

اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در زنان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان یزد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۳/۱۱

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۷

تاریخ چاپ نهایی: ۱۴۰۴/۰۶/۰۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در زنان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان یزد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی انجام شد. این پژوهش از نوع کاربردی و به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون — پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان شهر یزد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی در سه‌ماهه نخست سال ۱۴۰۲ بود. از میان آنان، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر، جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله طرحواره‌درمانی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اضطراب سلامت، پرسشنامه نگرش به زندگی، پرسشنامه فرآیند خانواده و پرسشنامه اضطراب اجتماعی بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده وجود دارد. اثر گروه بر اضطراب سلامت معنادار بود ($F=10.379, p=0.003$)، همچنین اثر گروه بر نگرش به زندگی ($F=7.625, p=0.011$) و فرآیندهای خانواده ($F=9.845, p=0.004$) معنادار گزارش شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیره نیز نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار اضطراب سلامت و افزایش معنادار نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. اندازه اثر برای اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده به ترتیب ۰.۶۱۰، ۰.۵۹۲ و ۰.۶۰۴ بود. بر اساس یافته‌ها، طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر برای کاهش اضطراب سلامت و بهبود نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در زنان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد با هدف قرار دادن طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و الگوهای هیجانی و بین‌فردی ناسالم، ظرفیت مطلوبی برای بهبود عملکرد روان‌شناختی و خانوادگی این گروه دارد.

کلیدواژه‌گان: طرحواره‌درمانی، اضطراب سلامت، نگرش به زندگی، فرآیندهای خانواده، اضطراب اجتماعی،

زنان

HEALTH PSYCHOLOGY AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

مینا دهقان چناری^{۱*}، فرنگیس دمهری^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و هنر یزد، یزد، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول:

m.dehghan.1367.ch@gmail.com

شیوه استناددهی: دهقان چناری، مینا، و دمهری، فرنگیس. (۱۴۰۴). اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در زنان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان یزد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری*, ۳(۲), ۱-۱۸.



The Effectiveness of Schema Therapy on Health Anxiety, Attitude toward Life, and Family Processes in Women with Symptoms of Social Anxiety Referred to Psychiatric and Psychological Centers in Yazd

Submit Date: 2025-06-01

Revise Date: 2025-08-11

Accept Date: 2025-08-18

Final Publish Date: 2025-08-23

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of schema therapy on health anxiety, attitude toward life, and family processes in women with symptoms of social anxiety referred to psychiatric and psychological centers in Yazd. This applied study used a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population included women aged 25 to 40 years who referred to psychiatric and psychological centers in Yazd and showed symptoms of social anxiety during the first three months of 2023. Thirty participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. The experimental group received schema therapy in ten 90-minute sessions, while the control group received no intervention. Data were collected using the Health Anxiety Inventory, the Life Regard Index, the Family Process Scale, and the Social Anxiety Questionnaire. Data analysis was conducted using SPSS version 22 through multivariate analysis of covariance and univariate analysis of covariance. The results of multivariate analysis of covariance showed that, after controlling for pretest scores, there were significant differences between the experimental and control groups in health anxiety, attitude toward life, and family processes. The group effect was significant for health anxiety ($F=10.379$, $p=0.003$), attitude toward life ($F=7.625$, $p=0.011$), and family processes ($F=9.845$, $p=0.004$). The results of univariate covariance analyses also indicated that schema therapy significantly reduced health anxiety and significantly increased attitude toward life and family processes in the experimental group compared with the control group. The effect sizes for health anxiety, attitude toward life, and family processes were 0.610, 0.592, and 0.604, respectively. The findings indicate that schema therapy can be considered an effective intervention for reducing health anxiety and improving attitude toward life and family processes in women with symptoms of social anxiety. By targeting early maladaptive schemas, dysfunctional coping styles, and unhealthy emotional and interpersonal patterns, schema therapy appears to have substantial potential for enhancing psychological and family functioning in this population.

Keywords: *Schema therapy, health anxiety, attitude toward life, family processes, social anxiety, women*

HEALTH PSYCHOLOGY
AND
BEHAVIORAL DISORDERS

روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری

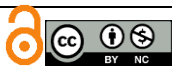


Mina Dehghan Chenari^{1*}, Farangis Demehri²

1. M.A. in Clinical Psychology, University of Science and Arts, Yazd, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Yazd University of Science and Arts, Yazd, Iran.

*Corresponding Author's Email: m.dehghan.1367.ch@gmail.com

How to cite: Dehghan Chenari, M., & Demehri, F. (2025). The Effectiveness of Schema Therapy on Health Anxiety, Attitude toward Life, and Family Processes in Women with Symptoms of Social Anxiety Referred to Psychiatric and Psychological Centers in Yazd. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 3(2), 1-18.



اختلال اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات شایع، ناتوان‌کننده و مزمن حوزه اضطراب است که با ترس پایدار از ارزیابی منفی، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و نگرانی مفرط درباره عملکرد فرد در تعاملات بین‌فردی شناخته می‌شود. در این اختلال، فرد نه تنها از قرار گرفتن در معرض نگاه و قضاوت دیگران دچار اضطراب می‌شود، بلکه معمولاً پیش از موقعیت اجتماعی، در حین آن و حتی پس از پایان تعامل نیز به ارزیابی منفی خود و پیش‌بینی پیامدهای ناخوشایند می‌پردازد. اضطراب اجتماعی می‌تواند در موقعیت‌هایی مانند صحبت کردن در جمع، ارتباط با افراد ناآشنا، حضور در جمع‌های رسمی یا غیررسمی، تعامل با افراد صاحب قدرت و حتی انجام فعالیت‌های عادی در حضور دیگران ظاهر شود. در نظام‌های تشخیصی جدید، این اختلال با مؤلفه‌هایی مانند ترس از تحقیر، شرمندگی، طرد یا آشکار شدن نشانه‌های اضطراب تعریف می‌شود و به دلیل تأثیر مستقیم بر عملکرد تحصیلی، شغلی، خانوادگی و اجتماعی، یکی از مسائل مهم سلامت روان به شمار می‌آید (Ganji, 2016, 2018). از دیدگاه نظریه‌های روان‌درمانی، اضطراب را می‌توان حاصل تعامل عوامل شناختی، هیجانی، بین‌فردی و تحولی دانست؛ به‌گونه‌ای که تجربه‌های اولیه، تعارض‌های روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای و الگوهای رابطه‌ای فرد می‌توانند در شکل‌گیری و تداوم اضطراب اجتماعی نقش داشته باشند (Shafiabadi, 2016).

اهمیت اضطراب اجتماعی تنها به نشانه‌های هیجانی و رفتاری محدود نمی‌شود، بلکه این اختلال می‌تواند با طیفی از پیامدهای روان‌شناختی و جسمانی همراه باشد. افراد دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی معمولاً حساسیت بالایی نسبت به علائم بدنی خود دارند و نشانه‌هایی مانند تپش قلب، لرزش، تعریق، سرخ شدن چهره یا تنگی نفس را نه به‌عنوان واکنش‌های طبیعی اضطراب، بلکه به‌عنوان نشانه‌هایی تهدیدکننده و شرم‌آور تفسیر می‌کنند. این فرایند می‌تواند به افزایش توجه انتخابی به بدن، نگرانی درباره سلامت، اطمینان‌جویی مکرر و تداوم اضطراب سلامت منجر شود. اضطراب سلامت به نگرانی افراطی و پایدار درباره ابتلا به بیماری یا پیامدهای جسمانی تهدیدکننده اشاره دارد و در بسیاری از موارد، فرد با وجود دریافت اطمینان پزشکی همچنان نسبت به سلامت خود مشغولیت ذهنی دارد. مطالعات نشان داده‌اند که اضطراب سلامت با عوامل شناختی، هیجانی و رفتاری پیچیده‌ای همراه است و می‌تواند موجب مراجعه مکرر به مراکز درمانی، کاهش کیفیت زندگی و تشدید پریشانی روان‌شناختی شود (Ansarifar, 2019; Hosseini, 2018; Tyrer et al., 2015). در همین زمینه، بررسی اضطراب سلامت در گروه‌های در معرض فشار روانی، مانند کارکنان سلامت در دوران همه‌گیری کووید-۱۹، نشان داده است که نگرانی نسبت به بیماری و پیامدهای سلامت می‌تواند با افت کیفیت زندگی و افزایش پریشانی روانی همراه باشد (Abdelghani et al., 2021; Mousavi et al., 2022).

از سوی دیگر، اضطراب اجتماعی می‌تواند نگرش فرد به زندگی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. هنگامی که فرد به‌طور مداوم خود را در معرض قضاوت منفی دیگران می‌بیند، احتمالاً برداشت او از توانمندی شخصی، آینده، روابط و ارزشمندی زندگی دچار آسیب می‌شود. نگرش به زندگی مفهومی نزدیک به معنا، هدفمندی، امید، ارزشمندی تجربه زیسته و جهت‌مندی روان‌شناختی فرد است. داشتن نگرش مثبت به زندگی به فرد کمک می‌کند تا حتی در مواجهه با فشارهای روانی، امکان معنا دادن به تجربه‌ها، تحمل دشواری‌ها و تنظیم هیجان‌ات خود را حفظ کند. در مقابل، ضعف در نگرش مثبت به زندگی می‌تواند با احساس بی‌معنایی، ناامیدی، اجتناب، کاهش انگیزش و ناتوانی در مقابله سازگارانه همراه باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که معنا در زندگی می‌تواند نقش مهمی در سازگاری روان‌شناختی، کاهش آسیب‌پذیری هیجانی و افزایش سلامت روان داشته باشد (Kiang et al., 2017). در زنان دارای اضطراب اجتماعی، نگرانی از ارزیابی منفی و اجتناب از روابط بین‌فردی ممکن است فرصت تجربه موفقیت، تعلق، صمیمیت و خودابرازی را کاهش دهد و همین امر نگرش آنان به زندگی را بیش از پیش آسیب‌پذیر سازد. پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که مداخلات شناختی و روان‌شناختی می‌توانند بر نگرش به بی‌معنایی زندگی، سرسختی روان‌شناختی و ابعاد مرتبط با عملکرد روانی زنان دارای اضطراب اجتماعی اثرگذار باشند (Doroudian et al., 2018; Hagi et al., 2018; Seiri, 2017). (Partovi & Kavousian, 2017).

علاوه بر پیامدهای فردی، اضطراب اجتماعی در بافت خانواده نیز آثار قابل توجهی دارد. خانواده نخستین بستر تجربه رابطه، امنیت، پذیرش، حل مسئله، حمایت عاطفی و یادگیری مهارت‌های بین‌فردی است و کیفیت فرآیندهای خانواده می‌تواند در شدت یا کاهش مشکلات روان‌شناختی نقش داشته باشد. فرآیندهای خانواده به مهارت‌هایی مانند ارتباط مؤثر، انسجام، انعطاف‌پذیری، تصمیم‌گیری، حل مسئله، حمایت، مقابله با فشارها و شیوه تعامل اعضا اشاره دارد. ضعف در این فرآیندها می‌تواند زمینه‌ساز سوءتفاهم، تعارض، کناره‌گیری عاطفی، کاهش حمایت خانوادگی و افزایش آسیب‌پذیری روان‌شناختی شود. مدل فرآیند و محتوای خانواده بر این نکته تأکید دارد که سلامت خانواده فقط به امکانات عینی و محتوایی محدود نیست، بلکه کیفیت روابط، ارتباطات و مهارت‌های درون‌خانوادگی نقش تعیین‌کننده‌ای در پیامدهای روان‌شناختی اعضا دارد (Samani, 2016). در زنان دارای اضطراب اجتماعی، اجتناب از بیان هیجان‌ها، ترس از قضاوت، حساسیت نسبت به بازخورد دیگران و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد می‌تواند کیفیت ارتباطات خانوادگی را کاهش دهد و بر فرآیندهای خانواده اثر منفی بگذارد. بنابراین، بررسی مداخله‌ای که بتواند همزمان بر ابعاد فردی و بین‌فردی اثر بگذارد، اهمیت بالینی ویژه‌ای دارد.

یکی از تبیین‌های مهم در فهم اضطراب اجتماعی و پیامدهای همراه آن، نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای عمیق، پایدار و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها، شناخت‌ها و احساسات بدنی تشکیل می‌شوند و معمولاً در نتیجه ناکامی در ارضای نیازهای هیجانی بنیادین در دوران کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرند. این طرحواره‌ها می‌توانند نحوه تفسیر فرد از خود، دیگران، جهان، روابط و آینده را جهت‌دهی کنند و در موقعیت‌های مختلف موجب فعال شدن هیجان‌های دردناک و سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار شوند. در افراد دارای اضطراب اجتماعی، طرحواره‌هایی مانند نقص و شرم، طردشدگی، بی‌اعتمادی، شکست، وابستگی، معیارهای سخت‌گیرانه و بازداری هیجانی می‌توانند نقش مهمی در شکل‌گیری ترس از ارزیابی منفی و اجتناب اجتماعی داشته باشند. مطالعات جدید نیز ارتباط معنا دار میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی را نشان داده‌اند و بیان کرده‌اند که این طرحواره‌ها از طریق سازوکارهایی مانند سبک دلبستگی ناایمن و حساسیت اضطرابی می‌توانند نشانه‌های اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کنند (Jamshidi et al., 2024; Nadri et al., 2023). همچنین یافته‌ها نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب، افسردگی و سایر رفتارهای مشکل‌زا نیز ارتباط دارند و می‌توانند به‌عنوان ساختارهای زیربنایی آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته شوند (Cudo et al., 2024).

طرحواره‌درمانی یکی از رویکردهای یکپارچه و عمیق‌نگر در روان‌درمانی است که با تلفیق عناصر درمان شناختی - رفتاری، نظریه دلبستگی، روابط ابژه، گشتالت و رویکردهای هیجان‌مدار، بر شناسایی و تغییر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ذهنیت‌های طرحواره‌ای و سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد تمرکز دارد. این درمان بر این فرض استوار است که بسیاری از مشکلات مزمن روان‌شناختی، از جمله اضطراب‌های پایدار و مشکلات بین‌فردی، صرفاً با اصلاح افکار سطحی کاهش نمی‌یابند، بلکه نیازمند کار بر ریشه‌های تحولی، هیجانی و رابطه‌ای هستند. در طرحواره‌درمانی، درمانگر تلاش می‌کند از طریق رابطه درمانی ایمن، بازوالدینی حدودمرزدار، تکنیک‌های شناختی، تجربی، رفتاری و بین‌فردی، به مراجع کمک کند نیازهای هیجانی ناکام‌مانده خود را بشناسد، با طرحواره‌های آسیب‌زا مواجه شود و پاسخ‌های سالم‌تری را جایگزین سبک‌های اجتنابی، تسلیم یا جبران افراطی کند (Young et al., 2017). در سال‌های اخیر، توجه به طرحواره‌های مثبت و تقویت جنبه‌های سالم شخصیت نیز به‌عنوان بخشی از کاربردهای نوین طرحواره‌درمانی مورد توجه قرار گرفته است؛ زیرا درمان مؤثر تنها کاهش طرحواره‌های منفی نیست، بلکه تقویت ظرفیت‌های سالم، خودشفقتی، معنا، انعطاف‌پذیری و ارتباط سازگاران را نیز در بر می‌گیرد (Videler et al., 2020).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی می‌تواند در حوزه اضطراب اجتماعی و مشکلات همبود آن کاربرد قابل توجهی داشته باشد. در یک کارآزمایی کنترل‌شده تصادفی، اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری گروهی برای بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی همراه با اختلال شخصیت اجتنابی بررسی شده و نتایج از اهمیت این رویکرد در درمان مشکلات عمیق بین‌فردی و اجتنابی حمایت کرده است (Balje et al., 2024). همچنین مداخله کارگاهی آنلاین مبتنی بر طرحواره‌درمانی زمینه‌ای برای نشانه‌های اضطراب اجتماعی نشان داده است که کاربردهای نوین و انعطاف‌پذیر این درمان می‌تواند در کاهش نشانه‌های اجتماعی - اضطرابی مفید باشد (Stefan

افزون بر این، استفاده از طرحواره‌درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای درمان اضطراب مزمن همراه با اختلال شخصیت همبود نشان داده است که تمرکز بر طرحواره‌ها می‌تواند برای بیماران پیچیده و مقاوم به درمان سودمند باشد (Peeters et al., 2021). پژوهش‌های داخلی نیز همسو با این یافته‌ها نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند بر کمال‌گرایی افراد دارای اضطراب اجتماعی، طرحواره‌های هیجانی، نشانه‌های افسردگی و حساسیت اضطرابی زنان دارای اضطراب اجتماعی اثرگذار باشد (Beygi Harchagani et al., 2022; Morvaridi et al., 2018; Nekookerdaran & Izadi, 2021).

کاربرد طرحواره‌درمانی به اضطراب اجتماعی محدود نیست و در حوزه‌های دیگر سلامت روان نیز شواهد امیدوارکننده‌ای ارائه شده است. برای مثال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که طرحواره‌درمانی می‌تواند بر اضطراب سلامت و سرسختی سلامت در مراجعان کلینیک‌های مغز و اعصاب مؤثر باشد و با اصلاح الگوهای شناختی و هیجانی ناسازگار، شدت نگرانی‌های مرتبط با بیماری را کاهش دهد (Alizade Moghaddam et al., 2024). همچنین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر سلامت روان و تاب‌آوری بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر گزارش شده و نشان داده شده است که این رویکرد می‌تواند در کاهش پریشانی روانی و افزایش توان سازگاری بیماران نقش داشته باشد (Abbasi Farhadlou, 2020). در حوزه بیماری‌های جسمانی نیز طرحواره‌درمانی شناختی بر کاهش اضطراب و افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر گزارش شده است (Salehi Kamroudi & Shourzandsorkhi, 2020). مقایسه طرحواره‌درمانی گروهی با برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز نشان داده است که این درمان می‌تواند در ارتقای تاب‌آوری مادران کودکان مبتلا به سرطان نقش داشته باشد (Seif Hosseini et al., 2019). از سوی دیگر، طرحواره‌درمانی هیجانی در بهبود خودتنظیمی و تحمل ناکامی دانش‌آموزان دختر دارای اضطراب امتحان مؤثر گزارش شده و این یافته نشان می‌دهد که تمرکز بر طرحواره‌های هیجانی می‌تواند در گروه‌های مختلف زنان و دختران کاربرد درمانی داشته باشد (Mousavi et al., 2024).

با وجود اهمیت طرحواره‌درمانی، باید توجه داشت که درمان‌های دیگری نیز در حوزه اضطراب اجتماعی و مشکلات هیجانی مورد استفاده قرار گرفته‌اند. برای نمونه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی - رفتاری، ذهن‌آگاهی و واقعیت‌درمانی هر یک در کاهش نشانه‌های اضطرابی، بهبود تنظیم هیجان، افزایش پذیرش و ارتقای عملکرد روان‌شناختی مورد توجه بوده‌اند (Lojk, 2018; Riley et al., 2019). همچنین فناوری‌های نوین مانند روان‌درمانی مبتنی بر واقعیت مجازی و مداخلات کمکی مبتنی بر ربات‌های اجتماعی برای افراد دارای اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته‌اند و نشان داده‌اند که توسعه ابزارهای درمانی نوین می‌تواند امکان مواجهه، تمرین مهارت‌های اجتماعی و کاهش اجتناب را افزایش دهد (Hur et al., 2021; Rasouli et al., 2022). با این حال، بسیاری از این رویکردها عمدتاً بر نشانه‌ها، مهارت‌ها یا رفتارهای آشکار تمرکز دارند، در حالی که طرحواره‌درمانی با تمرکز بر ساختارهای عمیق شناختی - هیجانی، الگوهای تحولی و نیازهای هیجانی ناکام‌مانده، ظرفیت بیشتری برای پرداختن همزمان به اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده دارد.

مرور پیشینه نشان می‌دهد که هرچند پژوهش‌های متعددی اثربخشی طرحواره‌درمانی را بر اضطراب اجتماعی، اضطراب سلامت، نشانه‌های هیجانی، تاب‌آوری، افسردگی و برخی شاخص‌های عملکرد روان‌شناختی بررسی کرده‌اند، هنوز خلأ پژوهشی مهمی در زمینه بررسی همزمان اثر این درمان بر سه متغیر اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در زنان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی وجود دارد. اهمیت این خلأ از آن جهت است که اضطراب اجتماعی در زنان می‌تواند هم‌زمان بدن، معنا، رابطه و خانواده را تحت تأثیر قرار دهد و مداخله مؤثر باید بتواند فراتر از کاهش نشانه‌های اضطرابی، بر کیفیت تجربه زیسته و روابط خانوادگی نیز اثر بگذارد. از این رو، توجه به زنان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان شهر یزد، به‌عنوان گروهی که با نشانه‌های اضطراب اجتماعی و پیامدهای روان‌شناختی و خانوادگی آن مواجه‌اند، می‌تواند به توسعه دانش کاربردی در حوزه مداخلات طرحواره‌محور کمک کند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در زنان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان یزد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی بود.

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. در این مطالعه، طرح‌واره‌درمانی به‌عنوان متغیر مستقل و اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان ۲۵ تا ۴۰ ساله مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان شهر یزد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی در سه‌ماهه نخست سال ۱۴۰۲ بود که تعداد آن‌ها حدود ۲۱۰ نفر برآورد شد. از میان این جامعه، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین گردیدند؛ به‌گونه‌ای که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، قرار داشتن در بازه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال، برخوردار بودن از نشانه‌های اضطراب اجتماعی، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و عدم اعتیاد به مواد مخدر بود. همچنین عدم تکمیل برگه‌های پس‌آزمون و غیبت بیش از یک جلسه در جلسات درمانی به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. ابتدا از هر دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد، سپس گروه آزمایش مداخله طرح‌واره‌درمانی را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمانی، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد.

پرسشنامه اضطراب سلامت فرم کوتاه توسط سالکوسکیس و همکاران در سال ۲۰۰۲ به‌منظور سنجش میزان اضطراب سلامت طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۱۸ گویه و سه مؤلفه نگرانی کلی درباره سلامت، احتمال ابتلا به بیماری و پیامدهای بیماری است. هر گویه شامل چهار گزینه است که بر اساس شدت نگرانی یا باور فرد درباره سلامت و بیماری نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌گذاری هر گویه از صفر تا سه انجام می‌گیرد و دامنه نمره کل پرسشنامه بین صفر تا ۵۴ قرار دارد. نمره بالاتر در این ابزار نشان‌دهنده اضطراب سلامت بیشتر است؛ به‌گونه‌ای که نمرات صفر تا ۱۸ بیانگر اضطراب سلامت پایین، نمرات ۱۸ تا ۳۶ نشان‌دهنده اضطراب سلامت متوسط و نمرات بالاتر از ۳۶ نشان‌دهنده اضطراب سلامت بالا هستند. در پژوهش حاضر، منظور از اضطراب سلامت، نمره‌ای بود که شرکت‌کنندگان از مجموع پاسخ‌های خود به گویه‌های این پرسشنامه کسب کردند. روایی محتوایی، صوری و ملاکی این ابزار در مطالعات پیشین مطلوب گزارش شده و ضریب پایایی آن با استفاده از آلفای کرونباخ در پژوهش‌های داخلی بالاتر از ۰,۷۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۱ به دست آمد.

پرسشنامه نگرش به زندگی یا شاخص نگرش به زندگی توسط باتیستا و آلموند در سال ۱۹۷۳ و بر اساس مفهوم نگرش مثبت به زندگی و معناخواهی طراحی شده است. این ابزار به‌منظور ارزیابی میزان معنای فردی در زندگی به کار می‌رود و دارای دو زیرمقیاس چارچوب ذهنی و تکمیل هدف است. پرسشنامه شامل ۲۸ گویه است که آزمودنی‌ها میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت سه‌درجه‌ای مشخص می‌کنند. هر یک از دو زیرمقیاس شامل ۱۴ عبارت است و برای کنترل صداقت پاسخ‌دهندگان، بخشی از عبارات به‌صورت مثبت و بخشی دیگر به‌صورت منفی طراحی شده‌اند. در عبارات مثبت، گزینه «موافقم» سه امتیاز، گزینه «نظری ندارم» دو امتیاز و گزینه «مخالقم» یک امتیاز دریافت می‌کند. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۴ تا ۴۲ قرار دارد و نمره بالاتر بیانگر نگرش مثبت‌تر به زندگی و برخوردار بودن بیشتر از معنای فردی در زندگی است. باتیستا و آلموند پایایی بازآزمایی این ابزار را ۰,۹۴ گزارش کرده‌اند که نشان‌دهنده ثبات مطلوب آن در سنجش نگرش به زندگی است.

پرسشنامه فرآیند خانواده توسط سامانی در سال ۱۳۸۷ طراحی شده و با هدف ارزیابی ابعاد محتوایی و فرآیندی خانواده مورد استفاده قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر تنها بعد فرآیند خانواده مورد استفاده قرار گرفت. مقیاس فرآیند خانواده در نسخه اولیه شامل ۴۷ گویه بود که پس از حذف چهار گویه، فرم نهایی آن با ۴۳ گویه تدوین شد. این ابزار بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» نمره‌گذاری می‌شود و پنج عامل مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های مقابله‌ای، مهارت‌های تصمیم‌گیری و حل مسئله، انسجام و انعطاف‌پذیری، و عقاید مذهبی را ارزیابی می‌کند. برای محاسبه نمره هر خرده‌مقیاس، نمرات گویه‌های مربوط به همان خرده‌مقیاس با یکدیگر جمع می‌شود و

برای یکسان‌سازی نمره‌گذاری، نمره کل هر خرده‌مقیاس بر تعداد گویه‌های آن تقسیم می‌گردد. نمرات به‌دست‌آمده بر اساس نقاط برش تفسیر می‌شوند و وضعیت خانواده از نظر فرآیندهای خانوادگی مشخص می‌شود. روایی سازه این پرسشنامه در مطالعات پیشین با استفاده از تحلیل عاملی بررسی و تأیید شده است. همچنین پایایی مقیاس‌های مختلف آن از طریق ضریب آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی گزارش شده و ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌های فرآیند خانواده در پژوهش‌های داخلی در سطح قابل قبول تا مطلوب قرار داشته است.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابک در سال ۱۹۹۶ توسط ایلینا جرابک برای سنجش اضطراب اجتماعی در افراد بالای ۱۰ سال طراحی شده است. این ابزار دارای ۲۵ گویه پنج‌گزینه‌ای است و پاسخ‌ها در طیفی از «تقریباً همیشه» تا «تقریباً هیچ‌وقت» نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار دارد. این مقیاس پنج خرده‌مقیاس ترس از افراد ناآشنا، ترس از ارزیابی توسط دیگران، ترس از صحبت کردن در جمع، ترس از انزوای اجتماعی و ترس از آشکار شدن علائم اضطراب را دربرمی‌گیرد. نمره‌گذاری ابزار به‌صورت مستقیم انجام می‌شود؛ به‌گونه‌ای که گزینه «تقریباً همیشه» نمره پنج و گزینه «تقریباً هیچ‌وقت» نمره یک دریافت می‌کند. در نسخه مورد استفاده، نمره بالاتر نشان‌دهنده اضطراب اجتماعی کمتر است. جرابک پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۵ گزارش کرده است. همچنین در مطالعات داخلی، روایی و پایایی این ابزار بررسی و مطلوب گزارش شده و ساختار عاملی آن شامل پنج عامل اصلی اضطراب اجتماعی تأیید شده است.

مداخله طرحواره‌درمانی برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد. در جلسه نخست، فرایند آشنایی اعضا با درمانگر و یکدیگر، ایجاد انگیزه درمانی، بیان اهداف درمان و توضیح قوانین و مقررات گروه‌درمانی انجام شد. در جلسات دوم و سوم، مفهوم طرحواره‌درمانی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌ها و ریشه‌های تحولی آن‌ها، حوزه‌های طرحواره، مبانی زیستی طرحواره‌ها و کارکردهای طرحواره‌ها آموزش داده شد. در جلسه چهارم، سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار با ذکر مثال‌هایی از زندگی روزمره معرفی شد و مفهوم ذهنیت‌های طرحواره‌ای برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. جلسه پنجم به افزایش آمادگی برای تغییر، سنجش طرحواره‌ها و ارائه بازخورد به شرکت‌کنندگان برای شناسایی دقیق‌تر طرحواره‌های ناسازگار اختصاص یافت. در جلسه ششم، تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با دشوارترین موقعیت‌ها اجرا شد. در جلسه هفتم، شرکت‌کنندگان با شیوه گفت‌وگو میان جنبه سالم و جنبه طرحواره‌ای خود آشنا شدند و نحوه تکمیل فرم ثبت طرحواره را تمرین کردند. در جلسه هشتم، تکنیک‌هایی مانند نامه‌نویسی، بازوالدینی در کار با تصاویر ذهنی و تبیین منطق استفاده از این تکنیک‌ها در درمان اجرا شد. در جلسه نهم، رفتارهای خاص به‌عنوان اهداف احتمالی تغییر تعیین شدند، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی انجام گرفت و شرکت‌کنندگان برای اجرای الگوشکنی رفتاری آماده شدند. در جلسه دهم، مطالب جلسات پیشین مرور و تمرین شد، انگیزه تغییر تقویت گردید، رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش آموزش داده شد و راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی ارائه گردید. گروه کنترل در طول دوره اجرای مداخله هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد و تنها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفت.

داده‌های پژوهش در دو سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های داده‌ها و نمرات متغیرهای پژوهش از شاخص‌هایی مانند میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد. در سطح استنباطی، پیش از آزمون فرضیه‌ها، مفروضه‌های لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون و برای بررسی همگنی شیب رگرسیون از آزمون تعامل پیش‌آزمون و گروه استفاده شد. پس از تأیید مفروضه‌های آماری، برای بررسی اثر کلی مداخله بر متغیرهای وابسته از تحلیل کوواریانس چندمتغیره و برای بررسی اثر مداخله بر هر یک از متغیرهای اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده به‌صورت جداگانه از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ انجام گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

در پژوهش حاضر، ۳۰ زن مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان شهر یزد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی شرکت داشتند که در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال قرار داشتند. شرکت‌کنندگان پس از احراز ملاک‌های ورود به پژوهش، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند؛ به طوری که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. تمامی شرکت‌کنندگان زن بودند و در زمان اجرای پژوهش، در دوره روان‌درمانی هم‌زمان شرکت نداشتند، داروی روان‌پزشکی مصرف نمی‌کردند و سابقه اعتیاد به مواد مخدر نداشتند. گروه آزمایش مداخله طرحواره‌درمانی را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل در دوره اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله درمانی دریافت نکرد.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون؛ میانگین	پیش‌آزمون؛ انحراف استاندارد	پس‌آزمون؛ میانگین	پس‌آزمون؛ انحراف استاندارد
اضطراب سلامت	کنترل	۳۴.۳۳	۵.۲۲	۳۳.۲۰	۵.۳۹
اضطراب سلامت	آزمایش	۳۴.۶۷	۴.۹۱	۲۶.۸۰	۴.۱۶
نگرش به زندگی	کنترل	۳۸.۲۰	۵.۴۷	۳۹.۸۷	۵.۲۳
نگرش به زندگی	آزمایش	۳۷.۸۰	۸.۱۵	۴۴.۸۰	۸.۶۲
فرآیند خانواده	کنترل	۸۹.۲۰	۷.۵۶	۹۳.۰۰	۷.۲۹
فرآیند خانواده	آزمایش	۸۹.۴۷	۸.۹۹	۱۱۹.۸۶	۱۲.۱۵

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین نمره اضطراب سلامت در گروه آزمایش از ۳۴،۶۷ در پیش‌آزمون به ۲۶،۸۰ در پس‌آزمون کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل این میانگین از ۳۴،۳۳ به ۳۳،۲۰ رسید و تغییر اندکی را نشان داد. همچنین میانگین نگرش به زندگی در گروه آزمایش از ۳۷،۸۰ در پیش‌آزمون به ۴۴،۸۰ در پس‌آزمون افزایش یافت، اما در گروه کنترل از ۳۸،۲۰ به ۳۹،۸۷ رسید که بیانگر افزایش محدودتری بود. در مورد فرآیند خانواده نیز میانگین گروه آزمایش از ۸۹،۴۷ در پیش‌آزمون به ۱۱۹،۸۶ در پس‌آزمون افزایش یافت، در حالی که میانگین گروه کنترل از ۸۹،۲۰ به ۹۳،۰۰ رسید. بنابراین، مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که پس از اجرای طرحواره‌درمانی، اضطراب سلامت در گروه آزمایش کاهش یافته و نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در این گروه نسبت به گروه کنترل بهبود بیشتری داشته است. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آماری لازم بررسی شد. نتایج آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات اضطراب سلامت در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نگرش به زندگی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون و فرآیند خانواده در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از توزیع نرمال انحراف معناداری ندارد؛ زیرا سطح معناداری همه آزمون‌ها بالاتر از ۰،۰۵ بود. همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که مفروضه همگنی واریانس‌ها در متغیرهای اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیند خانواده در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است؛ زیرا مقدار معناداری آزمون لون در همه موارد بالاتر از ۰،۰۵ گزارش شد. افزون بر این، نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد که تعامل پیش‌آزمون و گروه برای اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیند خانواده معنادار نیست؛ بنابراین شیب خط رگرسیون در دو گروه آزمایش و کنترل همگن بود. بر این اساس، مفروضه‌های لازم برای استفاده از تحلیل کوواریانس تأیید شد.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیند خانواده

متغیر وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
اضطراب سلامت	پیش‌آزمون	۱۳.۸۰۴	۱	۱۳.۸۰۴	۰.۴۸۳	۰.۴۹۴	۰.۱۰۳
اضطراب سلامت	گروه	۳۰۷.۱۸۱	۱	۱۰۷.۱۸۱	۱۰.۳۷۹	۰.۰۰۳	۰.۶۱۰
اضطراب سلامت	خطا	۷۱۵.۱۰۷	۲۶	۲۸.۶۰۴			
نگرش به زندگی	پیش‌آزمون	۱.۵۰۷	۱	۱.۵۰۷	۰.۰۲۰	۰.۸۸۹	۰.۰۵۲
نگرش به زندگی	گروه	۵۸۲.۴۰۴	۱	۵۸۲.۴۰۴	۷.۶۲۵	۰.۰۱۱	۰.۵۹۲
نگرش به زندگی	خطا	۱۹۰۹.۵۴۰	۲۶	۷۶.۳۸۲			

۰.۱۶۰	۰.۳۲۹	۰.۹۹۰	۲۷۲.۷۳۵	۱	۲۷۲.۷۳۵	پیش‌آزمون	فرآیند خانواده
۰.۶۰۴	۰.۰۰۴	۹.۸۴۵	۲۷۱۲.۸۱۲	۱	۲۷۱۲.۸۱۲	گروه	فرآیند خانواده
			۲۷۵.۵۴۴	۲۶	۶۸۸۸.۵۹۶	خطا	فرآیند خانواده

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر گروه بر اضطراب سلامت معنادار بود ($F=10.379, p=0.003$). با توجه به کاهش میانگین اضطراب سلامت در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار اضطراب سلامت در زنان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی شده است. همچنین اثر گروه بر نگرش به زندگی معنادار بود ($F=7.625, p=0.011$) و با توجه به افزایش میانگین نگرش به زندگی در گروه آزمایش، می‌توان بیان کرد که طرحواره‌درمانی موجب بهبود معنادار نگرش به زندگی شده است. افزون بر این، اثر گروه بر فرآیند خانواده نیز معنادار گزارش شد ($F=9.845, p=0.004$) و افزایش میانگین فرآیند خانواده در گروه آزمایش نشان داد که این مداخله در بهبود فرآیندهای خانواده مؤثر بوده است. اندازه اثر برای اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیند خانواده به ترتیب 0.610 ، 0.592 و 0.604 به دست آمد که نشان‌دهنده سهم قابل توجه مداخله طرحواره‌درمانی در تغییرات متغیرهای وابسته است. بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در زنان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان یزد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی تأیید می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در زنان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان یزد با نشانه‌های اضطراب اجتماعی انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده تفاوت معناداری وجود دارد؛ به‌گونه‌ای که طرحواره‌درمانی موجب کاهش معنادار اضطراب سلامت و افزایش معنادار نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شد. بر اساس نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره، اثر گروه بر اضطراب سلامت، نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده معنادار بود و اندازه اثرهای به‌دست‌آمده نشان داد که بخش قابل توجهی از تغییرات این متغیرها را می‌توان به مداخله طرحواره‌درمانی نسبت داد. این یافته نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی نه تنها بر نشانه‌های اضطرابی و نگرانی‌های مرتبط با سلامت اثرگذار است، بلکه می‌تواند ابعاد عمیق‌تر تجربه روان‌شناختی، از جمله نگرش فرد به زندگی و کیفیت فرآیندهای ارتباطی و خانوادگی را نیز بهبود بخشد. چنین نتیجه‌ای با مبانی نظری طرحواره‌درمانی همخوان است؛ زیرا این رویکرد بر الگوهای بنیادین شناختی، هیجانی و بین‌فردی تمرکز دارد و هدف آن صرفاً کاهش علامت نیست، بلکه اصلاح ساختارهای زیربنایی ناسازگار، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و ذهنیت‌های طرحواره‌ای است (Young et al., 2017). در تبیین یافته نخست، نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی بر کاهش اضطراب سلامت در زنان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی مؤثر بوده است. اضطراب سلامت معمولاً با تفسیر فاجعه‌آمیز نشانه‌های بدنی، توجه انتخابی به تغییرات جسمانی، نگرانی مداوم درباره بیماری و رفتارهای اطمینان‌جویی همراه است. در زنان دارای اضطراب اجتماعی، نشانه‌های فیزیولوژیک اضطراب مانند تپش قلب، لرزش، تعریق یا سرخ شدن چهره ممکن است به‌عنوان نشانه‌هایی تهدیدکننده، شرم‌آور یا مرتبط با بیماری تفسیر شوند و همین تفسیر، چرخه اضطراب سلامت را تشدید کند. یافته حاضر با پژوهش‌هایی همسواست که نشان داده‌اند اضطراب سلامت با نگرانی پایدار، کیفیت زندگی پایین‌تر و عملکرد روان‌شناختی ضعیف‌تر همراه است (Ansarifar, 2019; Hosseini, 2018; Tyrer et al., 2015). همچنین نتایج با مطالعاتی همخوان است که اضطراب سلامت را در بافت فشارهای روانی و شرایط تهدیدکننده سلامت بررسی کرده و نشان داده‌اند که نگرانی نسبت به بیماری می‌تواند با پریشانی روان‌شناختی و کاهش کیفیت زندگی ارتباط داشته باشد (Abdelghani et al., 2021; Mousavi et al., 2022). از این منظر،

کاهش اضطراب سلامت پس از طرحواره‌درمانی را می‌توان ناشی از تغییر در تفسیرهای ناسازگارانه، کاهش اشتغال ذهنی با بدن، افزایش آگاهی نسبت به ریشه‌های هیجانی نگرانی‌ها و جایگزینی پاسخ‌های مقابله‌ای سالم‌تر دانست.

تبیین دقیق‌تر این یافته را می‌توان در سازوکارهای اختصاصی طرحواره‌درمانی جست‌وجو کرد. در این درمان، مراجع می‌آموزد که بسیاری از واکنش‌های هیجانی و شناختی او به رویدادهای فعلی، بازتاب فعال شدن طرحواره‌های ناسازگار اولیه است. برای مثال، طرحواره‌هایی مانند آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، نقص و شرم، وابستگی/بی‌کفایتی و بازداری هیجانی می‌توانند فرد را نسبت به نشانه‌های جسمانی، احتمال بیماری و قضاوت دیگران بسیار حساس کنند. هنگامی که فرد بتواند این طرحواره‌ها را شناسایی کند، آن‌ها را به تجربه‌های اولیه و نیازهای هیجانی ناکام‌مانده پیوند دهد و از طریق تکنیک‌های شناختی، تجربی و رفتاری با آن‌ها مواجه شود، شدت تفسیرهای فاجعه‌آمیز و واکنش‌های اضطرابی کاهش می‌یابد. این تبیین با نتایج پژوهش‌هایی هماهنگ است که نقش طرحواره‌درمانی را در کاهش اضطراب سلامت، اضطراب و نشانه‌های مرتبط با بیماری‌های جسمانی گزارش کرده‌اند (Abbasi Farhadlou, 2020; Alizade Moghaddam et al., 2024; Salehi Kamroudi & Shourzandsorkhi, 2020). همچنین یافته حاضر با مطالعاتی همسو است که نشان داده‌اند طرحواره‌درمانی در بیماران دارای اضطراب مزمن، مشکلات همبود و مشکلات مقاوم به درمان می‌تواند اثربخش باشد، زیرا به جای تمرکز صرف بر نشانه‌های سطحی، ساختارهای هیجانی و شناختی عمیق‌تر را هدف قرار می‌دهد (Peeters et al., 2021; Videler et al., 2020).

یافته دوم پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب افزایش نگرش به زندگی در زنان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی شده است. این یافته اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا اضطراب اجتماعی معمولاً با اجتناب از تجربه‌های اجتماعی، کاهش خودابرازی، احساس ناکارآمدی، شرم، پیش‌بینی شکست و کاهش فرصت‌های تجربه موفقیت همراه است. در چنین شرایطی، فرد ممکن است زندگی را محدود، تهدیدکننده، فاقد معنا یا همراه با شکست‌های مکرر تجربه کند. طرحواره‌درمانی از طریق کمک به مراجع برای شناسایی الگوهای ناسازگار، بازسازی باورهای بنیادین درباره خود و دیگران، تجربه هیجانی اصلاحی و تمرین رفتارهای سالم‌تر، می‌تواند نگاه فرد را نسبت به خود، آینده و زندگی تغییر دهد. این یافته با پژوهش‌هایی همخوان است که نشان داده‌اند معنا در زندگی و نگرش مثبت نسبت به زندگی با سازگاری روان‌شناختی، سلامت روان و بهزیستی رابطه دارد (Kiang et al., 2017). همچنین نتایج با پژوهش‌هایی هماهنگ است که نشان داده‌اند مداخلات شناختی و روان‌شناختی می‌توانند بر نگرش به بی‌معنایی زندگی، سرسختی روان‌شناختی، تنظیم هیجان و خودکارآمدی زنان دارای اضطراب اجتماعی اثر بگذارند (Doroudian et al., 2018; Haghi et al., 2018; Seiri Partovi & Kavousian, 2017).

در تبیین اثر طرحواره‌درمانی بر نگرش به زندگی می‌توان گفت که نگرش فرد به زندگی تا حد زیادی تحت تأثیر طرحواره‌های او درباره ارزشمندی خود، قابلیت اعتماد به دیگران، امکان کنترل بر رویدادها، امید به آینده و شایستگی برای دریافت محبت و پذیرش قرار دارد. زنان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی ممکن است به دلیل طرحواره‌هایی مانند نقص و شرم، شکست، انزوای اجتماعی، اطاعت یا معیارهای سخت‌گیرانه، خود را ناکافی، غیرجذاب، ناتوان یا در معرض طردشدگی مداوم ادراک کنند. این ادراک‌ها به تدریج می‌توانند نگرش منفی نسبت به زندگی را تقویت کنند. طرحواره‌درمانی با فعال‌سازی ذهنیت بزرگسال سالم، کاهش سلطه ذهنیت کودک آسیب‌پذیر و ذهنیت والد تنبیه‌گر، و آموزش پاسخ‌های سازگارانه، به مراجع کمک می‌کند تصویر واقع‌بینانه‌تر و پذیراتری از خود و زندگی بسازد. همسویی این یافته با پژوهش‌هایی که اثربخشی طرحواره‌درمانی یا طرحواره‌درمانی هیجانی را بر نشانه‌های اضطرابی، حساسیت اضطرابی، خودتنظیمی و تحمل ناکامی گزارش کرده‌اند، نشان می‌دهد که تغییر در ساختارهای طرحواره‌ای می‌تواند فراتر از کاهش اضطراب، به بهبود جهت‌گیری کلی فرد نسبت به زندگی منجر شود (Morvaridi et al., 2018; Mousavi et al., 2024; Nekookerdaran & Izadi, 2021). افزون بر این، یافته حاضر با پژوهش‌هایی که بر ارتباط طرحواره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب، افسردگی و رفتارهای مشکل‌زا تأکید کرده‌اند، قابل تبیین است؛ زیرا کاهش اثر این طرحواره‌ها می‌تواند زمینه را برای تجربه امید، معنا و نگاه مثبت‌تر به آینده فراهم کند (Cudo et al., 2024).

یافته سوم پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی بر بهبود فرآیندهای خانواده در زنان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی مؤثر بوده است. این نتیجه بیانگر آن است که مداخله بر طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای نه تنها موجب بهبود در سطح فردی می‌شود، بلکه می‌تواند کیفیت تعاملات و فرآیندهای خانوادگی را نیز ارتقا دهد. فرآیندهای خانواده شامل مهارت‌های ارتباطی، حل مسئله، تصمیم‌گیری، مقابله، انسجام، انعطاف‌پذیری و کیفیت تعامل میان اعضاست. از آنجا که اضطراب اجتماعی با اجتناب، بازداری هیجانی، ترس از ابراز نیازها و نگرانی از قضاوت دیگران همراه است، می‌تواند روابط خانوادگی را نیز تحت تأثیر قرار دهد. فردی که در ابراز احساسات، بیان نیازها یا حل تعارض ناتوان است، ممکن است در خانواده نیز از گفت‌وگوی صریح اجتناب کند یا در برابر تنش‌های خانوادگی به کناره‌گیری، سکوت، تسلیم یا واکنش‌های دفاعی متوسل شود. یافته حاضر با مدل فرآیند و محتوای خانواده همخوان است؛ زیرا این مدل بر نقش تعیین‌کننده مهارت‌ها، ارتباطات و فرآیندهای تعاملی در سلامت خانواده و پیامدهای روان‌شناختی اعضا تأکید دارد (Samani, 2016).

از منظر طرحواره‌درمانی، بهبود فرآیندهای خانواده را می‌توان نتیجه اصلاح الگوهای بین‌فردی ناسازگار دانست. طرحواره‌های ناسازگار اولیه معمولاً در رابطه شکل می‌گیرند و در رابطه نیز تداوم می‌یابند؛ بنابراین تغییر آن‌ها می‌تواند شیوه ارتباط فرد با اعضای خانواده را دگرگون کند. برای نمونه، فردی که تحت تأثیر طرحواره طرد یا نقص و شرم قرار دارد، ممکن است واکنش‌های عادی اعضای خانواده را نشانه بی‌محبی یا قضاوت تلقی کند. همچنین فرد دارای طرحواره اطاعت یا بازداری هیجانی ممکن است نیازها و هیجان‌های خود را بیان نکند و همین امر به کاهش صمیمیت و افزایش فاصله عاطفی منجر شود. در طرحواره‌درمانی، تکنیک‌هایی مانند تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوی طرحواره‌ای، نامه‌نویسی، بازوالدینی حدودمرزدار و الگوشکنی رفتاری به فرد کمک می‌کنند تا الگوهای قدیمی رابطه‌ای را شناسایی و شیوه‌های سالم‌تری برای ارتباط، بیان هیجان و حل مسئله تمرین کند. این یافته با پژوهش‌هایی همسو است که اثربخشی طرحواره‌درمانی گروهی، مداخلات مبتنی بر طرحواره و سایر مداخلات روان‌شناختی را بر تاب‌آوری، روابط، نشانه‌های اضطرابی و عملکرد روانی نشان داده‌اند (Balje et al., 2024; Beygi Harchagani et al., 2022; Seif Hosseini et al., 2019; Stefan et al., 2023). همچنین از آنجا که اضطراب اجتماعی با الگوهای اجتنابی و مشکلات تعامل اجتماعی پیوند دارد، یافته حاضر با مطالعاتی که بر ضرورت مداخلات هدفمند برای ارتقای عملکرد اجتماعی و کاهش اجتناب در افراد دارای اضطراب اجتماعی تأکید کرده‌اند، هماهنگ است (Hur et al., 2021; Jamshidi et al., 2024; Nadri et al., 2023; Rasouli et al., 2022).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان در چارچوب این ایده تبیین کرد که اضطراب اجتماعی، اضطراب سلامت، نگرش منفی به زندگی و اختلال در فرآیندهای خانواده، هرچند در ظاهر متغیرهایی متمایز هستند، اما می‌توانند ریشه‌های مشترکی در طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و تجربه‌های هیجانی حل‌نشده داشته باشند. طرحواره‌درمانی با فراهم کردن بستری برای شناخت، تجربه، بازسازی و تغییر این الگوها، به مراجع کمک می‌کند تا به جای اجتناب، تسلیم یا جبران افراطی، پاسخ‌های سالم‌تری انتخاب کند. از سوی دیگر، همسویی نتایج این پژوهش با یافته‌های مربوط به درمان‌های پذیرش‌محور، ذهن‌آگاهی، واقعیت‌درمانی و درمان‌های شناختی-رفتاری نشان می‌دهد که کاهش اضطراب اجتماعی و پیامدهای همراه آن نیازمند مداخلاتی است که هم به نشانه‌ها و هم به سازوکارهای زیربنایی بپردازند (Lojk, 2018; Riley et al., 2019). با این حال، امتیاز طرحواره‌درمانی در این است که به‌طور خاص بر تاریخچه تحولی، نیازهای هیجانی، رابطه درمانی و الگوهای پایدار بین‌فردی تمرکز دارد و از این طریق می‌تواند تغییرات عمیق‌تری در نگرش به خود، بدن، زندگی و روابط خانوادگی ایجاد کند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که طرحواره‌درمانی مداخله‌ای مؤثر برای کاهش اضطراب سلامت و ارتقای نگرش به زندگی و فرآیندهای خانواده در زنان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی است و می‌تواند به‌عنوان یکی از گزینه‌های درمانی کاربردی در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مورد توجه قرار گیرد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی، حجم نمونه نسبتاً محدود و انتخاب نمونه از میان زنان مراجعه‌کننده به مراکز اعصاب و روان شهر یزد اشاره کرد که تعمیم نتایج را به سایر گروه‌ها، شهرها، مردان یا جمعیت‌های بالینی متفاوت با احتیاط همراه

می‌سازد. همچنین داده‌های پژوهش بر اساس ابزارهای خودگزارشی گردآوری شدند و بنابراین احتمال سوگیری پاسخ‌دهی، تمایل به پاسخ‌های اجتماعی‌پسند یا خطا در ادراک فردی وجود دارد. نبود دوره پیگیری طولانی‌مدت نیز از دیگر محدودیت‌های پژوهش است، زیرا مشخص نیست میزان پایداری اثرات درمان در ماه‌های بعد از پایان مداخله چگونه خواهد بود. علاوه بر این، برخی متغیرهای زمینه‌ای مانند وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، شدت اولیه اضطراب اجتماعی، کیفیت روابط خانوادگی، سابقه درمان روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ممکن است بر نتایج اثرگذار بوده باشند، اما در پژوهش حاضر به‌صورت گسترده کنترل نشده‌اند.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر متغیرهای مورد مطالعه با حجم نمونه بزرگ‌تر، طرح‌های تصادفی کنترل‌شده و دوره‌های پیگیری چندماهه بررسی شود تا پایداری اثرات درمانی با دقت بیشتری مشخص گردد. همچنین انجام مطالعات مشابه در شهرها و فرهنگ‌های مختلف، در میان مردان، نوجوانان، زنان متأهل و مجرد، و افراد دارای شدت‌های متفاوت اضطراب اجتماعی می‌تواند به افزایش قابلیت تعمیم یافته‌ها کمک کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده اثر طرحواره‌درمانی را با درمان‌های دیگر مانند درمان شناختی-رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی یا درمان‌های هیجان‌مدار مقایسه کنند. بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند طرحواره‌های ناسازگار اولیه، حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجان، خودشفقتی، ترس از ارزیابی منفی و سبک‌های مقابله‌ای نیز می‌تواند به فهم دقیق‌تر سازوکارهای اثرگذاری این درمان کمک کند.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناختی و مراکز اعصاب و روان از طرحواره‌درمانی به‌عنوان مداخله‌ای ساختاریافته برای زنان دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی استفاده کنند، به‌ویژه در مواردی که اضطراب اجتماعی با اضطراب سلامت، نگرش منفی به زندگی یا مشکلات خانوادگی همراه است. درمانگران می‌توانند در کنار آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش نشانه‌های اضطرابی، بر شناسایی طرحواره‌های ناسازگار، ذهنیت‌های طرحواره‌ای، الگوهای اجتنابی و شیوه‌های ناسالم ارتباطی تمرکز کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود برنامه‌های درمانی گروهی مبتنی بر طرحواره‌درمانی در مراکز درمانی اجرا شود، زیرا فضای گروهی می‌تواند فرصت مناسبی برای تمرین ارتباط، کاهش احساس تنهایی، دریافت بازخورد و اصلاح الگوهای بین‌فردی فراهم سازد. استفاده از تمرین‌های خانگی، ثبت طرحواره، ایفای نقش، تصویرسازی ذهنی و آموزش رفتارهای سالم خانوادگی نیز می‌تواند اثربخشی عملی مداخله را در زندگی روزمره مراجعان افزایش دهد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Social anxiety disorder is one of the most clinically significant anxiety disorders, characterized by persistent fear of negative evaluation, avoidance of interpersonal or performance situations, and heightened sensitivity to social judgment. Individuals with symptoms of social anxiety often experience intense worry before, during, and after social interactions, and these concerns may disrupt occupational, relational, emotional, and family functioning. The disorder is not limited to overt behavioral avoidance; rather, it is closely associated with maladaptive cognitive patterns, dysfunctional emotional processing, low self-confidence, and persistent fear of exposure, criticism, or humiliation (Ganji, 2016, 2018; Rasouli et al., 2022). Recent studies have increasingly emphasized the role of early maladaptive schemas in the development and maintenance of social anxiety. These schemas, which are rooted in unmet emotional needs and early interpersonal experiences, shape individuals' interpretations of themselves, others, bodily sensations, and social situations. Empirical findings have shown that early maladaptive schemas can predict social anxiety and may operate through related mechanisms such as insecure attachment, anxiety sensitivity, perfectionism, and maladaptive coping strategies (Beygi Harchagani et al., 2022; Cudo et al., 2024; Jamshidi et al., 2024; Nadri et al., 2023).

Health anxiety is one of the important psychological problems that may accompany social anxiety. People with social anxiety may interpret physiological arousal, such as palpitation, sweating, trembling, facial blushing, or shortness of breath, as threatening signs of illness or as visible indicators of weakness and embarrassment. This interpretation may lead to excessive monitoring of bodily sensations, catastrophic misinterpretation of symptoms, and reassurance-seeking behaviors. Health anxiety is associated with psychological distress, reduced quality of life, and unnecessary health-related concerns, especially under stressful conditions or among individuals exposed to illness-related threats (Abdelghani et al., 2021; Ansarifard, 2019; Hosseini, 2018; Mousavi et al., 2022; Tyrer et al., 2015). In addition, women with symptoms of social anxiety may experience a more negative attitude toward life due to avoidance, perceived inadequacy, shame, lack of social success, and reduced experience of meaning and purpose. Meaning in life and positive life orientation are important psychological resources that support adjustment, resilience, and well-being (Doroudian et al., 2018; Hagi et al., 2018; Kiang et al., 2017; Seiri Partovi & Kavousian, 2017).

Family processes are also relevant in understanding the broader consequences of social anxiety. Communication skills, problem-solving, cohesion, flexibility, coping patterns, and emotional expression are central components of healthy family functioning. According to the family process and content model, psychological well-being is influenced not only by family resources but also by the quality of family interactions and relational processes (Samani, 2016). Schema therapy is an integrative and depth-oriented therapeutic approach that targets early maladaptive schemas, schema modes, and dysfunctional coping styles

through cognitive, experiential, behavioral, and interpersonal techniques. Evidence has supported the effectiveness of schema therapy and schema-based interventions in social anxiety, chronic anxiety, health anxiety, emotional schemas, depression, resilience, psychological distress, and interpersonal functioning (Abbasi Farhadlou, 2020; Alizade Moghaddam et al., 2024; Balje et al., 2024; Morvaridi et al., 2018; Mousavi et al., 2024; Nekookerdaran & Izadi, 2021; Peeters et al., 2021; Salehi Kamroudi & Shourzandsorkhi, 2020; Seif Hosseini et al., 2019; Stefan et al., 2023; Videler et al., 2020; Young et al., 2017). Other psychological approaches, including mindfulness-based, acceptance-based, cognitive-behavioral, reality-based, and technology-assisted interventions, have also been applied to anxiety-related problems; however, schema therapy may be especially suitable when symptoms are rooted in stable maladaptive patterns and interpersonal vulnerabilities (Hur et al., 2021; Lojk, 2018; Riley et al., 2019; Shafiabadi, 2016). Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of schema therapy on health anxiety, attitude toward life, and family processes in women with symptoms of social anxiety referred to psychiatric and psychological centers in Yazd.

Methods and Materials

This applied study used a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The statistical population included all women aged 25 to 40 years who referred to psychiatric and psychological centers in Yazd with symptoms of social anxiety during the first three months of 2023. From this population, 30 eligible participants were selected through convenience sampling and were then randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. The independent variable was schema therapy, and the dependent variables were health anxiety, attitude toward life, and family processes. The inclusion criteria were willingness to participate in the study, informed consent, age between 25 and 40 years, symptoms of social anxiety, no simultaneous participation in other psychotherapy programs, no psychiatric medication use, and no substance dependence. The exclusion criteria were failure to complete the posttest questionnaires and absence from more than one treatment session.

Data were collected using the short form of the Health Anxiety Inventory, the Life Regard Index, the Family Process Scale, and the Social Anxiety Questionnaire. The Health Anxiety Inventory included 18 items and assessed general health concern, illness likelihood, and consequences of illness. The Life Regard Index assessed attitude toward life and personal meaning through two dimensions, namely framework and fulfillment. The Family Process Scale assessed family process components, including communication skills, coping skills, decision-making and problem-solving skills, cohesion and flexibility, and religious beliefs. The Social Anxiety Questionnaire was used to assess symptoms of social anxiety and to identify eligible participants. The experimental group received schema therapy in ten 90-minute sessions, whereas the control group received no psychological intervention during the study period. Both groups completed the pretest before the intervention and the posttest after the intervention.

The schema therapy protocol included introduction to the treatment, development of therapeutic motivation, explanation of group rules, psychoeducation about schema therapy and early maladaptive schemas, identification of schema domains and schema functions, introduction to maladaptive coping styles and schema modes, assessment of schemas, provision of feedback, experiential techniques such as imagery, dialogue between the healthy side and schema-driven side, schema recording, letter writing, limited reparenting through imagery, identification of target behaviors, behavioral pattern-breaking, role playing, mental rehearsal of healthy behaviors, and review of previous sessions. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation, and inferential statistics. Before hypothesis testing, statistical assumptions were examined using the Kolmogorov–Smirnov test for normality, Levene’s test for homogeneity of variances, and the test of homogeneity of regression slopes. After confirmation of the assumptions, multivariate analysis of

covariance and univariate analysis of covariance were conducted using SPSS version 22. The significance level was set at 0.05.

Findings

The descriptive findings showed that the mean score of health anxiety in the control group decreased slightly from 34.33 in the pretest to 33.20 in the posttest, whereas the mean score in the experimental group decreased from 34.67 in the pretest to 26.80 in the posttest. This pattern indicated a marked reduction in health anxiety among participants who received schema therapy. For attitude toward life, the control group showed a slight increase from 38.20 in the pretest to 39.87 in the posttest, while the experimental group showed a more substantial increase from 37.80 in the pretest to 44.80 in the posttest. For family processes, the mean score of the control group increased from 89.20 in the pretest to 93.00 in the posttest, whereas the mean score of the experimental group increased from 89.47 in the pretest to 119.86 in the posttest. These descriptive results suggested that schema therapy was associated with reduced health anxiety and improved attitude toward life and family processes.

The results of the Kolmogorov–Smirnov test indicated that the distributions of the research variables were normal in both the pretest and posttest stages. Levene's test showed that the assumption of homogeneity of variances was met for the variables. The interaction between pretest scores and group membership was not statistically significant, confirming the homogeneity of regression slopes. Therefore, the assumptions required for covariance analysis were satisfied.

The results of multivariate analysis of covariance showed that, after controlling for pretest scores, the group effect was significant for all three dependent variables. The intervention had a significant effect on health anxiety, $F=10.379$, $p=0.003$; attitude toward life, $F=7.625$, $p=0.011$; and family processes, $F=9.845$, $p=0.004$. The results of univariate covariance analyses also confirmed that schema therapy significantly reduced health anxiety and significantly increased attitude toward life and family processes in the experimental group compared with the control group. The reported effect sizes indicated that 61.0% of the variance in health anxiety, 59.2% of the variance in attitude toward life, and 60.4% of the variance in family processes could be attributed to the schema therapy intervention. Overall, the findings supported the effectiveness of schema therapy on all three study outcomes.

Discussion and Conclusion

The findings of the present study demonstrated that schema therapy was effective in reducing health anxiety among women with symptoms of social anxiety. This result can be explained by the fact that health anxiety is often maintained by catastrophic interpretation of bodily sensations, excessive monitoring of physical symptoms, and dysfunctional beliefs about illness and vulnerability. Schema therapy helps individuals identify the deeper emotional and cognitive patterns that intensify these interpretations. Through cognitive restructuring, experiential techniques, imagery work, and behavioral pattern-breaking, participants were likely able to understand the schema-driven nature of their health-related fears and respond to bodily sensations in a more adaptive way. As a result, the reduction in health anxiety can be understood as the outcome of modifying maladaptive schemas related to vulnerability, defectiveness, dependence, emotional inhibition, and fear of harm.

The study also showed that schema therapy improved attitude toward life. Women with symptoms of social anxiety may experience life through a framework of shame, avoidance, failure expectations, and fear of rejection. These patterns may reduce meaning, hope, and positive engagement with life. Schema therapy provides a therapeutic space in which clients can recognize how early maladaptive schemas influence their current interpretation of themselves, their relationships, and their future. By strengthening the healthy adult mode, reducing the influence of punitive or vulnerable modes, and encouraging healthier emotional and behavioral responses, the intervention can help individuals develop a more positive and meaningful orientation

toward life. Therefore, the improvement in attitude toward life may reflect deeper changes in self-perception, emotional regulation, and personal agency.

The findings further indicated that schema therapy improved family processes. This result is clinically meaningful because social anxiety is not merely an individual problem; it can affect communication, emotional expression, problem-solving, and interpersonal closeness within the family. When individuals are dominated by maladaptive schemas, they may avoid emotional disclosure, misinterpret family interactions, suppress their needs, or respond defensively to perceived criticism. Schema therapy targets these interpersonal patterns by helping clients identify schema activation in relationships and practice healthier forms of communication and coping. Techniques such as imagery, role playing, schema dialogue, and behavioral pattern-breaking can improve the client's ability to express emotions, negotiate needs, and participate more constructively in family interactions.

In conclusion, the present study provides evidence that schema therapy can be considered an effective intervention for women with symptoms of social anxiety, particularly when social anxiety is accompanied by health anxiety, negative attitude toward life, and impaired family processes. The intervention appears to influence both individual and relational domains by targeting the underlying schemas and coping styles that maintain psychological distress. These findings suggest that schema therapy may be a useful approach in psychiatric, psychological, and counseling centers for women who present with complex anxiety-related symptoms and interpersonal difficulties. Future clinical applications may benefit from integrating schema therapy with structured assessment, group-based delivery, follow-up sessions, and family-sensitive therapeutic components to enhance the durability and generalizability of treatment gains.

فهرست منابع

References

- Abbasi Farhadlou, F. (2020). The effectiveness of schema therapy on mental health and resilience in patients with irritable bowel syndrome. 3rd International Conference on Psychology, Counseling, Education, and Training, Mashhad.
- Abdelghani, M., Mahdy, R. S., & El-gohari, H. (2021). Health anxiety to COVID-19 virus infection and its relationship to quality of life in a sample of health care workers in Egypt: A cross-sectional study. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 23(1), 19-28. <https://doi.org/10.12740/APP/130304>
- Alizade Moghaddam, A., Vaslehchi, T., Azimi Takami, Z., Azimi Takami, F., & Kiani, S. (2024). The Effectiveness of Schema Therapy on Health Anxiety and Health Stubbornness of People Visiting Neurology Clinics. *Health Nexus*, 2(1), 21-28.
- Ansarifar, N. (2019). *The relationship between executive functions and treatment adherence in cardiac patients after open-heart surgery: The moderating role of health anxiety* [Shahid Beheshti University].
- Balje, A. E., Greeven, A., Deen, M., van Giezen, A. E., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2024). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for patients with social anxiety disorder and comorbid avoidant personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 104, 102860. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102860>
- Beygi Harchagani, N., Sharifi, T., Nikkhah, M., & Ahmadi, R. (2022). Comparing the effectiveness of neurofeedback therapy and schema therapy on perfectionism in individuals with social anxiety in Shahin Shahr. *Journal of Mashhad Medical School*, 65(3).
- Cudo, A., Dobosz, M., Griffiths, M. D., & Kuss, D. J. (2024). The relationship between early maladaptive schemas, depression, anxiety and problematic video gaming among female and male gamers. *International journal of mental health and addiction*, 22(1), 47-74. <https://doi.org/10.1007/s11469-022-00858-2>
- Doroudian, M., Maddahi, M., & Khalatbari, J. (2018). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy on emotion regulation and self-efficacy in women with social anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 10(3), 45-58.
- Ganji, H. (2016). *Complete Guide to Changes and Essential Points of DSM-5* (3rd ed.). Savalan.
- Ganji, H. (2018). *Clinical Psychology Based on DSM-5*. Savalan.

- Haghi, S., Haghtalab, T., & Asgari, M. (2018). The effectiveness of assumption- and rule-based cognitive group training on attitudes toward meaninglessness in life and psychological hardiness among women with social anxiety disorder. *Analytical-Cognitive Psychology Quarterly*, 8(30), 17-27.
- Hosseini, S. K. (2018). *Comparison of health anxiety, health-promoting lifestyle, psychological distress profile, and fear of negative evaluation in individuals with and without AIDS* [Urmia University].
- Hur, J. W., Shin, H., Jung, D., Lee, H. J., Lee, S., Kim, G. J., & Cho, C. H. (2021). Virtual reality-based psychotherapy in social anxiety disorder: fMRI study using a self-referential task. *Jmir Mental Health*, 8(4), e25731. <https://doi.org/10.2196/25731>
- Jamshidi, A., Maschi, F., & Zeighami Mohammadi, S. (2024). Predicting Social Anxiety Based on Early Maladaptive Schemas in Students. *Nursing Education*, 13(3), 13-24.
- Kiang, L., Fuligni, A. J., & Andrew, J. (2017). Meaning in life as a mediator of ethnic identity and adjustment among adolescents from Latin, Asian, and European American backgrounds. *Journal of youth and adolescence*, 39(11), 1253-1262. <https://doi.org/10.1007/s10964-009-9475-z>
- Lojk, B. (2018). Formulation in reality therapy: Making sense of client's problems. *International Journal of Choice Theory and Reality Therapy*, 38(1), 86-94.
- Morvaridi, M., Mashhadi, A., & Sepehri Shamloo, Z. (2018). The effectiveness of group therapy based on emotional schema therapy on reducing anxiety sensitivity in women with social anxiety. *Journal of Neyshabur University of Medical Sciences*, 7(1), 55-68.
- Mousavi, S., Heidari, A., Safarzadeh, S., Asgari, P., & Talebzadeh Shoushtari, M. (2024). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Self-Regulation and Frustration Tolerance in Female Students with Exam Anxiety. *Women's Health Bulletin*.
- Mousavi, S. K., Kamali, M., Azizkhani, H., & Mohammadi, S. (2022). Health anxiety among nurses caring for patients with COVID-19. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 27(2), 139-143. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_213_20
- Nadri, M., Sadeghi, M., & Rezaei, F. (2023). Structural Model of Early Maladaptive Schemas and Insecure Attachment Style with Social Anxiety Disorder: The Mediating Role of Anxiety Sensitivity. *Clinical Psychology Quarterly*, 15(3), 37-48. <https://www.magiran.com/paper/2695044/structural-model-of-primary-maladaptive-schemas-and-insecure-attachment-style-with-social-anxiety-disorder-the-mediating-role-of-anxiety-sensitivity?lang=en>
- Nekookerdaran, M., & Izadi, M. (2021). The effectiveness of schema therapy on emotional schemas and severity of depressive symptoms among women during COVID-19 conditions. 4th International Conference on Psychology, Educational Sciences, and Social Studies, Hamadan.
- Peeters, N., Stappenbelt, S., Burk, W. J., van Passel, B., & Krans, J. (2021). Schema therapy with exposure and response prevention for the treatment of chronic anxiety with comorbid personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 68-76. <https://doi.org/10.1111/bjc.12271>
- Rasouli, S., Gupta, G., Nilsen, E., & Dautenhahn, K. (2022). Potential applications of social robots in robot-assisted interventions for social anxiety. *International Journal of Social Robotics*, 14(5), 1-32. <https://doi.org/10.1007/s12369-021-00851-0>
- Riley, B., Smith, T., & Baigent, M. (2019). Effectiveness of mindfulness and acceptance-based group therapy: A pilot study in a heterogeneous population of female prisoners. *Journal of Correctional Health Care*, 25(3), 245-258.
- Salehi Kamroudi, S., & Shourzandsorkhi, H. (2020). The effectiveness of cognitive schema therapy on reducing anxiety and depression in women with breast cancer. 5th International Conference on Health, Treatment, and Health Promotion, Tehran.
- Samani, S. (2016). The Family Process and Content Model: A novel approach to family typology. *Family Research Quarterly*, 12(46), 7-24.
- Seif Hosseini, A., Asadi, J., Sanagou, A., & Khajavand Khoshli, A. (2019). Comparing the effectiveness of schema therapy based on group therapy and mindfulness-based stress reduction on resilience among mothers of children with cancer. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences, Faculty of Medicine*, 62(Special issue), 411-420.
- Seiri Partovi, M., & Kavousian, J. (2017). The effect of acceptance and commitment therapy (ACT) on improving symptoms in patients with social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 9(4), 33-45.
- Shafiabadi, A. (2016). *Theories of Psychotherapy and Counseling*. University Publishing Center.
- Stefan, S., Stroian, P., Fodor, L., Matu, S., Nechita, D., & Boldea, I. (2023). An online contextual schema therapy workshop for social anxiety symptoms: A randomized controlled trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.005>
- Tyrer, A., Tyrer, P., Lisseman-Stones, Y., & McAllister, S. (2015). Therapist differences in a randomized trial of the outcome of cognitive behavior therapy for health anxiety in medical patients. *International journal of nursing studies*, 52(3), 686-694. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.013>

- Videler, A. C., van Royen, R. J., Legra, M. J., & Ouwens, M. A. (2020). Positive schemas in schema therapy with older adults: Clinical implications and research suggestions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(4), 481-491. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000077>
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2017). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Arjmand.