نتایج جدول ۴ و نمودار ۱ نشان می‌دهند که همه بیماران در حوزه طرد و بریدگی روند بهبودی را طی نموده‌اند. بیشترین کاهش فعالیت طرح واره‌های ناسازگار در این حوزه در پایان جلسات درمان مربوط است به بیمار چهارم با ۵۲٪ بهبودی و کمترین میزان با ۳٪ بهبودی به بیمار پنجم تعلق دارد. بهبودی کلی

در پایان جلسات درمان در این حوزه ۲/۲۲٪ است که روند بهبودی در ماه‌های پیگیری ادامه داشته و به ۹/۳۹ رسیده است. بیشترین درصد افزایش بهبودی در این حوزه در ماه‌های پیگیری نسبت به آخرین جلسه درمان با ۳۶٪ افزایش به بیمار پنجم تعلق دارد که از ۳٪ بهبودی در پایان جلسات درمان به ۳۹٪ بهبودی در پایان ماه‌های پیگیری افزایش یافته است. با این حال بالاترین درصد بهبودی در ماه‌های پیگیری مانند آخرین جلسه درمان به بیمار چهارم تعلق دارد.

جدول ۵. نمرات بیماران در پرسشنامه طرح واره یانگ (YSQ)؛ حوزه خودگردانی و عملکرد مختل

بیماران					زمان اجرا
بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم	
۱۵۱	۱۳۵	۱۳۲	۲۱۱	۲۰۲	خط پایه
۱۵۰	۱۳۷	۱۳۸	۲۰۸	۲۰۲	خط پایه
۱۳۶	۱۳۲	۱۳۴	۲۰۰	۱۹۶	جلسه اول درمان
۱۱۷	۹۸	۱۳۲	۱۱۰	۱۱۷	جلسه آخر درمان
۲۲/۵۱	۲۷/۴۰	۰	۴۷/۸۶	۴۲/۰۷	درصد بهبودی
		۲۷/۹۶			درصد بهبودی کلی
۱۱۷	۱۱۲	۱۰۷	۱۱۲	۱۴۲	ماه اول پیگیری
۱۲۳	۹۳	۸۸	۹۰	۱۱۴	ماه دوم پیگیری
۲۵/۱۶	۳۱/۱۱	۳۳/۳۳	۵۷/۳۴	۴۳/۵۶	درصد بهبودی
		۳۸/۱			درصد بهبودی کلی



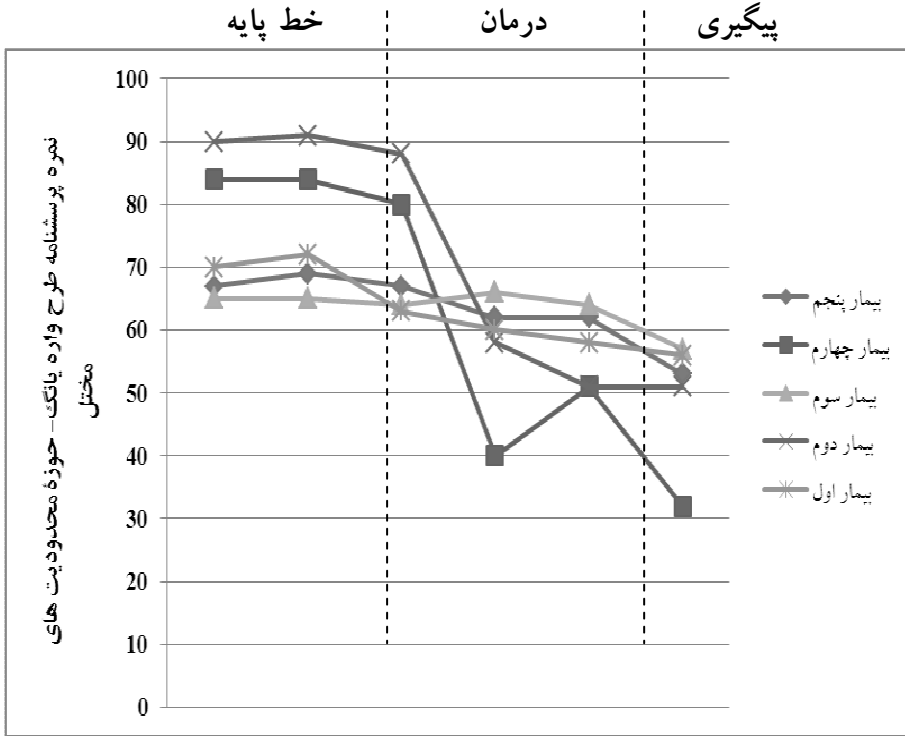
نمودار ۲. سیر نمرات بیماران در پرسشنامه طرح واره یانگ (YSQ) - حوزه خودگردانی و عملکرد مختل

ویژگی حوزه خودگردانی و عملکرد مختل این است که انتظاراتی که فرد از خود و محیط دارد با توانایی‌های محسوس او برای جدایی، بقاء و عملکرد مستقل یا انجام موفقیت آمیز کارها تداخل می‌کند. طرح واره‌های این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آیند که اعتماد به نفس کودک را کاهش می‌دهند، گرفتارند، بیش از حد از کودک محافظت می‌کنند یا اینکه نتوانسته‌اند کودک را به انجام کارهای بیرون از خانواده تشویق کنند. نتایج جدول ۵ و نمودار ۲ حاکی از آنند که درصد بهبودی کلی در پایان جلسات درمان در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل ۲۷/۹۶٪ است. بیمار چهارم با ۴۷٪ بهبودی در پایان جلسات درمان بیشترین کاهش را در فعالیت طرح واره‌های ناسازگار اولیه این حوزه داشته است و بیمار سوم هیچ گونه تغییری در این دوره نشان نداده است. در پایان ماه‌های پیگیری، درصد بهبودی کلی به ۳۸/۱٪ رسیده است که نسبت به

پایان جلسات درمان افزایش نشان می‌دهد و این نشان‌دهنده این است که روند بهبودی در ماه‌های پیگیری ادامه داشته است. بیشترین افزایش درصد بهبودی متعلق به بیمار سوم است که در پایان جلسات درمان هیچ تغییری در این حوزه نسبت به خط پایه نداشته است، اما در پایان ماه‌های پیگیری ۳/۳۳٪ بهبودی در این حوزه را نشان می‌دهد. با این حال بالاترین درصد بهبودی در پایان ماه‌های پیگیری در حوزه خودگردانی و عملکرد مختل مربوط به بیمار چهارم است.

جدول ۶. نمرات بیماران در پرسشنامه طرح واره یانگ (YSQ) حوزه محدودیت‌های مختل

بیماران		زمان اجرا				
		بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم
خط پایه		۷۰	۹۰	۶۵	۸۴	۶۷
خط پایه		۷۲	۹۱	۶۵	۸۴	۶۹
جلسه اول درمان		۶۳	۸۸	۶۴	۸۰	۶۷
جلسه آخر درمان		۶۰	۵۸	۶۶	۴۰	۶۲
درصد بهبودی		۱۴/۲۸	۳۵/۵۵	-۱/۵	۵۲/۳۸	۷/۴۶
درصد بهبودی کلی				۲۱/۶۳		
ماه اول پیگیری		۵۸	۵۱	۶۴	۵۱	۶۲
ماه دوم پیگیری		۵۶	۵۱	۵۷	۳۲	۵۳
درصد بهبودی		۲۰	۴۳/۳	۱۲/۳	۶۱/۹	۲۰/۸
درصد بهبودی کلی				۳۱/۶۶		



نمودار ۳. سیر نمرات بیماران در پرسشنامه طرح واره یانگ (YSQ) - حوزه محدودیت‌های مختل

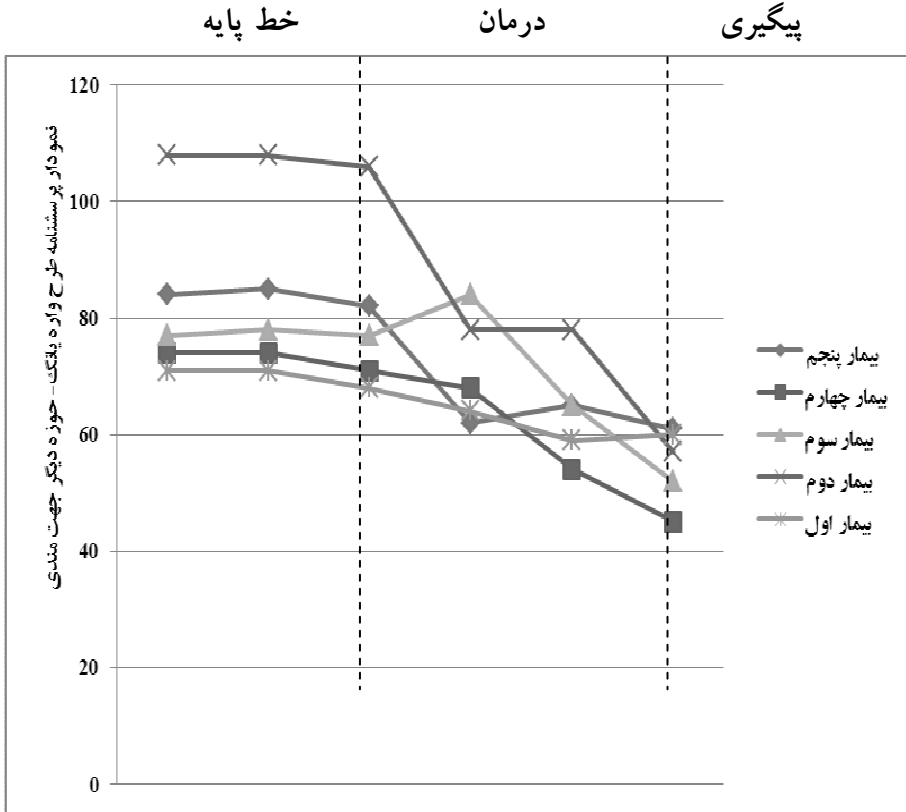
ویژگی حوزه محدودیت‌های مختل نقص در محدودیت‌های بدنی، احساس مسئولیت در قبال دیگران یا جهت‌گیری نسبت به اهداف بلند مدت زندگی است. طرح واره‌های این حوزه منجر به بروز مشکلاتی در رابطه با رعایت حقوق دیگران، همکاری با دیگران، تعهد با هدف‌گزینی و رسیدن به اهداف واقع‌بینانه می‌شوند. طرح‌واره‌های این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آیند که به جای انضباط، مواجهه مناسب، محدودیت‌های منطقی، مسئولیت‌پذیری، همکاری متقابل و هدف‌گزینی؛ وجه مشخصه آن‌ها، سهل‌انگاری افراطی، سردرگمی، یا حس برتری است. در برخی موارد کودک ممکن است نتواند ناراحتی عادی معمولی را تحمل کند یا این که ممکن است هدایت جهت‌مندی و راهنمایی کافی دریافت نکرده باشد.

نتایج جدول ۶ و نمودار ۳ نشان می‌دهند که درصد بهبودی کلی در حوزه

محدودیت‌های مختل در پایان جلسات درمان ۲۱/۶۳٪ بوده است. بالاترین درصد بهبودی در این زمان مربوط به بیمار چهارم با ۵۲٪ بهبودی است و بیمار سوم با توجه به امتیازات خط پایه، در این حوزه علاوه بر اینکه بهبودی حاصل نکرده است، فعالیت طرح واره‌های ناسازگارش در این حوزه بیشتر نیز شده است. روند بهبودی در ماه‌های پیگیری در حوزه محدودیت‌های مختل ادامه داشته بطوری که به ۳۱/۶۶٪ در پایان ماه‌های پیگیری رسیده است. همه بیماران روند بهبودی قابل ملاحظه‌ای را در ماه‌های پیگیری طی کرده‌اند. بیشترین افزایش درصد بهبودی مربوط به بیمار سوم است که در پایان جلسات درمان بهبودی منفی نشان داده است، اما در پایان ماه‌های پیگیری ۱۲/۳٪ بهبودی نشان می‌دهد. بالاترین درصد بهبودی در این حوزه در پایان ماه‌های پیگیری، همانند پایان جلسات درمان متعلق به بیمار چهارم با ۶۱/۹٪ می‌باشد.

جدول ۷. نمرات بیماران در پرسشنامه طرح‌واره بانگ (YSQ)؛ حوزه دیگر جهت‌مندی

بیماران					زمان اجرا
بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم	
۷۱	۱۰۸	۷۷	۷۴	۸۴	خط پایه
۷۱	۱۰۸	۷۸	۷۴	۸۵	خط پایه
۶۷	۱۰۶	۷۷	۷۱	۸۲	جلسه اول درمان
۶۴	۷۸	۸۴	۶۸	۶۲	جلسه آخر درمان
۹/۸۵	۲۷/۷۷	-۹	۸/۸۲	۲۶/۱۹	درصد بهبودی
		۱۲/۵۸			درصد بهبودی کلی
۵۹	۷۸	۶۵	۵۴	۶۵	ماه اول پیگیری
۶۰	۵۷	۵۲	۴۵	۶۱	ماه دوم پیگیری
۱۵/۴	۴۷/۲	۳۲/۴	۳۹/۱	۲۷/۳	درصد بهبودی
		۳۲/۲۸			درصد بهبودی کلی



نمودار ۴. سیر نمرات بیماران در پرسشنامه طرح واره یانگ (YSQ)؛ حوزه دیگر جهت مندی

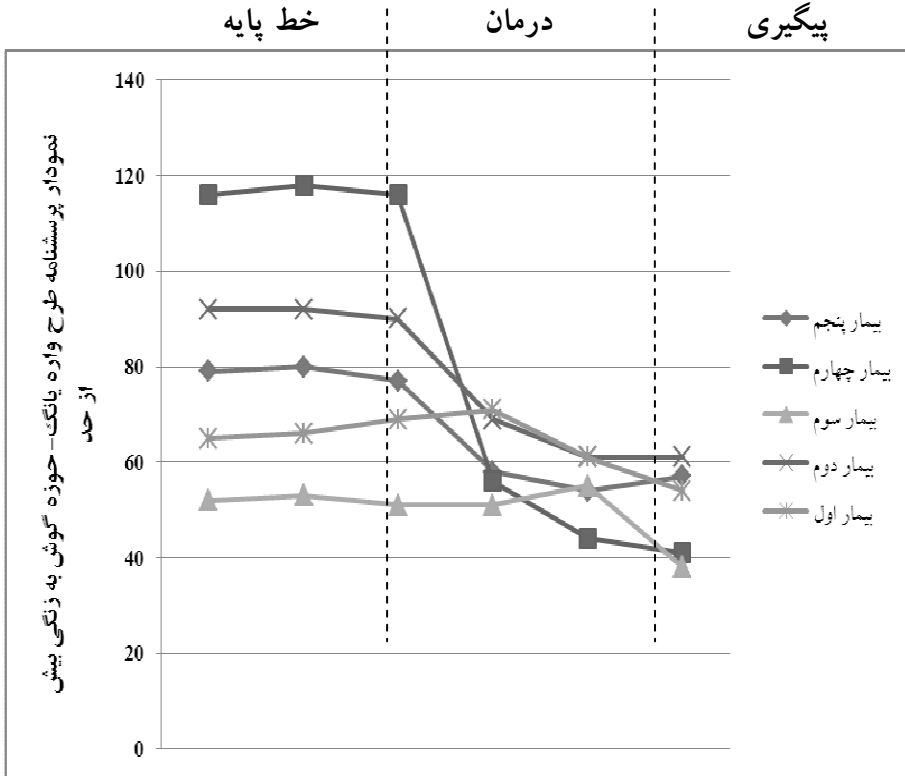
ویژگی حوزه دیگر جهت مندی تمرکز افراطی بر تمایلات، احساسات و پاسخ‌های دیگران به گونه‌ای که نیازهای خود فرد نادیده گرفته می‌شود. این کار به منظور دریافت عشق و پذیرش، تداوم و ارتباط با دیگران یا اجتناب از انتقام و تلافی صورت می‌گیرد. در این طرح واره‌ها، فرد معمولاً هیجانات و تمایلات طبیعی خود را واپس می‌زند و نسبت به آن‌ها ناآگاه است. طرح واره‌های این حوزه به طور معمول در خانواده‌هایی به وجود می‌آیند که کودک را با قید و شرط پذیرفته‌اند. کودک به منظور دستیابی به توجه، عشق و پذیرش دیگران باید جنبه‌های مهم شخصیت خود را نادیده بگیرد. در بسیاری از این خانواده‌ها، نیازها و تمایلات هیجانی والدین و منزلت اجتماعی، در مقایسه با نیازها و احساسات کودک، ارزش بیشتری دارند. نتایج جدول ۷ و نمودار ۴ نشان‌دهنده

این است که بهبودی کلی در پایان جلسات درمان ۱۲/۵۸٪ بوده است. بیمار دوم با ۲۷٪ و بیمار پنجم با ۲۶٪ بیشترین بهبودی را در این زمان داشته‌اند و بیمار سوم نسبت به خط پایه بدتر شده و طرح‌واره‌های ناسازگار این حوزه فعالیت بیشتری را در مورد او نشان داده‌اند. درصد بهبودی کلی در پایان ماه‌های پیگیری نشان می‌دهد، روند بهبودی در ماه‌های پیگیری بسیار چشمگیر بوده، بطوری که به ۳۲/۲۸٪ رسیده است. بیشترین افزایش درصد بهبودی را در ماه‌های پیگیری بیمار سوم نشان می‌دهد که بهبودی اش با ۴۱٪ افزایش نسبت به پایان جلسات درمان، در ماه‌های پیگیری به ۳۲٪ رسیده است. بیمار چهارم نیز روند بهبودی بسیار خوبی نشان می‌دهد، بطوری که بهبودی اش با ۳۰٪ افزایش نسبت به پایان جلسات درمان، در ماه‌های پیگیری به ۳۹٪ رسیده است. بالاترین درصد بهبودی در حوزه دیگر جهت مندی در پایان ماه‌های پیگیری به بیمار دوم با ۴۷/۲٪ بهبودی تعلق دارد.

جدول ۸. نمرات بیماران در پرسشنامه طرح‌واره یانگ (YSQ)؛ حوزه گوش به زنگی بیش از حد

بیماران					زمان اجرا
بیمار اول	بیمار دوم	بیمار سوم	بیمار چهارم	بیمار پنجم	
۶۵	۹۲	۵۲	۱۱۶	۷۹	خط پایه
۶۶	۹۲	۵۳	۱۱۸	۸۰	خط پایه
۶۹	۹۰	۵۱	۱۱۶	۷۷	جلسه اول درمان
۷۱	۶۹	۵۱	۵۶	۵۸	جلسه آخر درمان
-۹/۲	۲۵	۱/۹۶	۵۱/۷۲	۲۶/۵۸	درصد بهبودی
		۱۹/۲۰			درصد بهبودی کلی
۶۱	۶۱	۵۵	۴۴	۵۴	ماه اول پیگیری
۵۴	۶۱	۳۸	۴۱	۵۷	ماه دوم پیگیری
۱۶/۹	۳۳/۶	۲۶/۹	۶۴/۶	۲۷/۸	درصد بهبودی
		۳۳/۹۶			درصد بهبودی کلی





نمودار ۵. سیر نمرات بیماران در پرسشنامه طرح واره یانگ (YSD)؛ حوزه گوش به زنگی بیش از حد

ویژگی حوزه گوش به زنگی بیش از حد تأکید افراطی بر واپس زنی احساسات، تکانها و انتخابهای خودانگیخته فرد یا برآورده ساختن قواعد و انتظارات انعطاف ناپذیر و درونی شده درباره عملکرد و رفتار اخلاقی است که اغلب منجر به از بین رفتن خوشحالی، ابراز عقیده، آرامش خاطر، روابط نزدیک و سلامتی می شود. طرح واره های این حوزه به طور معمول در خانواده هایی به وجود می آیند که در آنها عصبانیت، توقع و گاهی اوقات تنبیه مشاهده می شود: در این خانواده ها، بر عملکرد عالی، بی نقص گرایی، وظیفه شناسی، پیروی از قوانین، پنهان سازی هیجان ها، اجتناب از اشتباه تأکید می شود، در عین حال که به لذت، خوشحالی و آرامش اهمیت چندانی داده نمی شود. معمولاً در چنین افرادی تمایلی نهفته نسبت به بدبینی و نگرانی وجود دارد، بدیت صورت که اگر

افراد نتوانند در تمام اوقات گوش به زنگ باشند، همه چیز از هم می‌پاشد. نتایج جدول ۸ و نمودار ۵ حاکی از آن هستند که همه بیماران به جز بیمار اول، در پایان جلسات درمان روند بهبودی نسبتاً خوبی را نشان می‌دهند. طرح واره‌های ناسازگار بیمار اول در این حوزه، در پایان جلسات درمان نسبت به خط پایه فعالیت بیشتری نشان می‌دهند و بیمار سوم نیز با  $1/9$  درصد بهبودی پایین‌ترین درصد بهبودی را پس از بیمار اول داشته است. بالاترین درصد بهبودی در این زمان، مربوط به بیمار چهارم با  $51/72\%$  بهبودی است. درصد بهبودی کلی در پایان جلسات درمان  $19/20\%$  می‌باشد که این روند در ماه‌های پیگیری ادامه داشته است، به طوری که در پایان ماه‌های پیگیری درصد بهبودی کلی به رقم  $33/96\%$  رسیده است. بیشترین افزایش درصد بهبودی در ماه‌های پیگیری نسبت به پایان جلسات درمان را بیمار اول داشته است که بهبودی اش با  $27\%$  افزایش نسبت به پایان جلسات درمان، در ماه‌های پیگیری به  $16/9\%$  رسیده است و بعد از آن بیمار سوم با  $25\%$  افزایش نسبت به پایان جلسات درمان، بهبودی اش در ماه‌های پیگیری به  $26/9\%$  رسیده است. بالاترین درصد بهبودی در حوزه گوش به زنگی بیش از حد با  $64/6\%$  بهبودی، مربوط به بیمار چهارم می‌باشد.

جدول ۹. درصد بهبودی در حوزه‌های طرح واره پس از درمان و پس از ماه‌های پیگیری

کل حوزه‌ها		حوزه گوش به زنگی		حوزه دیگر جهت مندی		حوزه محدودیت‌های مختل		حوزه عملکرد مختل		حوزه طرد و بریدگی		حوزه‌ها بیماران
درصد بهبودی در ماه‌های پیگیری	درصد بهبودی در پایان درمان	درصد بهبودی در ماه‌های پیگیری	درصد بهبودی در پایان درمان	درصد بهبودی در ماه‌های پیگیری	درصد بهبودی در پایان درمان	درصد بهبودی در ماه‌های پیگیری	درصد بهبودی در پایان درمان	درصد بهبودی در ماه‌های پیگیری	درصد بهبودی در پایان درمان	درصد بهبودی در ماه‌های پیگیری	درصد بهبودی در پایان درمان	
۱۹/۹	۸/۷	۱۶/۹	-۹/۲	۱۵/۴	۹/۸	۲۰	۱۴/۲	۲۵/۱	۲۲/۵	۲۲	۶/۲	بیمار اول
۴۰/۷	۳۱/۵	۳۳/۶	۲۵	۴۷/۲	۲۷/۷	۴۳/۳	۳۵/۵	۳۱/۱	۲۷/۴	۴۸/۳	۴۲	بیمار دوم
۲۷/۳	۰	۲۶/۹	۱/۹۶	۳۲/۴	-۹	۱۲/۳	-۱/۵	۳۳/۳	۰	۳۱/۷	۷/۵	بیمار سوم
۵۶/۲	۴۲/۲	۶۴/۶	۵۱/۷	۳۹/۱	۸/۱	۶۱/۹	۵۲/۳	۵۷/۳	۴۷/۸	۵۸/۳	۵۲/۱	بیمار چهارم
۳۱/۷	۲۱	۲۷/۸	۲۶/۵	۲۷/۳	۲۶/۱	۲۰/۸	۷/۴	۴۳/۵	۴۲	۳۹/۳	۳/۴۹	بیمار پنجم
۳۵/۶	۲۰/۵	۳۳/۹	۱۹/۲	۳۲/۲	۱۲/۵	۳۱/۶	۲۱/۶	۳۸/۱	۲۷/۹	۳۹/۹	۲۲/۲	درصد بهبودی کلی

نتایج جدول ۹ نشان می‌دهد که بهبودی کلی بیماران در تمامی حوزه‌ها ۳۵/۶٪ بوده است. بالاترین درصد بهبودی کلی در پایان جلسات درمان با ۲۷/۹۶٪ مربوط به حوزه خودگردانی و عملکرد مختل می‌باشد و حوزه‌های طرد و بریدگی با ۲۲/۲۸٪، حوزه محدودیت‌های مختل با ۱۶/۶۳٪، حوزه گوش به زنگی بیش از حد با ۱۹/۲۰٪ و حوزه دیگر جهت مندی با ۱۲/۵۸٪ به ترتیب حائز بیشترین تا کمترین درصد بهبودی در پایان جلسات درمان می‌باشند. تمامی حوزه‌ها در پایان ماه‌های پیگیری در مقایسه با پایان جلسات درمان روند بهبودی رو به رشدی داشته‌اند. بطوری که حوزه دیگر جهت مندی با ۲۰٪ افزایش نسبت

به پایان جلسات درمان، بالاترین درصد افزایش بهبودی را در بین حوزه‌های طرح‌واره‌ها داشته است. پس از آن حوزه طرد و بریدگی با ۱۷٪ افزایش نسبت به پایان جلسات درمان، بالاترین درصد افزایش بهبودی را در بین حوزه‌ها نشان می‌دهد. با این حال بالاترین درصد بهبودی کلی در پایان ماه‌های پیگیری با ۳۹/۹۲٪ مربوط به حوزه طرد و بریدگی است.

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرح‌واره درمانی در کاهش فعالیت طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. هسته اصلی اختلالات مزمن محور یک و مشکلات منش شناختی، طرح‌واره‌ها هستند که در دوران کودکی شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تداوم دارند و به شدت ناکارآمدند. هدف‌نهایی طرح‌واره درمانی، بهبود طرح‌واره است. از آنجایی که طرح‌واره، مجموعه‌ای از خاطرات، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و شناخت واره‌هاست، بهبود طرح‌واره به کاهش تمام این موارد مربوط می‌شود. همانطور که طرح‌واره بهبود می‌یابد، شدت و تعداد دفعات فعال شدن آن به طور قابل توجهی کاهش پیدا می‌کند. با این حال اگر طرح‌واره فعال شود، بیمار درماندگی کمتری تجربه می‌کند و خیلی سریع به حالت عادی باز می‌گردد. اغلب روند بهبود طرح‌واره، دشوار و طولانی است. طرح‌واره‌ها به سختی تغییر می‌کنند، چون عمیقاً باورهای فرد راجع به خودش و محیط پیرامونش گره خورده‌اند. بهبود طرح‌واره نیازمند داشتن اراده‌ای قوی برای جنگیدن با طرح‌واره‌هاست. این کار نیاز به تمرین فراوان و انضباط دقیق دارد. طرح‌واره‌ها هرگز از بین نمی‌روند، در عوض وقتی که بهبود پیدا کنند، از میزان فعال شدن و شدت عاطفه همراه آن‌ها کاسته می‌شود. همچنین زمان فعال سازی آن‌ها در ذهن نیز زیاد به طول نمی‌انجامد. بهبود طرح‌واره‌ها، یکسری تغییرات رفتاری به دنبال خواهند داشت و بیماران به محرک‌های برانگیزاننده طرح‌واره به شیوه‌ای سالم پاسخ می‌دهند و نگرش آن‌ها نسبت به خودشان و محیط اطرافشان مثبت‌تر می‌شود. نگاهی به وضعیت بیماران در این پژوهش نشان می‌دهد که تمامی آنها

روند بهبود طرح واره‌ها را طی نموده‌اند. نتایج، حاکی از کاهش چشمگیر فعالیت طرح واره‌ها در فرایند درمان است. تمامی بیماران در هر پنج حوزه‌ی طرح واره و تقریباً در تمامی طرح واره‌ها کاهش فعالیت داشته‌اند.

شاخص تغییر پایا در مورد طرح واره‌های ناسازگار بیمار اول نشان می‌دهد که کاهش در شدت فعالیت ۵ طرح واره از طرح واره‌های ناسازگار اولیه از این بیمار از نظر آماری معنادار است ( $RCI \geq 1/96$ ). نتایج در مرحله پیگیری نیز نشان می‌دهد که نمرات طرح واره‌های رهاشدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، معیارهای سرسختانه و بازداری هیجانی که در فرآیند درمان فعال تشخیص داده شده بودند، به زیر خط برش رسیده است، لذا بهبود این بیمار به لحاظ بالینی نیز در این طرح واره‌ها معنادار است.

تمامی طرح واره‌های ناسازگار اولیه بیمار دوم و سوم و پنجم در روند درمان کاهش فعالیت نشان می‌دهند. شاخص تغییر پایا در مورد طرح واره‌های ناسازگار بیمار دوم نشان می‌دهد که کاهش شدت فعالیت در ۱۱ طرح واره از طرح واره‌های ناسازگار اولیه این بیمار از نظر آماری معنادار است ( $RCI \geq 1/96$ ). نتایج در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که نمرات طرح واره‌های رهاشدگی، انزوای اجتماعی، شرم/نقص، ناخوشایندی اجتماعی، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی و معیارهای سرسختانه نسبت به خط پایه از نقطه برش پایین‌تر آمده است، لذا بهبود در این طرح واره‌ها به لحاظ بالینی نیز معنادار است.

شاخص تغییر پایا در مورد طرح واره‌های ناسازگار بیمار سوم نشان می‌دهد که کاهش شدت فعالیت در ۶ طرح واره از طرح واره‌های این بیمار از نظر آماری معنادار است ( $RCI \geq 1/96$ ). نتایج در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که نمرات طرح واره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، شکست و ایثار که قبل از شروع درمان فعال تشخیص داده بودند، به زیر خط برش کاهش داشته است. بنابراین، بهبود در این طرح واره‌ها نیز به لحاظ بالینی معنادار است. شاخص تغییر پایا در مورد بیمار پنجم در طرح واره‌های ناسازگار اولیه نشان می‌دهد که کاهش فعالیت در ۱۱ طرح واره از لحاظ آماری معنادار است ( $RCI \geq 1/96$ ). نتایج این بیمار در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که نمرات طرح واره‌های محرومیت هیجانی،

رهاشده‌گی، بی‌اعتمادی، ناخوشایندی اجتماعی، شکست، وابستگی / بی‌کفایتی، گرفتار، ایثار و بازداری هیجانی از نقطه برش پایین‌تر آمده و بنابراین بهبود در این طرح واره‌ها از لحاظ بالینی نیز معنادار است.

بیمار چهارم با ۵۳٪ بهبودی کلی بالاترین درصد بهبودی را در بین بیماران دارد. بجز طرح واره محرومیت هیجانی که تغییری در فعالیت نشان نمی‌دهد، سایر طرح واره‌های ناسازگار اولیه این بیمار کاهش فعالیت چشمگیری را نشان می‌دهند. شاخص تغییر پایا در مورد طرح واره‌های ناسازگار اولیه این بیمار نشان می‌دهد که کاهش در شدت فعالیت ۱۵ طرح واره از طرح واره‌های ناسازگار اولیه، از نظر آماری معنادار است ( $RCI \geq 1/96$ ). نتایج بیمار چهارم در مرحله پیگیری نشان می‌دهد که نمرات طرح واره‌های رهاشده‌گی، انزوای اجتماعی، شرم / نقص، ناخوشایندی اجتماعی، شکست، گرفتار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و استحقاق از نقطه برش پایین‌تر آمده و لذا بهبود در این طرح واره‌ها از لحاظ بالینی نیز معنادار است.

هر پنج بیمار در حوزه طرد و بریدگی طرح‌واره‌ی فعال داشتند. این نتایج، با تحقیقات پیتو- گاویا و همکارانش (۲۰۰۶) که معتقد بودند مبتلایان به SAD و مبتلایان به دیگر اختلالات اضطرابی را حوزه‌ی طرد و بریدگی از هم جدا می‌کند، همسو است. حوزه طرد و بریدگی اشاره دارد به خانواده‌هایی که بی‌عاطفه، سرد، مضایقه‌گر، منزوی، تندخو، غیرقابل پیش‌بینی و یا بدرفتار هستند (یانگ، ۲۰۰۳). هر پنج بیمار طرح واره‌ی رهاشده‌گی / بی‌ثباتی فعالی داشتند که این نتایج با نتایج پیتو- گاویا و همکارانش (۲۰۰۶) که این طرح واره را بی‌ارتباط با اضطراب اجتماعی می‌دانستند، مغایرت دارد. بی‌ثباتی و بی‌اعتمادی نسبت به دریافت محبت و برقراری ارتباط با اطرافیان، به نحوی که فرد احساس می‌کند افراد مهم زندگی‌اش نمی‌توانند حمایت عاطفی لازم را از او به عمل آورند، از ویژگی‌های طرح واره‌ی رهاشده‌گی / بی‌ثباتی است. جدایی از خانواده، جدایی از والدین و بیماری‌های شدید در خانواده می‌تواند بعنوان تجربیات آسیب‌زای دوران کودکی (باندلو و همکاران، ۲۰۰۴) در توسعه اضطراب اجتماعی نقش داشته باشد.

تاریخچه خانوادگی این بیماران تأییدکننده این مطلب است که جدایی از خانواده

به دلایل درسی (برای بیمار سوم و پنجم) و به دلیل فوت والدین در ایام کودکی (برای بیمار دوم) و به دلیل بیماری صعب العلاج و دوری والدین از خانواده (برای بیمار چهارم) می‌تواند در ایجاد و تداوم اضطراب اجتماعی آنها نقش داشته باشد. طرح واره بی‌اعتمادی/ بدرفتاری فقط در یک بیمار (بیمار پنجم) فعال بود و در سایر بیماران فعالیت زیادی نداشت و این نیز با نتایج پیتسو-گایا و همکارانش (۲۰۰۶) مغایرت دارد که این طرح واره را از طرح‌واره‌های با اهمیت در اضطراب اجتماعی می‌دانستند. در هیچ یک از بیماران طرح‌واره‌ی خویشتن داری- خود انضباطی ناکافی فعال نبود. به عبارتی همه بیماران در تحمل ناکامی‌ها خویشتن‌دار بودند و در جلوگیری از بیان هیجان‌ها و تکانه‌ها احساس ناتوانی نمی‌کردند. افرادی که دارای این طرح واره هستند معمولاً در تحمل درد و پذیرفتن مسئولیت مشکل دارند. اکثر بیماران در سبک فرزند پروری والدین خود به شیوه‌هایی اشاره کردند که ایجادکننده طرح واره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری بود. این طرح واره معمولاً در اثر کنترل افراطی والدین و بیش از حد مراقبت‌کنندگی آنها بوجود می‌آید و این کنترل‌کنندگی بیش از حد با اختلال اضطراب اجتماعی رابطه دارد (لمپ، ۲۰۰۹). اختیار کم به فرزندان دادن، انتقاد، شرمساری یا مراقبت افراطی این پیام را به فرزندان منتقل می‌کند که آنها در روابط اجتماعی ناتوان، فاقد صلاحیت و ناکارآمد هستند (پیتسو-گایا و همکاران، ۲۰۰۶؛ باندلو و همکاران، ۲۰۰۴). این سبک ناکارآمد فرزندپروری، حوزه خودگردانی و محدودیت‌های مختل را در بیماران فعال نموده است. در همه بیماران، طرح واره بازداری هیجانی تا حدودی فعال است. این بیماران معمولاً از بروز خشم و پرخاشگری، بیان تکانه‌های مثبت (مانند خوشحالی و محبت)، بیان احساسات و نیازهای شخصی بازداری می‌کنند و تأکید افراطی بر عقلانیت و نادیده گرفتن هیجان‌ها دارند. نتایج نشان می‌دهند که بیشترین میزان بهبودی درحوزه‌ی طرد و بریدگی و حوزه خودگردانی و محدودیت‌های مختل بوده است، به عبارتی بیشترین کاهش فعالیت طرح واره‌های ناسازگار اولیه در بیماران در این دو حوزه اتفاق افتاده است.

از آنجا که پیگیری دو ماهه به اعتقاد برخی از محققین برای ارزیابی ماندگاری اثرات درمان کافی است (داگاس و رابی چاوود، ۲۰۰۱)، پیگیری دو ماهه نتایج به

دست آمده نشان می‌دهد که اثرات درمان در دوره پیگیری در تمامی حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (بیش از ۸۲٪ طرح‌واره ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌ها)، نه تنها ثابت داشته‌اند بلکه دستاوردهای دوره درمان عمیق‌تر نیز شده و روند بهبودی ادامه داشته است. بنابراین، نتایج بدست آمده با نتایج درمان‌های رفتاری-شناختی در درمان بیماران مبتلا به SAD مغایرت دارد. در این گزارش‌ها آمده است که درصد بالایی از بیماران که دوره درمان را با موفقیت به پایان رسانیده‌اند، در دوره پیگیری علائم بیماری را نشان داده‌اند (ماسکوچ، ۲۰۰۸). بنابراین، طرح‌واره درمانی در دوره پیگیری نیز قادر بوده است دستاوردهای درمان را در بیماران حفظ کند و روند بهبودی را ادامه دهد و اثربخشی خود را به لحاظ این ملاک نیز به اثبات برساند. با وجود اینکه طرح‌واره‌ها به سختی تغییر می‌کنند و بهبود آنها دشوار و طولانی است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) ولی درصد بهبودی تمامی بیماران نشان می‌دهد که درمان موفقیت‌آمیز بوده و توانسته از حداقل ۲۱ درصد تا ۵۳ درصد بهبودی را در طرح‌واره‌ها ایجاد نماید. انتظار می‌رود که مبتلایان به SAD درحوزه بریدگی و طرد و حوزه دیگر جهت‌مندی امتیازات بالاتری کسب نمایند (پیتو-گایا و همکاران، ۲۰۰۶). مطابق این انتظار، بیماران این پژوهش نیز در این دو حوزه دارای بالاترین امتیاز بوده‌اند و در مسیر درمان نیز همانطور که در جدول شماره ۴ دیده می‌شود بالاترین درصد بهبودی بیماران متعلق به حوزه طرد و بریدگی است و حوزه دیگر جهت‌مندی با ۳۲/۲ درصد بهبودی تقریباً ۳ برابر افزایش بهبودی را نسبت به بهبودی در پایان درمان نشان می‌دهد. نتایج مرحله پیگیری در مورد همه بیماران مؤید این مطلب است که طرح‌واره درمانی موجب تعمیق و پایداری اثر درمان می‌شود و درصد بهبودی همه بیماران در مراحل پیگیری افزایش قابل ملاحظه‌ای را نسبت به پایان درمان نشان می‌دهد. این نتایج با نتایج تحقیقات حمیدپور (۱۳۸۸) در خصوص افزایش بهبودی مراجعان در ماه‌های پیگیری همسوست. از آنجا که هدف نهایی طرح‌واره درمانی این است که مراجعان خود بتوانند با درپیش گرفتن سبک‌های مقابله‌ای سازگار، نیازهای هیجانی اساسی خود را ارضاء کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳)، شاید بتوان این مسئله را با ماهیت خودیاری طرح‌واره درمانی بهتر توجیه نمود.



### منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا. (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (مترجمان محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس، ۱۳۸۶). تهران: سخن.
- حمیدپور، حسن. (۱۳۸۸). مقایسه کارایی شناخت درمانی با طرح واره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. پایان نامه دکتری روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی.
- کاویانی، حسین؛ علاقبندراد، جواد؛ شریفی، ونداد؛ پورناصح، مهرانگیز و احمدی ابهری، سیدعلی. (۱۳۸۵). مصاحبه تشخیصی جامع بین المللی. تهران: مهر کاویان.
- یانگ، جفری. (۲۰۰۳). شناخت درمانی اختلالات شخصیت: رویکرد طرح واره محور ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.
- یانگ، جفری؛ کلسکو، ژانت؛ ویشار، مارجوری. (۲۰۰۳). طرح واره درمانی. ترجمه حسن حمید پور و زهرا اندوز. تهران: ارجمند.
- Arrindell WA, Emmelkap PM, Monsma A, Brillman E. (1983). *The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders: a controlled study*. Brj psychiatry, 143: 183- 87.
- Anderson, K. , Tomlinson, k. , Robinson, J. M. , & Brown, S. A. (2011). *Friends or foes: social anxiety, peer affiliation, and Drinking in Middle School*. Journal Alcohol Drugs, 72, 61-69.
- Bandelow, B. , Charimo, A. , Wedekind, D. , Broocks, A. , Hajak, G. , & Ruther, E. (2004). *Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorder, and brih risk factors in patients with social anxiety disorder*. Eur Arch psychiatry Clin Neurosci, 254, 397-405.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* (2n edn). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. , & Hersen, M. (1984). *Single- case experimental designs: Strategies for studying behavior change*. Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Borrovec, T. D. , Newman, M. G. ,& Castonguay, L. G. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies*. Journal of Lifelong Learning in Psychiatry, 2, 3, 392-401.
- Connor, K. M. , Davidson, J. R. , Churchill, L. E. , Sherweed, A. , & Foa, E. B. (2000). *Psychometric properties of the social pgobia Inventory (SPIN)*. The British Journal pf psychiatry, 176, 379-386.

- Dugas, M. J. , & Robichaud, M. (2001). *Cognitive behavioral treatment for generalized anxiety disorder*. Routledge: Taylor & Francis.
- Fehm, L. , Beesdo, k. , Jacobi, F. , & Fiedler, A. (2008). *Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population*. *Social Psychiatry Epidemiol*, 43, 257-265.
- Fresco, D. M. , Coles, M. E. , Heimberg, R. G. , Leibowitz, M. R. , Hami, S. , Stein, M. B. , & Goetz, D. (2001). *The Liebowitz social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered forms*. *Psychol Med*, 31, 1025-1035.
- Hofmann, S. G. , & Barlow, D. H. (2002). *Social phobia (Social Anxiety Disorder)*. In: D. H. Barlow (Ed), *Anxiety and Its Disorders*. New York: Guilford press.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). *Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*. *Journal Abnormal psychology*, 59, 12-19.
- Lampe L. A. (2009). *Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment*. *Australian and New Zealand: Journal of psychiatry*, 43, 887-898.
- Liebowitz MR , Gorman JM , Fyer AJ , Klein DF. (1985). *Social Phobia: Review of a neglected anxiety disorder*. *Arch Gen Psychiatry*, 42: 729 -36.
- Lochner C, mogotsi M, Toitp L, Kaminer D, Niehaus Dj, Stein Dj. (2003). *Quality of life in anxiety disorders: A comparison of obsessive – compulsive disorder, social anxiety disorder and pamodisorder*. *Psychopathology*, 36: 255 – 62.
- Moscovitch, D. A. (2008). *What in the core fear in social phobia? A New Model to facilitate individualized case conceptualization and Treatment*, *Journal of psychiatry*. 5: 1-10.
- Ogles, B. M. , Lunner, K. M. , & Bonesteel, K. (2001). *Clinical significance: History, application and current practice*. *Clinical Review*, 21, 421-446.
- Pennington, B. F. (2002). *The developmental of psychopathology: nature and nurture*. New York: Guilford.
- Pinto- Gouveia, J. , Castilho, P. , Galhardo, A. , & Cunha, M. (2006). *Early Maladaptive schemas and social phobia*. *Cogn Ther Res*, 30, 571-584.
- Safran, J. D. (1990). *Toward a refinement of cognitive therapy in light of interpersonal theory*: *Clinical psychology Review*, 10, 107-121.
- Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Bystritsky, A. , Sullivan, G. , Pyne, J. M. , Katon, W. , Sherbourne, C. D. (2005). *Functional impact and health utility of anxiety disorder in primary care outpatients*. *Med Care*, 43, 1164-1170.