



The effectiveness of schema therapy on self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder

Arghavan Kebritchi¹, Shahnam Abolghasemi², Mansoureh Shahriari Ahmadi³

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: Arghavan_kb@yahoo.com

2. Associated Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran. E-mail: sh.abolghasemi@iau.ac

3. Assistant Professor, Department of Psychology of Exceptional Children, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: mansure_shahriari@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received 25 October 2024

Received in revised form 21 November 2024

Accepted 27 December 2024

Published Online 22 December 2025

Keywords:

schema therapy,
self-focused attention,
symptoms,
social anxiety disorder

ABSTRACT

Background: Recent developments in the treatment of anxiety disorders have been attention bias modification and finding effective treatment for social anxiety disorder which is one of the most common disorders to reduce the severity and depth of its symptoms, has considerable importance.

Aims: The aim of the present study was to investigate the effectiveness of schema therapy on self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder.

Methods: The research method was a semi-experimental pretest-posttest design with control group and 45-day follow-up stage. The study population included all married women with social anxiety disorder referred to psychological counseling centers in the 18th district of Tehran in 2023 which among those 34 cases were selected through available sampling and according to the inclusion criteria and they were randomly divided into experimental and control groups. All participants were assessed by the Focus of Attention Questionnaire (Woody, Chambless, & Glass, 1997) and Social Phobia Inventory (Connor et al, 2000). The Experimental group received schema therapy (Young, 2008) sessions for eight 90-minutes sessions. Data were analyzed by SPSS-24 software and MANOVA with repeated measure test.

Results: The results indicated the effectiveness of schema therapy on reducing self-focused attention ($p < 0.01$) and symptoms of social anxiety disorder ($p < 0.01$) and maintaining its effectiveness in the follow-up stage ($p < 0.01$).

Conclusion: Considering that self-focused attention has a significant role in social anxiety disorder, could be more focused on this variable on the treatment of this disorder. This finding has potential implications for mental health practitioners who are involved in mental health area.

Citation: Kebritchi, A., Abolghasemi, Sh., & Shahriari Ahmadi, M. (2025). The effectiveness of schema therapy on self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder. *Journal of Psychological Science*, 24(154), 205-221. [10.52547/JPS.24.154.205](https://doi.org/10.52547/JPS.24.154.205)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 154, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.154.205](https://doi.org/10.52547/JPS.24.154.205)



✉ **Corresponding Author:** Shahnam Abolghasemi, Associated Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

E-mail: sh.abolghasemi@iau.ac, Tel: (+98) 9113913907

Extended Abstract

Introduction

Social anxiety disorder (SAD), one of the most common, chronic, and debilitating anxiety disorders, is characterized by significant and persistent fear or anxiety about one or more social situations where there is a possibility of being scrutinized by others (American Psychiatric Association, 2013). The 12-month prevalence of this disorder is estimated to range between 0.5% and 2% (Finlay-Joner, 2017). One of the primary symptoms of individuals with SAD is the fear of negative evaluation in social and performance situations. These individuals often focus on negative thoughts, self-imagery from an observer's perspective, and unpleasant physical sensations such as sweating and heart palpitations. Consequently, they selectively attend to and react to threatening information (Meral & Verheindes, 2022). Research has shown that individuals with SAD score higher on self-focused attention compared to others (Leigh et al., 2021). When faced with socially threatening situations, their self-attention and access to negative thoughts and feelings increase, interfering with their performance and leading to higher levels of self-focused attention (Kampmann et al., 2019). Given the chronic nature and recurrent symptoms of SAD, various interventions have been employed for its treatment. However, evidence indicates that these therapeutic approaches have limited efficacy in fully addressing social anxiety, as a significant portion of patients continue to exhibit symptoms post-treatment, with many experiencing persistent symptoms during follow-ups (Amanda et al., 2016). This highlights the need for more effective and comprehensive treatments that address multiple aspects of SAD. One such intervention is schema therapy, introduced by Young et al. (2003) as an approach to address the theoretical gaps in cognitive-behavioral therapy (CBT). Schema therapy targets the deepest levels of cognition by focusing on early maladaptive schemas. It employs cognitive, experiential, behavioral, and interpersonal strategies to help patients overcome these schemas. The primary goal of this psychotherapeutic model is to enhance psychological awareness and foster conscious control over schemas,

while its ultimate objective is to improve schemas and coping styles.

Considering that SAD is a prevalent disorder associated with various problems and comorbidities, including negative academic, social, economic, and occupational outcomes, research has shown that only one-third of individuals with SAD receive treatment during their illness. Given the role of cognitive factors in the onset, exacerbation, and recurrence of SAD symptoms—such as self-focused attention and its wide-ranging impact on individuals' lives—and the proven effectiveness of schema therapy in treating various disorders, the present study aims to investigate whether schema therapy is effective in reducing self-focused attention and clinical symptoms of SAD.

Method

This research was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a 45-day follow-up with a control group. The statistical population included all married women with social anxiety disorder (SAD) who referred to psychological counseling centers in District 18 of Tehran in 2023. Thirty-four women were selected based on inclusion criteria and randomly assigned to experimental and control groups. Inclusion criteria were having a psychological or psychiatric file with a diagnosis of SAD, scoring above 40 on the social anxiety inventory, informed consent to participate, being married, not taking medication, no history of physical illness, and not receiving concurrent treatments. Exclusion criteria included withdrawal from the study and missing more than two sessions. The research tools were Attention Questionnaire (Woody, Chambless, & Glass, 1997) and Social Phobia Inventory (Connor et al, 2000). The experimental group received schema therapy (Young, 2008) sessions for eight 90-minutes sessions, while the control group did not receive any intervention. Participants were evaluated at three stages: pretest, posttest, and a 45-day follow-up. Data were analyzed using SPSS-24 software and repeated measures multivariate analysis of variance (ANOVA).

Results

The demographic characteristics of the participants in terms of Employment status, education level, and age were as follows: In the control group, 8 individuals (47.05%) were housewives, and 9 individuals (52.95%) were employed women. In the experimental group, 10 individuals (58.82%) were housewives, and 7 individuals (41.18%) were employed women. Regarding education level, in the control group, 1 individual (5.88%) with a high school diploma, 13 individuals (76.48%) with a bachelor's degree, and 3 individuals (17.64%) with a master's degree. In contrast, in the experimental group, 1 individuals (5.88%) had a high school diploma, and 12

individuals (70.59%) with a bachelor's degree, and 4 individuals (23.53%) with a master's degree. In terms of age, the average age of the control group was 39.6 years and the average age of the experimental group was 38.7 years.

The pretest scores for self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder were similar between the control and experimental groups. The experimental group showed a greater decrease in mean scores in the posttest and follow-up stages compared to the control group, indicating improvement. Assumptions for repeated measures ANOVA, including normality, linearity, outlier analysis, homogeneity of variances, and equality of covariance matrices, were confirmed.

Table 1. The results of within-group and between-group effects comparisons related to the variables of self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder

variables	Source	SS	df	MS	F	Sig	Eta
self-focused attention	Time	78.36	1	78.36	105.26	0.001	0.767
	Group	148.32	1	148.32	38.96	0.001	0.549
	Time*Group	41.3	1	41.3	55.48	0.001	0.634
symptoms of social anxiety disorder	Time	503.3	1	503.3	63.55	0.001	0.665
	Group	588.48	1	588.48	28.82	0.001	0.474
	Time*Group	187.7	1	187.7	23.71	0.001	0.426

The results in Table 1 indicate that there is a significant difference in self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder between pre-test, post-test, and follow-up periods in schema therapy ($p < 0.01$). The results show that 76% and 66% of the within-group changes in self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder are explained by time. The interaction effect between time and group is significant for all variables ($p < 0.01$), indicating interaction between different time levels and different groups. The effect sizes show that 63% and 42% of the within-group changes are explained by the interaction of time in the group. The between-group

effects in Table 1 indicate a significant difference in the dependent variables' scores between the experimental and control groups ($p < 0.01$). For each of the variables of self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder, there is a significant difference between the control group and the schema therapy group. The eta squared values for self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder are 54% and 47%, respectively. Bonferroni post hoc test was used to examine the differences between research groups, and the results are presented in Table 2.

Table 2. Results of Bonferroni's post hoc test between the schema therapy group and the control group in self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder

Variable	Stages	Mean difference	Standard deviation	Sig
self-focused attention	Pre-test/Post-test	-4.12	2.36	0.001
	Post-test/follow-up	-0.41	2.35	0.34
	Pre-test/ follow-up	-3.71	2.12	0.001
symptoms of social anxiety disorder	Pre-test/Post-test	-9.53	1.3	0.001
	Post-test/follow-up	-0.77	1.35	0.12
	Pre-test/ follow-up	-8.76	1.75	0.001

The results of Table 2 showed that there was a significant difference ($p < 0.01$) in the variables of

self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder in the post-test and follow-up stages between

the schema therapy group and the control group. This indicates the effectiveness of schema therapy in decreasing self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder. Furthermore, the presence of a significant difference in the follow-up period suggests that schema therapy led to decrease focused attention and symptoms of social anxiety disorder in the treatment group, and these effects were maintained over time.

Conclusion

The aim of the current study was to investigate the effectiveness of schema therapy on self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder. The results indicated that schema therapy was effective in reducing self-focused attention and symptoms of social anxiety disorder ($p < 0.01$).

Schema therapy helps individuals with SAD by identifying their intermediate beliefs and enabling them to understand the origins of these beliefs and the underlying causes of their problems. By reviewing their functioning and recognizing core beliefs, individuals can become aware of how dysfunctional interpersonal relationships and negative thoughts reinforce these beliefs. Through schema therapy, they can modify and restructure their core beliefs, thereby reducing self-focused attention (Dodd et al., 2017). In schema therapy, dysfunctional automatic thoughts are identified, and individuals become aware of their role in perpetuating maladaptive patterns. By replacing these thoughts with more functional ones, self-focused attention and rumination can be reduced.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the doctoral thesis of the first author in the field of psychology, Islamic Azad University, Tonekabon Branch. Ethic cod for this study was IR.IAU.TON.REC.1403.008. The participants voluntarily participated in the research and the researcher does not consider any risk for the participants.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: Thanks are hereby given to the supervisor and advisor of this research.



بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی

ارغوان کبریت‌چی^۱، شهنام ابوالقاسمی^۲، منصوره شهرباری احمدی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی کودکان استثنایی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۸/۰۴

بازنگری: ۱۴۰۳/۰۹/۰۱

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۰۷

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

طرحواره درمانی،

توجه متمرکز بر خود،

نشانه‌های بالینی،

اختلال اضطراب اجتماعی

زمینه: تحول اخیر در زمینه درمان اختلالات اضطرابی، اصلاح سوگیری توجه را مورد هدف قرار داده است و یافتن درمان مؤثری برای کاهش شدت و عمق نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی که یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. **هدف:** هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی بود. **روش:** روش پژوهش، طرح نیمه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه با پیگیری ۴۵ روزه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به مراکز مشاوره روان‌شناختی منطقه ۱۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود که از بین آن‌ها ۳۴ نفر از طریق نمونه گیری در دسترس و با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. همه‌ی شرکت کنندگان توسط پرسشنامه کانون توجه (وودی، چامبلز و گلس، ۱۹۹۷) و سیاهه اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت طرحواره درمانی (یانگ، ۱۹۹۰) به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. داده‌ها از طریق نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از اثربخشی طرحواره درمانی بر کاهش توجه متمرکز بر خود ($p < 0/01$) و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی ($p < 0/01$) و ماندگاری تأثیر آن در دوره پیگیری بود ($p < 0/01$).

نتیجه گیری: با توجه به اینکه توجه متمرکز بر خود نقش بارزی را در اختلال اضطراب فراگیر ایفا می‌کند، می‌توان در درمان این اختلال بر این متغیر تمرکز بیشتری داشت. یافته‌های حاضر برای متخصصان بالینی دست‌اندرکار در حوزه سلامت روان، تلویحات کاربردی به دنبال دارد.

استناد: کبریت‌چی، ارغوان؛ ابوالقاسمی، شهنام؛ و شهرباری احمدی، منصوره (۱۴۰۴). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب

اجتماعی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۴، ۲۰۵-۲۲۱.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۴، ۱۴۰۴. DOI: [10.52547/JPS.24.154.205](https://doi.org/10.52547/JPS.24.154.205)



© نویسندگان.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱، یکی از اختلالات اضطرابی شایع، مزمن و ناتوان‌کننده است که از علل مهم افت عملکرد اجتماعی، تحصیلی، شغلی و ... است (لینچ و همکاران، ۲۰۲۱). پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ این اختلال را ترس یا اضطراب قابل ملاحظه و پایدار درباره‌ی یک یا چند موقعیت اجتماعی که در آن‌ها احتمال بررسی دقیق توسط دیگران وجود دارد، تعریف نموده است. نمونه‌ها شامل تعاملات اجتماعی، مشاهده شدن و اجرا کردن در حضور دیگران است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۲۳). شیوع دوازده ماهه این اختلال در بخش اعظم دنیا، حدود ۵/۵ تا ۲ درصد برآورد شده است (فینلای جونر، ۲۰۱۷). در مطالعه محمدی و همکاران (۲۰۲۰) میزان همبودی اختلال اضطراب اجتماعی با اختلال اضطراب فراگیر ۲۶ درصد، اختلال اضطراب جدایی ۲۴/۵ درصد و اختلال فوبیای خاص ۱۸ درصد گزارش شده است. بررسی‌ها نشان داده‌اند که تنها یک سوم مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی در دوره بیماری‌شان درمان دریافت می‌کنند (پروئو و همکاران، ۲۰۱۸) و این در حالی است که این اختلال بدون مداخله، یک سیر مزمن و مداوم را دنبال می‌کند. ازاین‌رو، با توجه به شیوع بالای این اختلال، به نظر می‌رسد اضطراب اجتماعی یکی از مشکلات رایج در جامعه به ویژه در زنان است و مسلماً با دامنه وسیعی از مشکلات همچون کارکرد ضعیف و افت تحصیلی، نارضایتی از روابط اجتماعی، سطح پایین شغلی و اقتصادی ارتباط دارد (بلک و همکاران، ۲۰۲۳).

با توجه به این که یکی از نشانه‌های اصلی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی است، چنین افرادی در موقعیت‌های اجتماعی بر افکار منفی، خودتصویرسازی منفی از دید ناظر و احساسات بدنی ناخوشایند همچون تعریق، تپش قلب و... تمرکز می‌کنند و به این ترتیب به طور انتخابی به اطلاعات تهدیدآمیز توجه می‌کنند و به آن‌ها واکنش نشان می‌دهند (مرال و وریندز، ۲۰۲۲) و در این راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی نمرات بالاتری در توجه متمرکز بر خود^۳ در مقایسه با دیگران بدست می‌آورند (لیق و همکاران، ۲۰۲۱؛ پی و همکاران،

۲۰۱۸). توجه متمرکز بر خود به معنای هدایت توجه نسبت به محرک‌های داخلی مانند انگیزتگی فیزیولوژیکی، رفتار، احساسات یا ظاهر خود در یک رویداد اجتماعی تعریف شده است و شامل توجه به نشانه‌های درونی مانند افکار منفی، خود تصویر سازی منفی، احساسات بدنی، شناخت‌ها و حالا هیجانی است و در واقع، به معنای آگاهی از اطلاعات تولید شده درونی می‌باشد (وودی و همکاران، ۱۹۹۷). کامپمن و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود نشان دادند افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی هنگامی که با موقعیت‌های ترس آور اجتماعی روبه‌رو می‌شوند، توجه به خود و دسترسی به افکار و احساسات منفی در آنان افزایش می‌یابد و با عملکرد آنان تداخل می‌کند و در نتیجه نمرات بالاتری در توجه متمرکز بر خود کسب می‌کنند.

با توجه به سیر مزمن و عود علائم اختلال اضطراب اجتماعی، مداخلات گوناگونی برای درمان به کار گرفته شده‌اند که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان به مداخلات شناختی-رفتاری (ناثوفا و همکاران، ۲۰۲۱؛ نیلز و همکاران، ۲۰۲۱)، روان‌پویایی (بوگلز و همکاران، ۲۰۱۴)، درمان بین فردی (تاوولی، ۲۰۱۳)، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (آزاده و همکاران، ۲۰۱۶)، شفقت درمانی (بوئرسما و همکاران، ۲۰۱۵) و ... اشاره کرد. اما بررسی‌ها نشان می‌دهد هر کدام از این روش‌های درمانی اثر ویژه‌ای بر اضطراب اجتماعی دارند و فقط تا حدی در درمان این اختلال مؤثرند. در ارتباط با الگوی شناختی- رفتاری سنتی برای اضطراب اجتماعی، هافمن (۲۰۰۷) اظهار می‌دارد که با وجود آنکه تحقیقات زیادی بر این اساس انجام شده، راهبردهای درمانی مبتنی بر آن، فقط آثار محدودی را نشان داده‌اند. موسکوویچ (۲۰۰۹) نیز مدعی است که درصد معناداری از افرادی که تحت درمان‌های شناختی رفتاری برای اضطراب اجتماعی قرار می‌گیرند، در انتهای درمان هنوز واجد نشانه‌ها هستند و حتی در درصد بالایی از آن‌ها، نشانه‌ها در مرحله‌ی پیگیری همچنان باقی می‌مانند. از دیگر سو، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بایستی برای افزایش کارایی روان درمانی‌ها به مؤلفه‌های بین فردی و هیجانی این افراد بیشتر توجه شود (بوروک و همکاران، ۲۰۰۴). در حوزه‌ی اختلالات اضطرابی این مسئله نیز توجه متخصصان را به خود جلب کرده است که نقش عوامل زمینه ساز در شکل‌گیری این اختلالات

³. self-focused attention

¹. social anxiety disorder

². diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)

را باید مدنظر قرار داد و نادیده انگاری آن‌ها ممکن است بر نتایج درمان و مفهوم سازی اختلالات تأثیر بگذارد. درک بهتر مکانیسم‌های زیربنایی اضطراب اجتماعی متضمن افزایش روش‌های مختلف درمانی و درمان مناسب با توجه به نیازهای مختلف افراد است (آماندا و همکاران، ۲۰۱۶). این امر اهمیت درمان‌ها و مداخلاتی را که کارآمدتر باشد و جنبه‌های مختلف اضطراب اجتماعی را پوشش دهد، بیش از پیش روشن می‌سازد. بنابراین پژوهش حاضر درصدد است الگوی طرحواره درمانی یانگ را که مدعی است به منظور تعدیل و برطرف کردن خلاءهای نظریه‌های شناختی- رفتاری شکل گرفته است، برای درمان این اختلال به کار گیرد. مفهوم کلیدی این رویکرد، طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌باشد (تیل و همکاران، ۲۰۱۶). طرحواره درمانی به عمیق‌ترین سطح شناخت پرداخته و طرحواره‌های ناسازگار اولیه را مورد هدف قرار می‌دهد و با بهره‌گیری از راهبردهای شناختی، تجربی (هیجانی)، رفتاری و بین فردی، بیماران را در غلبه بر طرحواره‌های مذکور یاری می‌دهد. هدف اولیه‌ی این مدل روان درمانی، ایجاد آگاهی روانشناختی و افزایش کنترل آگاهانه بر طرحواره‌هاست و هدف نهایی آن بهبود طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای است (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد طرحواره درمانی بر متغیرهای گوناگونی از اختلال‌های اضطرابی و به علاوه بر علائم بالینی و طرحواره هیجانی در افراد دچار اختلالات اضطرابی تأثیر دارد. بالچی و همکاران (۲۰۲۴) در پژوهشی که به مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان شناختی رفتاری در اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته بودند، دریافتند طرحواره درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری می‌تواند برای درمان افراد دارای علائم مزمن و مقاوم به درمان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد. استراپ و همکاران (۲۰۲۲) در بررسی تأثیر اجرای طرحواره درمانی گروهی برای بیماران مبتلا به اختلال‌های طبقه اضطرابی نشان دادند که مداخله مبتنی بر طرحواره از اثربخشی قابل قبولی در کاهش علائم شرکت کنندگان برخوردار بود. پنی و نورتون (۲۰۲۲) که به بررسی اثربخشی مدل طرحواره درمانی بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته بودند، دریافتند بهره‌گیری از تکنیک‌های شناختی و تجربی به اصلاح شناختی باورهای اصلی منفی، کاهش ناراحتی و افزایش مشارکت در فعالیت‌های اجتماعی ختم گردید. بالچی و همکاران (۲۰۱۶) دریافتند

طرحواره درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری اثربخشی بیشتر و پایدارتری بر کاهش نشانه‌های بالینی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با همبود اختلال شخصیت اجتنابی بر جای گذاشت. امام زمانی و همکاران (۱۴۰۲) در پژوهشی که به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته بودند، دریافتند شاخص‌های درصد بهبودی، تغییر پایا و درصد داده‌های غیرهمپوش نشان‌دهنده تأثیر معنادار درمان در افزایش ارزیابی مجدد، کاهش فرونشانی ابراز و کاهش نشانه‌های جسمانی دردناک بود. همچنین، درصد بهبود پیگیری نشان داد مداخله در افزایش ارزیابی مجدد و کاهش فرونشانی ابراز و نشانه‌های جسمانی دردناک مؤثر بوده است.

با توجه به این که SAD یکی از اختلالات شایع در جامعه است که با دامنه وسیعی از مشکلات و اختلالات همراه می‌باشد (هور و همکاران، ۲۰۲۰؛ رومانو و همکاران، ۲۰۱۹) و پژوهش‌ها (کلائس و همکاران، ۲۰۲۳؛ ویلاپلانا-پرز و همکاران، ۲۰۲۱؛ تونگ و همکاران، ۲۰۲۰؛ مویترا و همکاران، ۲۰۱۱) نشان داده‌اند که این اختلال توأم با کارکرد ضعیف و افت تحصیلی، نقص در روابط اجتماعی، مشکلات شغلی و اقتصادی است، همچنین نشان داده شده است که تنها یک سوم مبتلایان به SAD در دوره بیماری‌شان درمان دریافت می‌کنند و این در حالی است که این اختلال بدون مداخله، یک سیر مزمن و مداوم را دنبال می‌کند. اگر چه درمان شناختی رفتاری به عنوان درمان استاندارد طلایی در اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته می‌شود، اما با این حال، همه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به درمان شناختی رفتاری پاسخ نمی‌دهند. بنابراین، اثربخشی پایین درمان‌های شناختی و شناختی-رفتاری در جلوگیری از عود نشانه‌ها و پیامدهای همراه با اختلال اضطراب اجتماعی در کنار دیگر مدل‌ها، بکارگیری مداخلاتی که ماهیت شناختی مولفه‌های اثرگذار در اختلال اضطراب اجتماعی را مورد هدف قرار دهند، بیش از پیش احساس می‌شود. این درحالی است که مدل طرحواره درمانی که اغلب برای شرایط مزمن و مقاوم به درمان استفاده می‌شود، ممکن است برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی که به درمان‌های شناختی و شناختی رفتاری پاسخ نمی‌دهند، قابل استفاده باشد. در نتیجه، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی

به این سؤال است که آیا طرحواره درمانی بر توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی^۱ با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه با پیگیری ۴۵ روزه بود.

جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به ۴۰ مراکز مشاوره روان‌شناختی منطقه ۱۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بودند که از بین آن‌ها ۳۴ نفر با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و بر اساس روش نمونه‌گیری تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل پرونده روان‌شناختی یا روان‌پزشکی بر اساس تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، کسب نمره بالای ۴۰ در سیاهه اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰)، رضایت آگاهانه برای حضور در جلسات مداخله، تاهل، عدم مصرف دارو و عدم سابقه بیماری جسمی (بر اساس پرونده پزشکی)، عدم دریافت درمان یا مداخلات همزمان (بر اساس پرونده روان‌شناختی) و معیارهای خروج از پژوهش شامل اعلام انصراف از شرکت در پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه بود.

ب) ابزار

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه کانون توجه^۲: این پرسشنامه توسط وودی، چامپلس و گلنس در سال ۱۹۹۷ برای اندازه‌گیری کانون توجه افراد در تعاملات اجتماعی ساخته شده است. این پرسشنامه از دو زیرمقیاس ۵ گویه‌ای شامل «کانون توجه متمرکز بر خود» و «کانون توجه متمرکز بر دیگران» تشکیل شده است. آزمودنی‌ها به گویه‌های پرسشنامه بر اساس تصور تعامل اجتماعی قبلی پاسخ می‌دهند. هر گویه روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از اصلاً درست نیست (۱) تا کاملاً درست است (۵) درجه بندی شده است. حداقل و حداکثر نمره برای هر زیرمقیاس به ترتیب ۵ و ۲۵ می‌باشد. وودی و همکاران (۱۹۹۷) ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه کانون توجه

متمرکز بر خود و پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر دیگران را به ترتیب ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش کرده‌اند. در ایران، پژوهش جباری و احسانی (۱۳۹۷) ضرایب پایایی مقیاس کانون توجه و زیرمقیاس‌های آن به روش آلفای کرونباخ محاسبه نمودند که به ترتیب برای کل مقیاس ۰/۷۴، زیرمقیاس کانون توجه متمرکز بر خود ۰/۶۸ و زیرمقیاس کانون توجه متمرکز بر دیگران ۰/۵۱ بدست آمد که بیانگر پایایی قابل قبول پرسشنامه مذکور می‌باشد. خیر، استوار، لطیفیان، تقوی و سامانی (۱۳۸۷) روایی سازه‌ای این پرسشنامه را با روش تحلیل مولفه‌های اصلی و چرخش واریماکس مورد بررسی قرار دادند. نتایج این تحلیل دو مولفه را نشان داده است که این مولفه‌ها جمعاً ۵۵/۵۸ از واریانس نمرات کانون توجه را به خود اختصاص دادند. بنابراین تحلیل مولفه‌ای مشخص کرد که مولفه اول با ارزش ویژه ۳/۴۷، بیانگر ۳۱/۸۱ درصد از واریانس و شامل ۵ گویه (۳، ۴، ۷، ۹ و ۱۰)، مولفه دوم با ارزش ویژه ۲/۱۲، بیانگر ۲۱/۱۸ درصد از واریانس و شامل ۵ گویه (۱، ۲، ۵، ۶ و ۸) بودند. عامل‌های استخراج شده مطابق تحقیقات وودی و همکاران (۱۹۹۷) ساختارهای زیربنایی شان «عامل ۱: توجه متمرکز بر خود و عامل ۲: توجه متمرکز بر دیگران» نام گذاری گردید. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۵ به دست آمد.

سیاهه اضطراب اجتماعی^۳: این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور^۴ و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی یا هراس اجتماعی تهیه شد. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (سؤالات ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۵)، اجتناب (سؤالات ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶)، ناراحتی فیزیولوژیک (سؤالات ۲، ۷، ۱۳، ۱۷) می‌باشد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (اصلاً= ۰، کم= ۱، تا حدودی= ۲، زیاد= ۳ و خیلی زیاد= ۴) نمره گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره به ترتیب صفر و ۶۸ می‌باشد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه به این قرار است که پایایی به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، برابر ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ است. همسانی درونی یا ضریب آلفا در گروه افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است.

3. Social Phobia Inventory (SPIN)

4. Connor

1. semi experimental

2. Focus of Attention Questionnaire

هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار بالای آن است (سلاجقه و بخشانی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۲ به دست آمد.

پروتکل طرحواره درمانی: در پژوهش حاضر از پروتکل طرحواره درمانی (یانگ، ۱۹۹۰؛ به نقل از یانگ، کلاسکو و ویشار، ۲۰۰۳) استفاده به عمل آمد که شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و در مرکز مشاوره رستا برگزار گردید. خلاصه جلسات این مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

نقطه‌ی برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۰/۸ آزمودنی‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و گروه کنترل غیر روان پزشکی و نقطه‌ی برش ۵۰ با کارایی ۰/۸۹ افراد با اختلال اضطراب اجتماعی را از گروه کنترل روان‌پزشکی فاقد اضطراب اجتماعی از هم تمیز می‌دهند (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). روایی سازه در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با

جدول ۱. ساختار و محتوای جلسات طرحواره درمانی (یانگ، ۱۹۹۰)

جلسه	عنوان جلسه	هدف جلسه	تکلیف جلسه
اول	برقراری ارتباط و ارزیابی اولیه	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان قواعد گروه و اهداف و معرفی دوره، تعهد گرفتن، شناخت مشکل فعلی	هر فرد طی چند روز آینده در روابط خود با دیگران دقت کند و مشکلات فعلی خود را شناسایی کند. سپس این مشکلات را طبق توضیحات جلسه به صورت اختصاصی بنویسد و در مقابل آن اهداف خود را در مورد مشکل با توجه به دوره درمان بنویسد.
دوم	آموزش در مورد طرحواره‌ها و سبک‌های مقابله‌ای	آموزش طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، انواع و مشخصات آن‌ها، توضیح سبک‌های مقابله‌ای، برقراری ارتباط بین مشکلات زندگی فعلی و طرحواره‌ها	افراد برگه اطلاعات در مورد طرح‌واره‌ها را خوب مطالعه کرده و چند موقعیت که دچار سرخوردگی می‌شوند را در زندگی خود در نظر بگیرند و نوع طرحواره‌ای که در آن هنگام برانگیخته می‌شود و با آن مرتبط است را بنویسند و سبک‌های مقابله‌ای خود را برای کنار آمدن با آن طرحواره را نیز مشخص نمایند.
سوم	راهبردهای شناختی	ارائه منطق تکنیک‌های شناختی و استعاره جنگ، اجرای آزمون اعتبار طرحواره، استفاده از سبک درمانی رویارویی همدلانه، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرح‌واره	شرکت کنندگان تا جلسه بعد چند مورد از رفتارهای طرحواره را در نظر بگیرند، طرحواره زیربنایی آن، شواهد تأیید کننده و ردکننده آن را یادداشت کنند.
چهارم	تکنیک‌های شناختی	ارزیابی مزایا و معایب پاسخ‌های مقابله‌ای شرکت کنندگان، برقراری گفت‌وگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، استفاده از بازی مدافع شیطان، آموزش تدوین و ساخت کارهای آموزشی	شرکت کنندگان در منزل بین جنبه طرحواره و جنبه سالم‌شان با استفاده از تکنیک صندلی خالی گفت‌وگویی برقرار سازند و بنویسند.
پنجم	راهبردهای تجربی	ارائه منطق تکنیک تجربی و اهداف آن، تصویر سازی ذهنی، ربط دادن تصویر ذهنی گذشته به زمان حال، انجام گفت‌وگوی خیالی	نوشتن نامه به فردی که در دوران کودکی به آن‌ها آسیب رسانده و ارسال نکرده و در جلسه به همراه خود بیاورند.
ششم	الگوشکنی رفتاری	ارائه منطق تکنیک‌های رفتاری، بیان هدف تکنیک‌های رفتاری، تعیین فهرست جامعی از رفتارهای خاص به عنوان موضوع تغییر، ارائه راه‌هایی برای تهیه فهرست رفتار، اولویت‌بندی رفتارها برای الگوشکنی و مشخص کردن مشکل سازترین آن، افزایش انگیزه برای تغییر رفتار	افراد طی چند روز آینده چند موقعیتی که سرخورده شده‌اند را در زندگی در نظر گرفته و توجه کنند که چه احساسی داشته‌اند و چه فکری کرده و چه رفتاری انجام داده‌اند و در صورت بروز رفتار مشکل آفرین، رفتار سالم جایگزین را مقابل آن بنویسند.
هفتم	تکنیک‌های رفتاری	افزایش انگیزه برای تغییر رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی و ایفای نقش، غلبه بر موانع تغییر رفتار، ایجاد تغییرات مهم در زندگی	از افراد خواسته که برای رفتاری که هنوز در آن تغییری ایجاد نشده با پرسیدن این سؤال از خود «اگر این طرحواره را نداشتم چه کار می‌کردم؟» رفتار جایگزین را بیابند و مزایا و معایب تغییر در برابر عدم تغییر را یادداشت کنند.
هشتم	جمع بندی و اختتام	خلاصه جلسات قبل، بررسی تکالیف انجام شده و رفع اشکال، جمع بندی و نتیجه گیری نهایی با کمک اعضا، ارائه پس آزمون مربوط، تشکر و خداحافظی	

ج) روش اجرا

۳۴ نفر از زنان متأهل دارای اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۲ با توجه به معیارهای ورود به پژوهش انتخاب شدند و بر اساس روش نمونه گیری تصادفی در دو گروه ۱۷ نفره‌ی آزمایش و گواه قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه طرحواره درمانی دریافت کردند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. شرکت کنندگان دو گروه، در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۴۵ روزه) به وسیله‌ی پرسشنامه کانون توجه (وودی، چامبلس و گلکس، ۱۹۹۷) و سیاهه اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نام تمامی شرکت کنندگان دو گروه نیز به کدهای تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی خاصی به وجود نیاید. افزون بر این، برای تمامی شرکت کنندگان دو گروه به‌طور کامل فرآیند طرح (تا اندازه‌ای که به سوگیری شرکت کنندگان نینجامد) توضیح داده شد و پس از جلب رضایت آن‌ها، فرم توافق از تمامی شرکت کنندگان دو گروه دریافت گردید. جهت تحلیل داده‌ها و بررسی فرضیه‌های پژوهش از نرم افزار SPSS-24 و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده به عمل آمد.

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای وضعیت شغلی، تحصیلات و سن به این ترتیب بود که در در گروه گواه ۸ نفر (۴۷/۰۵ درصد) خانه‌دار و ۹ نفر (۵۲/۹۵ درصد) شاغل بودند و در گروه آزمایش ۱۰ نفر (۵۸/۸۲ درصد) خانه‌دار و ۷ نفر (۴۱/۱۸ درصد) شاغل بودند. به لحاظ تحصیلات نیز در گروه گواه ۱ نفر دیپلم (۵/۸۸ درصد)، ۱۳ نفر (۷۶/۴۸ درصد) کارشناسی و ۳ نفر (۱۷/۶۴ درصد) کارشناسی ارشد بودند؛ وضعیت تحصیلی در گروه آزمایش به این ترتیب بود که ۱ نفر (۵/۸۸ درصد) دارای مدرک دیپلم، ۱۲ نفر (۷۰/۵۹ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۴ نفر (۲۳/۵۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. از نظر وضعیت سنی نیز میانگین گروه گواه ۳۹/۶ سال و گروه آزمایش ۳۸/۷ سال بود. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد آزمودنی‌های پژوهش در متغیرهای توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
		میانگین	انحراف معیار	کشی‌دگی-کجی	میانگین	انحراف معیار	کشی‌دگی-کجی	میانگین	انحراف معیار	کشی‌دگی-کجی
توجه متمرکز بر خود	گواه	۱۱/۷۱	۱/۳۱	۱/۲۹۳	۰/۷۲۳	۱۱/۳۵	۱/۲۲	۰/۴۴۳	۰/۷۲۳	۱۱/۱۲
	طرحواره درمانی	۱۱/۵۹	۱/۴۱	۰/۸۱۲	۰/۴۹۵	۷/۴۷	۱/۵۸	۰/۸۰۲	۰/۸۱۵	۷/۸۸
نشانه‌های اختلال	گواه	۴۸/۱۲	۲/۳۶	۰/۵۱۲	۰/۰۲۳	۴۷/۴۱	۲/۰۶	۱/۷۸۶	۰/۶۷۸	۴۶
اضطراب اجتماعی	طرحواره درمانی	۴۸/۴۷	۳/۳	۰/۴۹۱	۰/۰۱۶	۳۸/۹۴	۳/۱۷	۱/۵۹۸	۰/۷۳۲	۳۹/۷۱

وابسته در دامنه ۲ و ۲- بودند و این به منزله معنی دار بودن داده‌ها می‌باشد که حاکی از رعایت مفروضه‌ی نرمال بودن برای داده‌های پژوهش می‌باشد. با توجه به همبستگی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای توجه متمرکز بر خود ($r = ۰/۶۸$) و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی ($r = ۰/۷۱$) مفروضه خطی بودن روابط بین متغیرهای کمکی (کواریت‌ها) وابسته محقق گردید. نتایج آزمون لوین برای متغیرهای توجه متمرکز بر خود ($F = ۰/۷۸۵$, $p = ۰/۳۸۲$) و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی

یافته‌های مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که نمرات مربوط به متغیرهای توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی در گروه‌های کنترل و آزمایش در مرحله پیش‌آزمون تقریباً نزدیک به هم می‌باشند، ولی میانگین نمرات گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری پیدا کرده است و با بهبود همراه بوده است اما معناداری این تغییر در ادامه به واسطه تحلیل کوواریانس چندمتغیری بررسی شده است. بر اساس نتایج شاخص کجی و کشیدگی در جدول ۲ متغیرهای

($F=0/228$, $p=0/636$) حاکی از تأیید مفروضه‌ی همگنی واریانس‌ها بود. همچنین نتایج آزمون ام‌باکس برای متغیرهای توجه متمرکز بر خود ($F=0/927$, $p=0/474$) و Boxs M= 6/19 و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی ($F=1/22$, $p=0/142$) Boxs M= 79/79 حاکی از برابری ماتریس‌های کوواریانس بود. به علاوه، نتایج همگنی رگرسیون متغیرهای توجه متمرکز بر خود ($F=0/839$, $p=0/34$) و نشانه‌های بالینی

اختلال اضطراب اجتماعی ($F=0/419$, $p=0/41$) اکّی از رعایت مفروضه همگنی رگرسیون در پیش آزمون و پس آزمون بود. نتایج آزمون ماچلی برای متغیرهای توجه متمرکز بر خود (با آماره موچلی 0/798 با مجذور خی دو 6/98) و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی (آماره موچلی 0/895 با مجذور خی دو 1/86) نشان می‌دهد تفاوت معناداری بین واریانس اختلافات وجود ندارد و مفروضه‌ی کرویت رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه میانگین پس آزمون در گروه آزمایش و گروه گواه

آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلایی	0/901	76/081	6	23	0/001
لامبدای ویلکز	0/089	76/081	6	23	0/001
اثر هتینگ	9/694	76/081	6	23	0/001
بزرگترین ریشه روی	9/694	76/081	6	23	0/001

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۳ نشان داد در مرحله پس آزمون بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد ($F=76/081$ و $p<0/001$). به منظور بررسی نقطه این تفاوت، تحلیل

کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد که تحلیل آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج اثرات درون گروهی و بین گروهی مربوط به مقایسه متغیرهای توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
زمان		78/36	1	78/36	105/26	0/001	0/767
توجه متمرکز بر خود	گروه	148/32	1	148/32	38/96	0/001	0/549
زمان*گروه		41/3	1	41/3	55/48	0/001	0/634
زمان		503/3	1	503/3	63/55	0/001	0/665
نشانه‌های بالینی اختلال	گروه	588/48	1	588/48	28/82	0/001	0/474
اضطراب اجتماعی	زمان*گروه	187/77	1	187/77	23/71	0/001	0/426

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در طرحواره درمانی بین توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی در زمان‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<0/01$). نتایج نشان می‌دهد که ۷۶ و ۶۶ درصد از تغییرات درون گروهی متغیرهای توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی به وسیله زمان تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثر تعاملی بین زمان و گروه نشان می‌دهد که این اثر در تمامی متغیرها معنی دار است ($p<0/01$). بنابراین بین سطوح مختلف زمان و سطوح مختلف گروه‌ها تعامل وجود دارد. اندازه اثرها نشان می‌دهند که ۶۳ و ۴۲ درصد از تغییرات درون گروهی به وسیله اثر متقابل

زمان در گروه تبیین می‌شود. نتایج مربوط به اثرات بین گروهی مندرج در جدول ۴ بیان می‌دارد که بین امتیازات متغیرهای وابسته در گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد ($p<0/01$). به عبارتی برای هر یک از متغیرهای توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معنی داری بین شرکت‌کننده‌های گروه گواه و گروه درمان هیجان مدار وجود دارد. اندازه مجذور اتا برای متغیرهای انعطاف پذیری شناختی و تحمل پریشانی به ترتیب ۵۴ و ۴۷ درصد می‌باشد. برای بررسی دقیق‌تر تفاوت موجود بین گروه‌های پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی درون گروهی در متغیرهای توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	مقدار احتمال معنی داری
توجه متمرکز بر خود	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۴/۱۲	۲/۳۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۴۱	۲/۳۵	۰/۳۴
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۳/۷۱	۲/۱۲	۰/۰۰۱
نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۹/۵۳	۱/۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۰/۷۷	۱/۳۵	۰/۱۲
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۸/۷۶	۱/۷۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۸/۷۶	۱/۷۵	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد برای متغیرهای توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه طرحواره درمانی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < ۰/۰۱$) که نشان دهنده اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد و از سوی دیگر، وجود تفاوت معنادار در دوره پیگیری نیز نشان می‌دهد طرحواره درمانی باعث کاهش توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی در گروه دریافت‌کننده طرحواره درمانی شده و تأثیر آن در طول زمان نیز حفظ شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج حاکی از اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر کاهش توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های بالاجی و همکاران (۲۰۲۴، ۲۰۱۶)، پنی و نورتون (۲۰۲۲)، استراپ و همکاران (۲۰۲۲) و امام‌زمانی و همکاران (۱۴۰۲) همسو است که دریافتند طرحواره درمانی می‌تواند روش مناسب و موثری برای کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی و همچنین توجه متمرکز بر خود باشد. در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی به نظر می‌رسد طرحواره درمانی از طریق بازسازی شناختی برای به چالش کشیدن و جایگزین کردن سوگیری‌های منفی در پردازش اطلاعات، خودسنجی‌های منفی از عملکرد اجتماعی زمینه را برای کاهش توجه متمرکز بر خود فراهم می‌نماید؛ زیرا توجه متمرکز بر خود باعث می‌شود که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فکر کنند همان‌طور که

در درون مضطرب هستند، در ظاهر نیز اضطراب نشان خواهند داد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳).

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر توجه متمرکز بر خود در افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی به نظر می‌رسد توجه انتخابی به محرک‌های تهدیدآمیز و منفی، اضطراب را تشدید کرده و قضاوت در زمینه رویدادها را به انحراف می‌کشد. منطق طرحواره درمانی این است که هیجان به خودی خود دردسرساز نخواهد بود؛ تفسیرها و راهبردهای مقابله‌ای تعیین‌کننده است، از آنجا که طرحواره درمانی در استدلال و تفسیر درست هیجانات کمک‌کننده است، می‌تواند در بهبود توجه متمرکز بر خود و به بیانی دیگر، در کاهش سوگیری توجه مفید باشد (دود و همکاران، ۲۰۱۷). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به دلیل وجود باورهای نادرست خود مبنی بر اینکه توانایی پایین‌شان در کنترل افکار صرفاً از اختلال‌شان و توانمندی ضعیفشان ناشی می‌شود، نمی‌توانند بر شناخت‌ها و طرحواره‌های خود کنترل داشته باشند و ه‌شان بر نشانه‌های درونی‌شان افزایش پیدا می‌کند که در یک دور باطل موجب تشدید علائم و مقاومت به درمان می‌شود. در نتیجه، طرحواره درمانی از طریق شناسایی باورهای میانی به افراد دارای اختلال اضطرابی اجتماعی کمک می‌کند تا دریابند این باورها از کجا سرچشمه گرفته‌اند و مشکلاتشان چگونه ایجاد شده‌اند. به همین ترتیب، بینی عملکرد و شناسایی باورهای بنیادی، می‌تواند درباره این موضوع که روابط ناکارآمد بین فردی و افکار منفی چگونه باورهای بنیادی آن‌ها را تقویت کرده، آگاه شوند و با استفاده از طرحواره درمانی، باورهای بنیادین خود را تعدیل و اصلاح نمایند و با آگاهی نسبت به این فرآیند شناختی، ضمن گسترش توجه به دیگر عوامل، از تمرکز توجه بر خود و علائم خود بکاهند. در طرحواره درمانی، سعی بر آن است که افکار خودآیند ناکارآمد شناسایی شود و فرد نسبت به نقش این افکار آگاه شود

و افکار کارآمدتری را جایگزین آن‌ها نماید که میزان توجه متمرکز بر خود و نشخوار فکری کاهش پیدا کند. همچنین برخی تکنیک‌های رفتاری همچون آزمایش‌های رفتاری نیز اغلب پاسخ‌های رفتاری نسبت به توجه متمرکز بر خود و سوگیری توجه را مورد هدف قرار می‌دهند که این آگاهی را در بیماران ایجاد می‌نماید که پاسخ‌های رفتاری‌شان، نتیجه باورهای ناکارآمد یا نادرست آنان در مورد نشانه‌ها و علائم اختلال است، به عبارتی دیگر، فرایند توجه متمرکز بر خود، منجر به رفتارهای ایمنی بخش، تحریف‌های شناختی و نشانه‌های فیزیولوژیکی در این افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود. این باورها با آموزش شناسایی و ارزیابی افکار خودآیند، شناسایی خطاهای شناختی رایج و آموزش پاسخدهی به افکار خودآیند و تعدیل آن‌ها تغییر می‌کند و به این ترتیب زمینه را برای کاهش توجه متمرکز بر خود فراهم می‌سازد.

در تبیین اثربخشی طرحواره درمانی بر نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی به نظر می‌رسد طرحواره درمانی با تمرکز بر اصلاح و تغییر سبک‌های مقابله‌ای و طرحواره‌های ناسازگارانه و ایجاد آگاهی نسبت به اثرگذاری آن‌ها در پردازش و مواجهه با رخداد‌های مختلف، به وسیله‌ی ارائه فون مختلف شناختی، رفتاری و تجربی راهبردهای مناسب‌تری برای جایگزینی به افراد ارائه می‌کند که با ایجاد الگوهای جدید رفتاری و اصلاح باورهای شناختی و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار اولیه، زمینه را برای بهبود علائم اختلال اضطراب فراگیر همچون ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک را فراهم می‌نماید (یونگ و همکاران، ۲۰۰۳).

طرحواره درمانی، علائم اجتناب موقعیتی را از طریق اصلاح سبک‌های ناسازگارانه و جایگزینی سبک‌های انطباق یافته مورد هدف قرار می‌دهد چرا که آموزش الگوهای رفتاری صحیح موجب می‌شود اجتناب از جمع و کناره‌گیری از افراد پیرامون و به علاوه داشتن احساس منفی در ارتباط‌های اجتماعی روزانه، کاهش یابد چار که هدف راهبردهای رفتاری، کمک به بیماران برای غلبه بر اجتناب آن‌ها از موقعیت‌های اجتماعی است. در این راستا، مواجهه و پیشگیری از پاسخ به عنوان یکی از فون رفتاری زمینه‌ی مناسبی برای فعال سازی و اصلاح طرحواره‌های مرتبط با اضطراب اجتماعی ایجاد می‌نماید. بنابراین، طرحواره درمانی از طریق تکنیک‌هایی همچون آزمون اعتبار طرحواره و تکنیک‌های رفتاری همچون ایفای نقش، مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌تواند به کاهش ترس

از ارزیابی منفی ختم شود. راهبردهای شناختی باعث می‌شوند به افراد کمک می‌کند تا ضمن فاصله‌گیری از طرحواره‌های ناسازگارانه، آن‌ها را به چالش کشیده و شواهد مبنی بر تأیید یا رد آن فراهم نماید. در نهایت، ارائه تکالیف خانگی و تمرین‌های رفتاری آزمودنی‌ها را برای انجام عملکرد مستقل آماده می‌کند که می‌تواند زمینه را برای مدیریت نشانه‌ها و کاهش آن فراهم سازد.

پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که می‌توان به این موارد اشاره نمود: اگرچه برای گروه بندی و تشکیل دو گروه آزمایش و گواه از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده به عمل آمد، اما نمونه‌گیری برای افراد نمونه مورد مطالعه به شکل نمونه‌گیری در دسترس بود، همچنین محدودیت زمانی و مکانی اجرای تحقیق و انتخاب (محدود بودن پژوهش از نظر جمعیت نمونه و این که افراد نمونه از یک شهر انتخاب شده‌اند)، همچنین گروه گواه در یک برنامه گروهی برای کنترل تأثیر پویایی گروه شرکت نکرد (جهت کسب اطمینان بیشتر نسبت به اثربخشی مداخله).

پیشنهاد می‌شود به منظور حذف اثر انتظار گروه درمانی و کنترل تأثیر پویایی گروه، جلسات مشاوره خنثی برای گروه گواه برگزار گردد. همچنین، پیشنهاد می‌شود اثربخشی این مداخله با سایر رویکردهای مداخله‌ای مورد بررسی قرار گیرد. در نهایت، رویکرد طرحواره درمانی می‌تواند برای کاهش علائم اختلال اضطراب فراگیر مدنظر متخصصان و روانشناسان بالینی در مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرد.

پیشرفتات انسانی و مطالعات فرهنگی
تال جامع علوم انسانی

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن است. پژوهش حاضر با کسب کد اخلاق IR.IAU.TON.REC.1403.008 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدای جلسات به شرکت کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از جلسات درمانی ارائه گردید و شرکت کنندگان در پژوهش بر اساس میل و رضایت شخصی، در جلسات مداخله ای شرکت کردند. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد. لازم به ذکر است، به اعضای گروه گواه که در این پژوهش شرکت داشتند اجازه داده شد پس از اتمام پژوهش، به صورت آزادانه و به شکل فشرده به انتخاب خود تحت درمان هیجان مدار قرار بگیرند.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

امام زمانی، زهرا؛ رحیمیان بوگر، اسحق؛ مشهدی، علی. (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بافتاری بر تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه تک‌آزمودنی. *مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت*، ۱۰(۳)، ۱-۱۶.

<http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.3.1>

جباری قاضی جهانی حامد، احسانی کناری آزاده. (۱۳۹۷). بررسی کانون توجه در اختلالات شخصیت نمایشی و وسواسی-جبری. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۳(۲۷)، ۶۳-۷۶.

<http://ijndibs.com/article-1-269-fa.html>

خیر، محمد؛ استوار، صغری؛ لطیفیان، مرتضی؛ تقوی، سیدمحمد رضا؛ و سامانی، سیامک. (۱۳۸۷). اثر واسطه‌گی توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری‌های داوری. *فصلنامه روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، ۱۴(۵۲)، ۲۴-۳۲.

<http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-411-fa.html>

سلاجقه، صادق؛ و بخشانی، نورمحمد. (۱۳۹۳). اثربخشی ترکیب مواجهه درمانی گروهی و آموزش مهارت‌های مقابله با استرس بر میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۱۵(۵۶)، ۹۶-۱۰۴.

<https://sanad.iau.ir/fa/Journal/jsrp/Article/533922?jid=533922>

References

- American Psychiatric Association. (2023). *Understanding Mental Disorders: Your Guide to DSM-5-TR®*. American Psychiatric Pub. <https://www.psychiatry.org/patients-families/understanding-mental-disorders>
- Azadeh, S. M., Kazemi-Zahrani, H., & Besharat, M. A. (2016). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on interpersonal problems and psychological flexibility in female high school students with social anxiety disorder. *Global journal of health science*, 8(3), 131. <https://doi.org/10.5539%2Fgjhs.v8n3p131>
- Baljé, 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>
- Baljé, A., Greeven, A., van Giezen, A., Korrelboom, K., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2016). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1605-9>
- Baljé, A., Greeven, A., van Giezen, A., Korrelboom, K., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2016). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1605-9>
- Black, J. A., Paparo, J., & Wootton, B. M. (2023). A preliminary examination of treatment barriers, preferences, and histories of women with symptoms of social anxiety disorder. *Behaviour Change*, 40(4), 267-277. <http://dx.doi.org/10.1017/bec.2022.26>
- Boersma, K., Håkanson, A., Salomonsson, E., & Johansson, I. (2015). Compassion focused therapy to counteract shame, self-criticism and isolation. A replicated single case experimental study for individuals with social anxiety. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45, 89-98. <https://doi.org/10.1007/s10879-014-9286-8>
- Bögels, S. M., Wijts, P., Oort, F. J., & Sallaerts, S. J. (2014). Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. *Depression and Anxiety*, 31(5), 363-373. <https://doi.org/10.1002/da.22246>
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., & Castonguay, L. G. (2003). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *CNS spectrums*, 8(5), 382-389. <http://dx.doi.org/10.1176/foc.2.3.392>
- Claes, N., Smeding, A., & Carré, A. (2023). Socioeconomic status and social anxiety: attentional control as a key missing variable?. *Anxiety, Stress, & Coping*, 36(4), 519-532. <https://doi.org/10.1080/10615806.2022.2118723>
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Weisler, R. H., & Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British*

- Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-386.
<https://doi.org/10.1192/bjp.176.4.379>
- Dodd, H. F., Vogt, J., Turkileri, N., & Notebaert, L. (2017). Task relevance of emotional information affects anxiety-linked attention bias in visual search. *Biological psychology*, 122, 13-20.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2016.01.017>
- Emamzamani, Z., Rahimian Boogar, I., & Mashhadi, A. (2023). Effectiveness of contextual schema therapy for fear of negative evaluation and fear of positive evaluation in individuals with social anxiety disorder: Single subject design. *Psychological Achievements*. (Persian)
<http://dx.doi.org/10.32598/shenakht.10.3.1>
- Finlay-Jones, A. L. (2017). The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: A narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*, 21(2), 90-103.
<https://doi.org/10.1111/cp.12131>
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*, 36(4), 193-209.
<https://doi.org/10.1080/16506070701421313>
- Hur, J., DeYoung, K. A., Islam, S., Anderson, A. S., Barstead, M. G., & Shackman, A. J. (2020). Social context and the real-world consequences of social anxiety. *Psychological Medicine*, 50(12), 1989-2000. <https://doi.org/10.1017/S0033291719002022>
- Khayyer, M., Ostovar, S., Latifian, M., Taghavi, M.R., & Samani, S. (2008). The Study of Mediating Effects of Self-Focused Attention and Social Self-Efficacy on Links between Social Anxiety and Judgment Biases. *International Journal Psychiatry and Clinical Psychology*; 14(1), 24-32. (Persian)
<http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-411-fa.html>
- Kampmann, I. L., Emmelkamp, P. M., & Morina, N. (2019). Cognitive predictors of treatment outcome for exposure therapy: do changes in self-efficacy, self-focused attention, and estimated social costs predict symptom improvement in social anxiety disorder?. *BMC psychiatry*, 19, 1-8.
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2054-2>
- Khayyer, M., Ostovar, S., Latifian, M., Taghavi, M.R., & Samani, S. (2008). The Study of Mediating Effects of Self-Focused Attention and Social Self-Efficacy on Links between Social Anxiety and Judgment Biases. *International Journal Psychiatry and Clinical Psychology*; 14(1), 24-32. (Persian)
<http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-411-fa.html>
- Leigh, E., Chiu, K., & Clark, D. M. (2021). Self-focused attention and safety behaviours maintain social anxiety in adolescents: An experimental study. *PLoS One*, 16(2), e0247703.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0247703>
- Lynch, H., McDonagh, C., & Hennessy, E. (2021). Social anxiety and depression stigma among adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 281, 744-750.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.073>
- Meral, Y., & Vriends, N. (2022). Self-image and self-focused attention in a social interaction situation: what is relevant for social anxiety?. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 50(3), 269-279.
<https://doi.org/10.1017/s1352465821000424>
- Mohammadi, M. R., Salehi, M., Khaleghi, A., Hooshyari, Z., Mostafavi, S. A., Ahmadi, N., ... & Amanat, M. (2020). Social anxiety disorder among children and adolescents: A nationwide survey of prevalence, socio-demographic characteristics, risk factors and co-morbidities. *Journal of affective disorders*, 263, 450-457. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.12.015>
- Moitra, E., Beard, C., Weisberg, R. B., & Keller, M. B. (2011). Occupational impairment and social anxiety disorder in a sample of primary care patients. *Journal of affective disorders*, 130(1-2), 209-212.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.024>
- Morrison, A. S., Brozovich, F. A., Lee, I. A., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2016). Anxiety trajectories in response to a speech task in social anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial of CBT. *Journal of anxiety disorders*, 38, 21-30.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.006>
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and behavioral practice*, 16(2), 123-134.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.002>
- Nauphal, M., Swetlitz, C., Smith, L., & Rosellini, A. J. (2021). A preliminary examination of the acceptability, feasibility, and effectiveness of a telehealth cognitive-behavioral therapy group for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 730-742.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.04.011>
- Niles, A. N., Axelsson, E., Andersson, E., Hedman-Lagerlöf, E., Carlbring, P., Andersson, G., ... & Ljotsson, B. (2021). Internet-based cognitive behavior therapy for depression, social anxiety disorder, and panic disorder: Effectiveness and predictors of response in a teaching clinic.

- Behaviour Research and Therapy*, 136, 103767.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103767>
- Penney, E. S., & Norton, A. R. (2022). A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: A naturalistic case study. *Clinical Case Studies*, 21(1), 34-47.
<https://doi.org/10.1177/15346501211027866>
- Proeve, M., Anton, R., & Kenny, M. (2018). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on shame, self-compassion and psychological distress in anxious and depressed patients: A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 91(4), 434-449.
<https://doi.org/10.1111/papt.12170>
- Romano, M., Moscovitch, D. A., Ma, R., & Huppert, J. D. (2019). Social problem solving in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 68, 102152.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102152>
- Salajegheh, S., & Bakhshani, N. (2014). Effectiveness of Combined Group Exposure Therapy and Coping with Stress Skills Training on Social Anxiety Rate of University Students. *Journal of knowledge and research applied psychology*, 15, 2(56), 96-104. (Persian)
<https://sanad.iau.ir/en/Journal/jsrp/Article/533922?jid=533922>
- Siegel, A. N., & Kocovski, N. L. (2020). Effectiveness of self-compassion inductions among individuals with elevated social anxiety. *Mindfulness*, 11, 2552-2560. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01470-y>
- Straarup, N. S., Renneberg, H. B., Farrell, J., & Younan, R. (2022). Group schema therapy for patients with severe anxiety disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 78(8), 1590-1600.
<https://doi.org/10.1002/jclp.23351>
- Tavoli, A. (2013). A Comparison of the effectiveness of interpersonal and cognitive behavioral therapies for social anxiety disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*, 7(3), 199-206.
https://www.behavsci.ir/article_67829.html
- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Kuelz, A. K., Hertenstein, E., ... & Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 52, 59-67.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.006>
- Tonge, N. A., Lim, M. H., Piccirillo, M. L., Fernandez, K. C., Langer, J. K., & Rodebaugh, T. L. (2020). Interpersonal problems in social anxiety disorder across different relational contexts. *Journal of anxiety disorders*, 75, 102275.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102275>
- Vilaplana-Pérez, A., Pérez-Vigil, A., Sidorchuk, A., Brander, G., Isomura, K., Hesselmark, E., ... & de la Cruz, L. F. (2021). Much more than just shyness: the impact of social anxiety disorder on educational performance across the lifespan. *Psychological medicine*, 51(5), 861-869.
<https://doi.org/10.1017/S0033291719003908>
- Woody, S. R., Chambless, D. L., & Glass, C. R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour research and therapy*, 35(2), 117-129. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00084-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00084-8)
- Yi, L. I., Gui-Zhi, L. U., & Yong, L. I. (2018). Self-Focused Attention and Social Anxiety: The Role of fear of negative evaluation and. *Journal of Psychological Science*, (5), 1261.
<http://www.psycsci.org/EN/abstract/abstract10219.shtml>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy. *New York: Guilford*, 254, 653-658.
<https://www.guilford.com/excerpts/young.pdf>