



Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Metacognitive Therapy, and Interpersonal Therapy on Emotional Expressiveness in Students with Social Anxiety Symptoms

Sara Khoramifar

PhD Student of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran.

Email: ssarakhoramifar@gmail.com

Mohammadali Sepahvandi

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. (Corresponding Author), Email: sepahvandi.mo@lu.ac.ir

Fazlollah Mirderikvand

Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran. Email: mirderikvand.f@lu.ac.ir

Received: 2025-07-18

Revised: 2025-12-14

Accepted: 2026-06-27

Published: 2026-07-14

Citation: Khoramifar, S., Sepahvandi, M. & Mirderikvand, F. (2026). Comparing the Effectiveness of Schema Therapy, Metacognitive Therapy, and Interpersonal Therapy on Emotional Expressiveness in Students with Social Anxiety Symptoms. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 16(1), 78-98. doi: 10.22067/tpccp.2026.94172.1802

Extended Abstract

Introduction

Social Anxiety Disorder is among the most prevalent anxiety disorders, typified by an enduring apprehension of unfavorable evaluation in social contexts. This condition exerts a deleterious influence on individuals' functionality and quality of life (Ginat-Frolich et al., 2024; Ferber et al., 2024). Among the factors perpetuating this disorder, internalized shame, as a complex and painful self-conscious emotion, plays a key role (Matos et al., 2015). This construct has been associated with profound feelings of inadequacy, worthlessness, and fear of exposure. It has been demonstrated to exacerbate the vicious cycle of anxiety and avoidance by reinforcing core negative beliefs and distorting social perception (Ferreira et al., 2022). To address this issue, a range of psychotherapy approaches have been developed. Schema therapy with focusing on identifying and modifying early maladaptive schemas rooted in developmental experiences (Imanifar, 2021). Interpersonal therapy aims to enhance social relationships and resolve interpersonal conflicts (Marconi et al., 2023), and metacognitive therapy works by modifying dysfunctional metacognitive beliefs about thought processes such as worry and rumination (Wells, 2011). Despite the existence of independent evidence supporting the efficacy of each approach, direct comparative studies of these three treatment models in reducing internalized shame in populations with social anxiety are limited. Therefore, the main objective of this study was to investigate the comparative effectiveness of these three interventions on internalized shame symptoms (including shyness and self-esteem components) in students with social anxiety symptoms. This investigation was undertaken to address a research gap and provide practical guidance for treatment selection.



©2026 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publishers.

Method

The present study was of a quasi-experimental nature, employing a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of this study included students with symptoms of social anxiety at Kashmar Higher Education Center during the academic year 2023-24. Following the administration of the Jerabak Social Anxiety Questionnaire, 60 individuals who attained a score above the cutoff point and satisfied the inclusion criteria were randomly allocated to four groups of 15 subjects: three experimental groups (schema therapy, interpersonal therapy, metacognitive therapy) and a control group. The research instruments included the Jerabak Social Anxiety Questionnaire and the Cook Internalized Shame Scale. The three experimental groups received, Schema Therapy (Gholamrezaei & Tehranchi, 2016), Interpersonal Therapy (O'Shea et al., 2015), and Metacognitive Therapy (Wells, 2009), whereas the control group received no intervention. Following a thorough review and verification of the statistical assumptions, including the normality assessed via the Shapiro-Wilk test and the homogeneity of variances evaluated using the Levene test, the data underwent analysis through multivariate analysis of covariance, complemented by the Bonferroni post hoc test, using SPSS software.

Findings

The findings from statistical analyses indicated that all three treatment methods led to a significant reduction in shyness (for all methods, $p < 0.01$) and an increase in self-esteem (schema therapy and metacognitive therapy, $p < 0.05$; interpersonal therapy only for self-esteem, $p = 0.036$) in comparison to the control group. However, a direct comparison of the three treatment methods with each other did not show a significant difference in reducing shyness or increasing self-esteem (for all pairwise comparisons, $p > 0.05$).

Discussion

The primary finding of this study indicates that schema therapy, interpersonal therapy, and metacognitive therapy are all effective in reducing internalised shame and social anxiety symptoms in college students, with no significant differences in effectiveness among the three methods. This finding aligns with the conclusions of studies that underscore the significance of shared therapeutic factors, such as a supportive therapeutic relationship and the facilitation of a process of re-evaluation of thought and emotional patterns (Di Pietro et al., 2024; Marconi et al., 2023). Each of these approaches accomplishes this objective by a unique method. Schema therapy centers on modifying deep and maladaptive beliefs that have developed from past experiences. Interpersonal therapy aims to enhance communication skills and alleviate social isolation. Metacognitive therapy involves acquiring skills for managing and regulating thought processes. This convergence of findings lends further credence to the notion that within the paradigm of social anxiety, variant mechanisms can culminate in the amelioration of a pivotal phenomenon such as internalized shame. This finding suggests that clinicians should take into account client preferences, the congruence of the intervention with the client's belief system, and the therapist's clinical skills when selecting a treatment for students with social anxiety, rather than relying on a preconceived notion of the "most effective" approach. Future investigations should prioritise the identification of individual characteristics that predict positive treatment response to specific modalities. Elucidating the mechanisms of change underlying each therapeutic approach may further enable the development of more personalised interventions. Such research avenues could facilitate the advancement of tailored and effective treatment strategies. In light of the present study's limitations—namely, its reliance on self-report instruments and the absence of longitudinal

follow-up—replication with more rigorous methodologies is strongly recommended. Furthermore, the findings underscore the necessity of developing and promoting educational and support initiatives within academic contexts to improve awareness and treatment uptake.

Keywords: Schema Therapy, Metacognition, Interpersonal Therapy, Internalized Shame, Social Anxiety Disorder

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره

دسترسی آزاد

<https://tpccp.um.ac.ir>

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی

سارا خرمی فر دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. ssarakhoramifar@gmail.comمحمدعلی سپهوندی 

دانشیار، گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. (نویسنده مسئول)،

sepahvandi.mo@lu.ac.irفضل‌الله میردريکوند استاد، گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران. mirderikvand.f@lu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۲۷	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۹/۲۳	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۶	تاریخ انتشار: ۱۴۰۵/۰۴/۲۳
استناد: خرمی فر، سارا؛ سپهوندی، محمدعلی؛ میردريکوند، فضل‌الله. (۱۴۰۵). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی. <i>پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره</i> ، ۱۶(۱)، ۹۸-۷۸. doi: 10.22067/tpccp.2026.94172.1802			

چکیده

هدف: اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)، با ترس پایدار از قضاوت دیگران و اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی تأثیرات مخربی بر عملکرد تحصیلی، شغلی و کیفیت زندگی افراد مبتلا دارد. هدف این پژوهش مقایسه تأثیر طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی مرکز آموزش عالی کاشمر می‌باشد.

روش: این مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل انتخاب تصادفی ۶۰ نفر از دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ که در پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابیک (۱۹۹۶) نمره بالاتر از نمره برش کسب کردند، می‌باشد که در چهار گروه ۱۵ نفره به صورت تصادفی جایگزین شدند. ابتدا هر چهار گروه به پرسشنامه شرم درونی شده کوک (۱۹۹۳) پاسخ دادند (پیش‌آزمون). گروه اول تحت ۸ جلسه طرحواره درمانی یانگ (۲۰۰۳)؛ گروه دوم تحت ۸ جلسه درمان بین فردی (اوشی و همکاران، ۲۰۱۵) و گروه سوم تحت ۸ جلسه فراشناختی ولز (۲۰۰۹) قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند و در پایان به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند (پس‌آزمون).

یافته‌ها: تجزیه و تحلیل اطلاعات نشان داد که طرحواره درمانی بر شرم درونی شده و درمان فراشناخت بر شرم درونی شده و مؤلفه‌های آن مؤثر می‌باشند و باعث کاهش کمرویی و افزایش عزت نفس می‌شوند. درمان بین فردی بر شرم درونی شده و مؤلفه‌های کمرویی و عزت نفس مؤثر است و باعث کاهش کمرویی و افزایش عزت نفس شده است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بنفرتی نشان داد که تفاوت این سه روش در میزان اثر بخشی‌ها در درمان کمرویی و عزت نفس، معنی دار نیست ($P\text{-value} > 0.05$).

نتیجه‌گیری: هر سه روش درمانی به یک اندازه در کاهش شرم و بهبود عزت نفس مؤثر هستند. انتخاب نهایی روش درمان می‌تواند بر اساس ویژگی‌های فردی مراجع و تخصص درمانگر صورت گیرد.

کلیدواژه‌ها: طرحواره درمانی، فراشناخت، درمان بین فردی (IPT)، شرم درونی شده، اضطراب اجتماعی

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ یا SAD به عنوان یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی عصر حاضر، در جوامع مختلف با شیوع قابل توجهی گزارش شده است. این اختلال که زیرمجموعه اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی می‌شود، با ترس مداوم از قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی و ارزیابی منفی توسط دیگران همراه است (Ginat-Frolich et al., 2024). اختلال اضطراب اجتماعی دومین اختلال اضطرابی شایع در جهان است و تقریباً ۷ تا ۱۳ درصد از جمعیت عمومی را درگیر می‌کند (Nan et al., 2024). در ایران، پژوهشی بر روی جمعیت دانشجویی نشان داد که ۲/۲ درصد از دانشجویان معیارهای تشخیصی SAD را دارا هستند (Norouzi et al., 2016). نوجوانان مبتلا به این اختلال در معرض خطر بالایی برای ابتلا به افسردگی، اقدام به خودکشی، سوء مصرف مواد و ترک تحصیل قرار دارند. همچنین، عدم درمان SAD با اختلال عملکرد پایدار در روابط بین فردی و کاهش کیفیت زندگی مرتبط است (Ferber et al., 2024).

مبتلایان به SAD در سطوح عاطفی (مانند شرم و خجالت)، جسمی (مانند تپش قلب و تعریق) و شناختی (مانند نگرانی از تحقیر) تجربیات ناتوان کننده‌ای را گزارش می‌دهند که به اجتناب گسترده از تعاملات اجتماعی منجر می‌شود (Wu et al., 2024). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم (DSM-5)، تشخیص SAD مستلزم وجود ترس یا اضطراب شدید در موقعیت‌های اجتماعی است که در آن فرد تحت مشاهده یا قضاوت دیگران قرار می‌گیرد. نمونه‌های بارز این موقعیت‌ها شامل صحبت در جمع، ملاقات با افراد جدید، یا انجام فعالیت‌های روزمره (مانند غذا خوردن در حضور دیگران) است. این ترس به گونه‌ای است که عملکرد فرد را در حوزه‌های اجتماعی، تحصیلی یا شغلی مختل می‌کند

^۱- Social Anxiety Disorder

(Ran et al., 2022). مطالعات نشان می‌دهند که اجتناب از موقعیت‌های اضطراب‌آور، هرچند در کوتاه‌مدت موجب کاهش ناراحتی می‌شود، در بلندمدت به تشدید علائم و محدودیت‌های گسترده در سبک زندگی فرد می‌انجامد (Laldinpuui et al., 2024).

از منظر عصب‌شناختی، ناهنجاری در مدارهای مرتبط با پردازش ترس (مانند ارتباط بین آمیگدال و قشر پیشانی) در مبتلایان به SAD شناسایی شده است. این ناهنجاری‌ها منجر به افزایش حساسیت به تهدیدهای اجتماعی و کاهش توانایی تنظیم هیجانات می‌شود. از جنبه روانی-اجتماعی، اجتناب مداوم از موقعیت‌ها، چرخه معیوبی از انزوا و تشدید باورهای منفی (مانند «من بی‌کفایتم») را ایجاد می‌کند که درمان‌گریزی را تداوم می‌بخشد (Eres et al., 2021).

شرم درونی شده^۱ به‌عنوان یک هیجان خودآگاه پیچیده، نقش کلیدی در تشدید آسیب‌پذیری نسبت به اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) ایفا می‌کند (Gaziel-Guttman et al., 2023). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که این سازه روانشناختی از طریق مکانیسم‌های شناختی-هیجانی نظیر تحریف‌های خودارزیابی، ترس از طرد شدن و اجتناب مرضی، به حفظ و تشدید علائم SAD کمک می‌کند (Swee et al., 2021). شرم درونی شده، به‌عنوان یک هیجان خودآگاه پایه‌ای، در چارچوب نظریه‌های شناختی-اجتماعی، عاملی تعیین‌کننده در شکل‌گیری و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی شناخته می‌شود. بر اساس تعریف ماتوس، پیتوگوویا، گیلبرت^۲ و همکاران (Matos et al., 2015)، شرم یک «تجربه هیجانی دردناک ناشی از ارزیابی منفی از خود» است که با احساس بی‌کفایتی کلی، نفرت از خویشستن و ترس مزمن از افشا شدن نقص‌ها همراه می‌باشد (Ferreira et al., 2022).

پژوهش فرناندز-رودریگز^۳ و همکاران (Fernández-Rodríguez et al., 2018) نشان می‌دهد که شرم درونی شده ۳۷ درصد از واریانس علائم SAD را در جمعیت بالینی تبیین می‌کند که حاکی از نقش پاتورنیک این سازه در سندرم‌شناسی اختلالات اضطرابی است. شرم درونی شده از طریق تقویت باورهای مرکزی «من بی‌ارزشم»، «دیگران مرا طرد خواهند کرد» به تحریف ادراک از خود و موقعیت‌های اجتماعی می‌انجامد. این پدیده مطابق مدل گیلبرت و اندروز^۴ (۱۹۹۸)، فعال‌سازی سیستم تهدید/حفاظت^۵ در مغز را افزایش داده و پاسخ‌های اجتنابی را تشدید می‌کند (واندرهیدن و مایر، ۲۰۱۷). شرم با ایجاد ترس از «نگاه

^۱- Internalized Shame

^۲- Matos, Pinto-Gouveia, Gilbert, Duarte & Figueiredo

^۳- Fernández-Rodríguez, Paz-Caballero, González-Fernández, & Pérez-Álvarez

^۴- Gilbert, Andrews

^۵- Threat/Protection System

ارزیابانه دیگران»، تمایل به پنهان‌سازی خود واقعی^۱ را افزایش می‌دهد. این حالت مطابق یافته‌های رجبی و عباسی (Rajabi & Abasi, 2012)، به کاهش مشارکت در تعاملات اجتماعی و اجتناب از موقعیت‌های عملکردی منجر می‌شود.

بنابراین، بررسی وضعیت و تلاش در جهت کاهش این مشکل ضروری است. یکی از رویکردهای مؤثر در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی، طرحواره‌درمانی^۲ است. بر خلاف رویکردهای شناختی-رفتاری که بر حال تأکید دارند، این روش بر الگوهای خودویرانگر تفکر، احساس و رفتار ریشه‌دار در دوران کودکی و تکرار شونده در طول زندگی فرد تمرکز دارد (Imanifar, 2021). این نوع درمان، اصول و مبانی چند مکتب از جمله شناختی-رفتاری، دل‌بستگی، گشتالت، روابطی، سازنده‌گرایی و روان‌کاوی را در قالب یک مدل منسجم تلفیق می‌کند (Penney & Norton, 2022). طرحواره‌درمانی با ترکیب تکنیک‌های شناختی، رفتاری، هیجان‌مدار و روان‌تحلیلی، بر شناسایی و اصلاح «طرحواره‌های ناسازگار اولیه» تمرکز دارد (Lian et al., 2024). این طرحواره‌ها الگوهای عمیق و مادام‌العمری از باورها، هیجانات و خاطرات درباره خود، دیگران و جهان هستند که از برآورده نشدن نیازهای عاطفی اساسی در دوران کودکی (مانند دلبستگی ایمن، استقلال و محدودیت‌های سالم) نشأت می‌گیرند (Bach et al., 2018). درمان بر اساس چارچوب «حالت‌های طرحواره‌ای» نیز پیش می‌رود که لحظه‌های هیجانی و پاسخ‌های مقابله‌ای فعال در فرد هستند (Joshua et al., 2025). یانگ ۱۸ طرح‌واره ناسازگار اولیه و مکانیسم‌های مقابله ناسازگار که به صورت ناخودآگاه موجب تداوم یکدیگر و تداخل در ارضای نیازهای بنیادی فرد می‌شوند، معرفی کرده است. در این مدل، این طرح‌واره‌ها و مکانیسم‌ها به عنوان کانون‌های شناختی و عاطفی اصلی آسیب‌های روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شوند (Arjmand, 2021). تمامی افراد در معرض احساسات مشکل‌ساز مانند عصبانیت، اضطراب، غم، ناامیدی، حسادت و ناراحتی قرار دارند؛ اما این احساسات منجر به بیماری روانی نمی‌شوند (Zhang et al., 2023). طرحواره‌درمانی هیجانی بر تفاوت‌های نظری فرد در درباره احساسات و تنظیم آن‌ها تأکید دارد و راهکارهای ناسازگارانه‌ای مانند سرکوب، اجتناب، سرزنش و سوءمصرف مواد را مورد انتقاد قرار می‌دهد (Sahour et al., 2024). هدف این مدل، تبیین و اصلاح تئوری‌های فرد درباره احساسات و ترویج استراتژی‌های تنظیم هیجان سازگار است (Leahy, 2019). پیترز و همکاران (Peeters, 2022) نشان دادند طرحواره درمانی در بهبود اختلالات اضطرابی مفید است.

^۱- Self-Concealment

^۲- Schema therapy

علاوه بر طرحواره درمانی، درمان بین فردی^۱ (IPT) نیز یکی از رویکردهای مؤثر در کاهش شرم درونی شده و علائم اضطراب اجتماعی در دانشجویان است. این مداخله نخست برای درمان افسردگی در بزرگسالان توسعه یافت و در محیط‌های بالینی و نوجوانان به موفقیت رسید (O' Shea et al., 2015). تحلیل‌ها نشان می‌دهد که درمان بین فردی می‌تواند علائم افسردگی در نوجوانان کاهش دهد و نسبت به سایر درمان‌ها، کم‌تر با مقاومت مواجه می‌شود (Zhou et al., 2020). این درمان، افراد را در شناخت بهتر احساسات و تنش‌های بین فردی‌شان یاری می‌دهد و آن‌ها را در ایجاد روابط سالم‌تر و اتخاذ شیوه‌های مؤثرتر ارتباطی توانمند می‌سازد. در درازمدت، هدف آن، توسعه مهارت‌های اجتماعی سازگار برای مدیریت چالش‌های روابط و موقعیت‌های اجتماعی است (Hankin et al., 2023). در این رویکرد، تمرکز بر مسائلی مانند کمبودهای بین فردی، سوگ (غم و اندوه یا از دست دادن ناگهانی عزیزان)، تغییرات عمده در زندگی (مانند شغل یا طلاق) و اختلافات نقش‌محور در روابط است که ممکن است عملکرد بین فردی را مختل کند (Lemma et al., 2024).

در کنار درمان بین فردی و طرحواره درمانی، درمان فراشناخت^۲ به عنوان یک رویکرد امیدوارکننده در کاهش شرم درونی شده و علائم اضطراب اجتماعی در دانشجویان مطرح شده است (fathiagdam et al., 2021). این نوع درمان که با عنوان درمان فراشناختی (MCT) شناخته می‌شود، توسط آدریان ولز^۳ در سال ۲۰۰۹ توسعه یافته است و بر مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی و مفهوم‌سازی اختلالات هیجانی استوار است. هدف اصلی در این رویکرد کاهش باورهای ناکارآمد فراشناختی درباره نگرانی و نشخوار فکری است که غالباً در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دیده می‌شود و در نتیجه، کاهش علائم و رفتارهای منفی مرتبط با این اختلالات (Wells, 2011). در واقع، افراد درگیر در اختلالات هیجانی اغلب افکار درونی و احساساتشان را بیش از حد مورد نظارت قرار می‌دهند و توجه خود را از اطلاعات جدید و مثبت منحرف می‌کنند که به عنوان سندرم شناختی-توجهی شناخته می‌شود. این حالت، شامل راهبردهای ناسازگارانه‌ای مانند افکار تکرارشونده، اجتناب و پایش مداوم تهدیدها است و تکرار این رفتارها منجر به تداوم و تشدید افکار منفی و احساسات ناسازگار می‌شود (Rahmani & Rezaei, 2022). فیلیپ، کریستون، خان^۴ و

^۱- Interpersonal therapy

^۲- Metacognitive therapy

^۳- Adrian Wells

^۴- Philipp, Kriston, Kuhne

همکاران (۲۰۲۰) نیز نتیجه گرفتند که درمان فراشناختی در کاهش این الگوهای فکری و رفتاری، اثرگذار است (Philipp et al., 2020).

در جامعه امروزی، اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات شایع روانی است که تأثیر منفی قابل توجهی بر کیفیت زندگی دانشجویان دارد. یکی از عوامل مهم در تثبیت و تشدید این اختلال، احساس شرم درونی شده است؛ یعنی برداشت منفی و تحقیرآمیز نسبت به خود که می‌تواند باعث کاهش اعتمادبه‌نفس و افزایش نگرانی‌های اجتماعی شود. علاوه بر این، روش‌های درمانی مختلف، مانند طرحواره‌درمانی، درمان بین‌فردی و درمان فراشناخت، با رویکردهای متفاوتی می‌توانند در کاهش علائم اضطراب و شرم مؤثر باشند؛ با وجود شواهد مثبت درباره اثربخشی جداگانه‌ی این درمان‌ها، مطالعه‌ی مقایسه‌ای مستقیم و همزمان سه رویکرد طرحواره‌درمانی، درمان بین‌فردی و فراشناخت بر نشانه‌ی هسته‌ای «شرم درونی‌شده» در جمعیت مبتلایان به اضطراب اجتماعی، به ویژه در بافت فرهنگی ایران، انجام نشده است. پژوهش‌های پیشین عمدتاً بر کاهش علائم کلی اضطراب اجتماعی متمرکز بوده‌اند و مکانیسم‌های تغییر هیجانی متمایز هر روش کمتر مورد کنکاش قرار گرفته‌اند. این خلأ مقایسه‌ای سبب شده است که متخصصان بالینی برای انتخاب مؤثرترین و کارآمدترین درمان با کمبود شواهد مبتنی بر داده‌های بومی مواجه باشند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف پاسخ به این نیاز عملی و پر کردن خلأ پژوهشی مذکور طراحی شد تا با مقایسه‌ی نظام‌مند، هم کارآیی نسبی این مداخلات را مشخص کند و هم زمینه‌ساز انتخاب آگاهانه‌تر درمان بر اساس مکانیسم‌های تأثیرگذاری بر شرم گردد، نتایج کاربردی و راهنمایی‌های عملی برای مخاطبین حرفه‌ای ارائه دهد و زمینه را برای انتخاب بهترین رویکردهای درمانی در کاهش شرم درونی و اضطراب اجتماعی در جمعیت دانشجویی فراهم کند. این مطالعه به بهبود پروتکل‌های درمانی و ارتقای سلامت روان این گروه کمک خواهد کرد و نقش مهمی در توسعه مداخلات مؤثر و مبتنی بر شواهد ایفا می‌نماید. لذا هدف اصلی این تحقیق پاسخ به این سؤال است که آیا بین طرحواره‌درمانی، درمان بین‌فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی در مرکز آموزش عالی کاشمر در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۰۳

بودند. از بین کلیه دانشجویانی که درگیر علائم اضطراب اجتماعی بودند و در پرسشنامه اضطراب اجتماعی نمره بالاتر از نمره برش به دست آوردند. تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و در چهار گروه به صورت تصادفی جایگزین شدند؛ گروه آزمایش یک (طرح واره درمانی؛ ۱۵ نفر) و گروه آزمایش دو (درمان بین فردی؛ ۱۵ نفر) و گروه آزمایش سه (درمان فراشناختی، ۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر). ملاک‌های ورود به پژوهش کسب نمره بالاتر از نمره برش در پرسشنامه اضطراب اجتماعی (نمره بالای ۶)، رضایت در شرکت گروه آزمایش، نداشتن مشکلات روانشناختی بود و شرط خروج نیز غیبت بیش از دو جلسه بود.

ابزارهای پژوهش در این تحقیق شامل

۱-مقیاس شرم درونی شده

جرابک شامل ۳۰ ماده دو خرده مقیاس کمرویی و عزت نفس است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای (هرگز=۰ تا همیشه=۴) است و نمره گذاری گویه های ۲۸-۲۱-۱۸-۱۷-۱۴-۱۲-۱۱-۷-۴ به صورت معکوس انجام می‌شود. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان دهنده بی ارزشی، بی کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی و نمره پایین اعتماد به نفس بیان کننده بالاست. کوک ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های کمرویی و عزت نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. همچنین رجبی و عباسی (۱۳۹۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی شده در کل نمونه، ۰/۹۰ در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده اند (Rajabi & Abasi, 2012). ضمناً در این پژوهش پایایی این ابزار به وسیله آلفای کرونباخ سنجش شد و مقدار ۰/۸۱ به دست آمد.

۲-پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابک^۱

پرسشنامه اضطراب اجتماعی جرابک در سال ۱۹۹۶ توسط ایلینا جرابک برای سنجش اضطراب اجتماعی ساخته شده است. این ابزار دارای ۲۵ سؤال ۵ گزینه‌ای با گزینه‌های تقریباً همیشه ۵، اغلب اوقات، گاهی اوقات، بندرت، تقریباً هیچ وقت ۱ است. این پرسشنامه توسط سام دلیری (۱۳۸۱) در ایران روی یک گروه ۴۷۷ نفری از دانش آموزان اجرا شده است که ضریب پایایی ۰/۷۶ برای این پرسشنامه مصاحبه شده است و روایی عاملی آن نیز تایید شده است. روایی ابزار با استفاده از روش تحلیل عاملی، ۵ عامل شامل ترس از بیگانگان (۳ و ۴ و ۵ و ۸ و ۱۲ و ۱۳ و ۱۵ و ۱۷)، ترس از ارزیابی توسط دیگران (۱۶ و ۱۹ و ۲۱ و ۲۲)، ترس از صحبت کردن در جمع (۱ و ۱۸ و ۲۳ و ۲۴)، ترس از انزوای اجتماعی (۲ و ۷ و ۹ و ۲۰ و ۲۷) و ترس از آشکار شدن علایم

^۱ Jerabek

اضطراب (۱۰ و ۱۱ و ۱۴) استخراج شده است که این ۵ عامل ۴۷/۲۳ درصد واریانس کل تست را تبیین می‌کنند (سام دلیری ۱۳۸۱ به نقل از (Vahid Savabi Niri, 2022)). در پژوهش حاضر نیز پایایی ابزار به روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که ضریب حاصله ۰/۸۷ بود.

روش اجرای پژوهش بدین صورت بود که بعد از کسب اجازه از معاونت پژوهشی دانشگاه از بین کلیه دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی در مرکز آموزش عالی کاشمر در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۰۳ (کسانی که در پرسشنامه اضطراب اجتماعی نمره بالاتر از نمره برش کسب کردند)، تعداد ۶۰ نفر به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و در چهار گروه به صورت تصادفی جایگزین شدند مداخلات درمانی توسط درمانگران دارای مدرک دکتری روانشناسی بالینی که در روش‌های مربوطه آموزش دیده و دارای مجوز تخصصی در این درمان‌ها بودند، اجرا شد؛ گروه‌های آزمایش تحت مداخله و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. گروه آزمایش یک (طرح واره درمانی؛ ۱۵ نفر) و گروه آزمایش دو (درمان بین فردی؛ ۱۵ نفر) و گروه آزمایش سه (درمان فراشناختی، ۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر). اطلاعات گردآوری شده با نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

جدول ۱: طرح واره درمانی (Young et al., 2003)

جلسه اول: آشنایی اعضای یک گروه با یکدیگر و معرفی و بیان قوانین حاکم بر جلسات.
هدف: ایجاد روحیه خودشناسی و خودباوری، و برقراری درگیری عاطفی ایمن بین درمانگر و اعضای گروه
جلسه دوم: شناخت حالات خلقی، فیزیولوژیکی و هیجانات و ارائه منطق درمان، ارائه توضیحاتی در مورد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و مفهوم سازی از مشکل آزمودنی‌ها.

اهداف:

۱- توانایی آزمودنی‌ها در شناسایی حالات خلقی

۲- توانایی آزمودنی‌ها در شناسایی حالات فیزیولوژیک بدن

۳- توانایی آزمودنی‌ها در شناسایی هیجانات (براساس پرسشنامه‌ی طرحواره یانگ).

جلسه سوم: درک مسائل و بررسی پنج حوزه نیازهای اساسی روانشناختی بر مبنای مدل یانگ (۲۰۰۳)

دلبستگی ایمن (نیاز به امنیت، ثبات، محبت و پذیرش، خودگردانی و کفایت، آزادی در بیان نیازها و هیجانات سالم، خودانگیختگی و تفریح، محدودیت‌های واقع‌بینانه و خویش‌داری، توضیح: ارضای ناکافی این نیازها در کودکی، پایه‌گذار طرحواره‌های ناسازگار اولیه است.

اهداف:

۱- هدایت آزمودنی‌ها در درک مسائل خود و ارتباط آن با نیازهای اساسی برآورده نشده

۲- تشخیص ارتباط میان فکر، رفتار، واکنش‌های جسمانی و حالات هیجانی

جلسه چهارم: تمرکز بر زمان حال و رفتار خود با تاکید بر تکنیک‌های تجربی (مانند تصویرسازی ذهنی) و تمرینات ذهن آگاهی برای حساسیت‌زدایی منظم

هدف:

۱- توجه و تاکید بر زمان حال و رفتار کنونی.

۲- استفاده از تکنیک‌های تصویرسازی و ذهن آگاهی برای کاهش اضطراب و تنظیم هیجانات ناشی از چالش‌های اجتماعی

جلسه پنجم: شناخت اهداف و ارزشها و باورهای شخصی و بازسازی شناختی طرحواره‌های ناسازگار

هدف: شناخت اهداف کوتاه‌مدت و بلندمدت و بررسی نظام ارزشی از طریق تشخیص موقعیت، افکار و باورهای ناسازگار،

جداسازی موقعیت از افکار، شناسایی افکار خودآیند و شواهد مرتبط، ایجاد تفکر جایگزین یا متعادل (بازسازی شناختی).

جلسه ششم: آموزش تکنیک کاهش و مقابله با طرحواره‌های ناسازگار

هدف:

۱- متعهد شدن هریک از اعضا به انجام مراحل عملی به شیوه‌ای مسوولانه در جهت افزایش شادی و نشاط

۲- تشخیص نشانه‌های یاس و ناامیدی و کسب برخی مهارت‌ها در رویارویی با موقعیت‌های یاس آور.

جلسه هفتم: مسولیت‌پذیری در قبال نتایج باورهای غلط پیشین از طریق آموزش‌های جلسات قبل و کسب هویت موفق جدید

هدف: شناخت عمیق‌تر نیازهای اساسی و مسولیت‌پذیری در قبال رفتار و باورها

جلسه هشتم: جمع‌بندی نظام‌مند پروتکل: مرور دستاوردها، تثبیت مهارت‌ها، بحث درباره طرحواره‌های اصلی و سبک‌های

مقابله‌ای تعدیل‌یافته، و ارائه راهبرد برای پیشگیری از عود.

هدف: خلاصه‌سازی فرآیند درمان، تثبیت یادگیری‌ها و برنامه‌ریزی برای تداوم نتایج پس از پایان جلسات

جدول ۲: درمان بین فردی (O'Shea et al., 2015)

جلسه اول و دوم آشنایی و برقراری ارتباط میان اعضای گروه با یکدیگر و همچنین با درمانگر، مرور علائم اختلال اضطراب اجتماعی، تبیین اختلال در چارچوب ابعادی زیست روانی اجتماعی و تعریف علائم افراد به عنوان بخشی از یک اختلال شناخته شده

جلسه سوم و چهارم ارزیابی روابط بین فردی گذشته و حال، برقراری ارتباط میان اضطراب اجتماعی و روابط شرکت کنندگان، فرمول‌بندی حیطه بین فردی و تعیین حیطه ناایمنی نقش و یک هدف بین فردی کاملاً اختصاصی به عنوان یک هدف اختصاصی

جلسه پنجم و ششم تحلیل تعاملات و ارتباطات افراد، تسهیل ابراز واکنش‌های هیجانی نسبت به آنچه که در درون و بیرون از گروه تجربه می‌کند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی، آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن از طریق فرایندی انتظارات منفی، آماده کردن شرکت کنندگان برای آن رویداد به وسیله در نظر گرفتن گزینه‌های راهبرد بین فردی و رسیدگی به تجربه‌ها مراجع بعد از آن رویداد.

جلسه هفتم و هشتم کار روی موضوع‌های بین فردی انفعال، عدم قطعیت، ابراز خشم و ترس از مخالفت، افزایش مهارت‌های بین فردی مثل ابراز احساسات، تحریک جرأت‌مندی و خود مختاری، بررسی پیشرفت درمان و آماده سازی برای خاتمه گروه و اجرای پس آزمون.

درمان فراشناخت

جدول ۳: خلاصه برنامه آموزش تکنیک‌های فراشناختی (Wells, 2011)

جلسه	هدف
اول	فراخوانی فراشناخت‌ها، نیمرخ سازی فراشناخت و توضیح منطق درمان برای مراجع
دوم	استفاده از تکنیک رهایی از ذهن مشغول
سوم	آموزش تکنیک به تعویق انداختن
چهارم	بازبینی پیشرفت مراجع
پنجم	تکنیک آموزش توجه و تکنیک تغییر تمرکز موقعیتی توجه
ششم	اصلاح فرا باورهای مثبت و منفی به کمک تکنیک پرسش و پاسخ با خود
هفتم	خود گویی کلامی مثبت
هشتم	پایش پیشرفت، بهبودی و جلوگیری از عود

یافته‌ها

در این بخش با استفاده از داده‌های حاصل از توزیع پرسشنامه‌های تحقیق در دو بخش تحلیل‌های توصیفی و تحلیلهای استنباطی (تحلیل کواریانس یک متغیره و چند متغیره و آزمون‌های پس مقایسه‌ای) به بررسی فرضیات تحقیق پرداخته شده است.

نتایج تحلیل توصیفی نشان داد دامنه سنی شرکت کنندگان بین ۱۹ تا ۲۵ و میانگین سن آنها ۲۱/۲۸ سال بود. تعداد ۲۹ نفر (معادل ۴۸/۳ درصد) شرکت کنندگان پسر و ۳۱ نفر (معادل ۵۱/۷ درصد) آن‌ها زن بودند.

جدول شماره ۴ شاخص‌های توصیفی - نمرات پیش آزمون و پس آزمون شرم درونی شده (کمرویی و عزت نفس) را نشان می‌دهد.

جدول ۴: شاخص‌های توصیفی - نمرات پیش آزمون و پس آزمون شرم درونی شده
(کمرویی و عزت نفس)

متغیر	نوع آزمون	گروه کنترل		گروه طرحواره		گروه فراشناخت		گروه درمان بین فردی	
		انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد
کمرویی	پیش آزمون	51.067	12.618	48.000	12.242	50.600	12.240	50.267	12.572
	پس آزمون	51.000	12.259	45.600	12.977	48.000	12.036	47.467	12.432
عزت نفس	پیش آزمون	13.600	3.418	12.333	3.063	14.333	3.478	13.467	3.681
	پس آزمون	13.933	3.411	14.000	3.273	15.867	3.681	14.667	3.677

در جدول شماره ۴، شاخص‌های توصیفی، کمرویی و عزت نفس در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل آمده است. بر اساس این شاخص‌ها، در مرحله پس آزمون، میانگین کمرویی گروه طرحواره درمانی به اندازه ۲/۴۰ نمره کاهش، در گروه فراشناخت به اندازه ۲/۶۰ کاهش و در گروه درمان بین فردی نیز به اندازه ۲/۸۰ کاهش داشته است. ولی در مقایسه با آنها میانگین گروه کنترل، به اندازه ۰/۰۷ نمره کاهش یافته است. در مورد عزت نفس میانگین پس آزمون گروه طرحواره درمانی به اندازه ۱/۶۶ نمره افزایش، در گروه فراشناخت به اندازه ۱/۵۳ افزایش و در گروه درمان بین فردی نیز به اندازه ۱/۲۰ افزایش داشته است. ولی در مقایسه با آنها میانگین گروه کنترل، به اندازه ۰/۳۳ نمره افزایش یافته است.

روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح مورد استفاده در آن، طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود؛ بنابراین برای آزمون فرضیه‌ها از تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابتدا و قبل از اجرای آزمون، پیش شرط‌های استفاده از آزمون‌های پارامتریک بررسی شد. بدین صورت که ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها در گروه‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک بررسی گردید.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که سطوح معنی داری به دست آمده در مورد متغیر پژوهش به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد؛ بنابراین پیش فرض برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک بلامانع می‌باشد. در گام بعدی پیش شرط تساوی واریانسها با استفاده از آزمون لون بررسی شد. نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که در مورد تمام متغیرهای پژوهش بجز پاسخ‌های منحرف کننده حواس و ابراز هیجان مثبت در گروه درمان فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در گروه درمان بین فردی سطح معنی داری به دست آمده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین پیش شرط همگنی واریانسها برقرار است ($P > 0.05$). در مورد متغیرهای پاسخ‌های منحرف کننده حواس و ابراز هیجان مثبت در گروه درمان فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در گروه درمان بین فردی از آنجایی که داده‌ها نرمال هستند و افراد به تصادف در گروه‌ها قرار داده شده‌اند و نیز حجم گروه‌ها برابر هستند، می‌توان از کنار آن گذشت.

برای مقایسه طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت بر شرم درونی شده دانشجویان دارای علائم اضطراب اجتماعی، ابتدا خلاصه تحلیل کواریانس چند متغیره تفاوت سه روش طرحواره درمانی، درمان فراشناخت و درمان بین فردی (IPT) بر شرم درونی شده (کمرویی و عزت نفس) ارائه شده است.

جدول ۵: خلاصه تحلیل کواریانس چند متغیره تفاوت سه گروه آزمایش و کنترل در شرم درونی شده (کمرویی و عزت نفس) در پس آزمون

شرم درونی شده	روش‌های درمانی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات ای سهمی
کمرویی	طرحواره درمانی	25.497	11.603	.002	.309
	درمان فراشناخت	49.308	20.702	.000	.443
	درمان بین فردی	55.303	18.555	.000	.416
عزت نفس	طرحواره درمانی	11.514	11.266	.002	.302
	درمان فراشناخت	11.056	8.259	.008	.241
	درمان بین فردی	5.478	4.905	.036	.159

نتایج درج شده در جدول (۵) نشان می‌دهد که هر سه شیوه درمانی بر کاهش کمرویی و افزایش عزت نفس تأثیر معناداری دارد. برای آزمون معنی داری تفاوت بین تأثیرات سه شیوه درمانی از آزمون پس مقایسه‌ای بنفرنی استفاده شد.

جدول ۶: آزمون بنفرنی مقایسه دو به دو گروه‌ها در پس آزمون شرم درنی شده (کمرویی و عزت نفس)

گروه (I)	گروه (J)	تفاوت بین میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	سطح معناداری
کمرویی	طرحواره	2.260*	.618	.003
	کنترل	2.569*	.594	.000
	بین فردی	2.724*	.591	.000
	کنترل	-2.260*	.618	.003
	طرحواره	.309	.637	1.000
	بین فردی	.464	.610	1.000
	فراساخت	-2.569*	.594	.000
	طرحواره	-.309	.637	1.000
	بین فردی	.155	.597	1.000
عزت نفس	کنترل	-2.724*	.591	.000
	بین فردی	-.464	.610	1.000
	فراساخت	-.155	.597	1.000
	طرحواره	-1.203*	.427	.041
	کنترل	-1.240*	.410	.023
	بین فردی	-.845	.409	.260
	کنترل	1.203*	.427	.041
	طرحواره	-.038	.440	1.000
	بین فردی	.357	.422	1.000
فراساخت	کنترل	1.240*	.410	.023
	طرحواره	.038	.440	1.000
	بین فردی	.395	.412	1.000

کنترل	.845	.409	.260
بین فردی	طرحواره	-.357	.422
فراشناخت	1.000	-.395	.412

نتایج آزمون تعقیبی بنفرنی نشان داد که تفاوت سه روش طرحواره درمانی، درمان فراشناخت و درمان بین فردی (IPT) در میزان اثر بخشی‌ها در درمان کمروبی و عزت نفس معنی دار نیست ($P\text{-value} > 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که میزان اثربخشی طرحواره درمانی، درمان بین فردی (IPT) و درمان فراشناخت در کاهش نشانه‌های مربوط به شرم درونی شده در دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی، تفاوت معنی داری ندارد. آزمون تعقیبی بنفرنی نیز تأیید کرد که هیچکدام از این روش‌ها در مقایسه با یکدیگر بر میزان اثرگذاری در درمان شرم درونی تفاوت قابل توجهی ندارند ($p\text{-value} < 0/05$). این یافته‌ها با نتایج تحقیقات پیشین همسو است؛ به عنوان نمونه، تحقیقات دی پیترو و همکاران (Di Pietro, et al., 2024) و مارکونی و همکاران (Marconi et al., 2023) نشان داده‌اند که تکنیک‌های تجربی، رابطه درمانی و مداخلات روانشناختی مبتنی بر درمان‌های بین فردی و فراشناختی در بهبود سلامت روان و ارتقای درک فرد از خود و دیگران مؤثر هستند. نتایج این پژوهش، یافته‌های پیشین را که بر اثربخشی جداگانه هر یک از این درمان‌ها صحه می‌گذارند، بسط می‌دهد و نشان می‌دهد که علی‌رغم گذر از مسیرهای نظری و تکنیکی متمایز، نقطه پایانی مشترکی در تعدیل این هیجان پایدار و آسیب‌زا قابل دستیابی است.

از منظر تبیینی، هر رویکرد با مکانیسمی اختصاصی اما همگرا به کاهش شرم می‌پردازد. طرحواره درمانی، با اتکا به چارچوب یانگ، به شناسایی و بازسازی الگوهای شناختی-هیجانی عمیق و ناسازگاری می‌پردازد که ریشه در تجارب تحولی داشته و هسته باورهای مرتبط با نقص و شرم را تشکیل می‌دهند. درمان بین فردی، با تمرکز بر الگوهای ارتباطی ناکارآمد زمان حال، به بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش احساس انزواء و طرد می‌انجامد که از عوامل کلیدی تشدید و تداوم شرم هستند. درمان فراشناخت نیز با تغییر فرآیندهای فراشناختی ناکارآمد (مانند نشخوار فکری و توجه متمرکز بر تهدید)، رابطه فرد با افکار و احساسات شرم‌آور را دگرگون ساخته و راه را برای تنظیم هیجانی سازگارانه‌تر هموار می‌کند. این

همگرایی در پیامد، می‌تواند مؤید وجود «عوامل مشترک درمانی» قدرتمندی همچون ارائه چارچوب تبیینی منسجم، ایجاد رابطه درمانی حامیانه و القای امیدواری باشد که در هر سه مداخله حاضر بوده‌اند. نوآوری و اهمیت کاربردی مطالعه حاضر، نه در احراز اثربخشی که در ارائه یک مقایسه مستقیم کنترل‌شده بین سه مداخله پرکاربرد در یک جمعیت خاص (دانشجویان ایرانی) و بر یک نشانه کلیدی اما کمتر مطالعه‌شده (شرم درونی شده) است. این یافته پاسخی عملی به یک معضل بالینی رایج در عرصه‌های خدمات روانشناختی با محدودیت منابع (مانند مراکز مشاوره دانشگاهی) ارائه می‌دهد: با فرض اثربخشی معادل، معیار انتخاب درمان می‌تواند از «برترین روش» به سمت «مناسب‌ترین روش» تغییر کند. این انعطاف، انتخاب آگاهانه بر اساس ترجیح مراجع، همخوانی مشکل با فرمول‌بندی یک مدل، صلاحیت درمانگر و محدودیت‌های بافتی را ممکن می‌سازد و گامی در جهت شخصی‌سازی و افزایش دسترسی به مداخلات مؤثر است.

با این حال، تفسیر نتایج باید با در نظر گرفتن محدودیت‌های مطالعه صورت گیرد. خودگزارشی بودن داده‌ها، فقدان مرحله پیگیری برای بررسی ماندگاری اثرات، و محدود بودن نمونه به دانشجویان یک مرکز، از جمله این موارد است. مهم‌ترین محدودیت، فشردگی پروتکل طرحواره‌درمانی به یک قالب ۸ جلسه‌ای گروهی بود که با ذات بلندمدت و یکپارچه این رویکرد در تضاد نسبی است. این اقتباس، اجرای کامل مؤلفه‌های تجربی و رابطه‌درمانی عمیق (مانند بازوالدینی) را محدود کرد و احتمالاً شکل ارائه‌شده از طرحواره‌درمانی در این مطالعه را عمدتاً بر بعد شناختی-رفتاری آن متمرکز ساخت. بنابراین، یافته عدم تفاوت را باید با این قید تفسیر کرد که شکل فشردگی و تعدیل‌یافته‌ای از طرحواره‌درمانی نیز در شرایط عملی خاص می‌تواند به نتیجه‌ای مشابه با درمان‌های کوتاه‌مدت‌تر برسد.

پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی با گنجاندن ارزیابی‌های پیگیری بلندمدت، استفاده از روش‌های چندگانه سنجش (مصاحبه بالینی، گزارش درمانگر) و به کارگیری پروتکل‌های استاندارد کوتاه‌مدت‌شده (مانند طرحواره‌درمانی متمرکز بر مُد) این مقایسه را تکرار کنند. همچنین، پژوهش‌های کیفی برای کاوش تجربه ذهنی فرآیند تغییر، و مطالعاتی با هدف شناسایی متغیرهای تعدیل‌گر (مانند شدت علائم یا سبک دلبستگی) می‌تواند به روشن‌تر شدن نشان دادن «مسیر بهینه درمان برای هر فرد» بینجامد. در جمع‌بندی نهایی، این مطالعه نشان می‌دهد که گزینه‌های درمانی معتبر متعددی برای مقابله با شرم درونی شده در اضطراب اجتماعی وجود دارد و با حرکت به سمت پارادایم انتخاب آگاهانه و مبتنی بر شواهد، می‌توان کارآیی خدمات سلامت روان را در محیط‌های واقعی ارتقا بخشید.

References

- Arjmand, H. (2021). The nature of schema therapy and types of schema therapy. Paper presented at the 1st Conference on Psychology, Social Sciences and Humanities, Tehran. <https://civilica.com/doc/1171218>
- Di Pietro, E., Valentino, V., & Dimaggio, G. (2024). (Experiential techniques and therapeutic relationship in metacognitive interpersonal therapy: A contribution to the unified protocol. *Journal of Psychotherapy Integration*, 34(3), 329. doi:<https://doi.org/10.1037/int0000344>
- Eres, R., Lim, M. H., Lanham, S., Jillard, C., & Bates, G. (2021). Loneliness and emotion regulation: Implications of having social anxiety disorder. *Australian Journal of Psychology*, 73(1), 46–56. doi:<https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1904498>
- Ferber, K. A., Chen, J., Tan, N., Sahib, A., Hannaford, T., & Zhang, B. (2024). Perfectionism and social anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. doi:<https://doi.org/10.1037/cps0000201>
- Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, D., González-Fernández, S., & Pérez-Álvarez, M. (2018). Activation vs. experiential avoidance as a transdiagnostic condition of emotional distress: An empirical study. *Frontiers in psychology*, 9, 1618. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01618>
- Ferreira, C., Moura-Ramos, M., Matos, M., & Galhardo, A. (2022). A new measure to assess external and internal shame: Development, factor structure and psychometric properties of the external and internal shame scale. *Current Psychology*, 41(4), 1892–1901. doi:<https://doi.org/10.1007/s12144-020-00709-0>
- Gaziel-Guttman, M., Anaki, D., & Mashal, N. (2023). Social anxiety and shame among young adults with autism spectrum disorder compared to typical adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 53(6), 2490–2498. doi:<https://doi.org/10.1007/s10803-022-05526-x>
- Ginat-Frolich, R., Gilboa-Schechtman, E., Huppert, J. D., Aderka, I. M., Alden, L. E., Bar-Haim, Y., . . . Heimberg, R. G. (2024). Vulnerabilities in social anxiety: Integrating intra-and interpersonal perspectives. *Clinical Psychology Review*, 109, 102415. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102415>
- Hankin, B. L., Demers, C. H., Hennessey, E.-M. P., Perzow, S. E., Curran, M. C., Gallop, R. J., . . . Davis, E. P. (2023). Effect of brief interpersonal therapy on depression during pregnancy: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 80(6), 539–547. doi:<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.0702>
- Imanifar, M. (2021). Schema Therapy (Non-Positive Beliefs): The polar landscape.
- khodabandehlu, n., fathiagdam, g., babakhani, v & ., alijani, f. (2021). Comparison of the Effectiveness of "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Focused Therapy" on Ruminant Response High School Male Students. *Journal of Health Promotion Management*, 10(6), 141–150. Retrieved from <http://jhpm.ir/article-1-13-۴۷fa.html>
- Laldinpuii, B., Bhattacharjee, R., Dutta, R., & Bordoloi, S. (2024). Impact of social anxiety on the life style of students. *Journal for ReAttach Therapy and Developmental Diversities*, 7(6), 22–27. doi:<https://doi.org/10.53555/jrtdd.v7i6.2882>
- Leahy, R. L. (2019). Introduction: Emotional Schemas and Emotional Schema Therapy. *J Cogn Ther*(12), 1–4. doi:<https://doi.org/10.1007/s41811-018-0038-5>

- Lemma, A., Hepworth, M., Fonagy, P., Luyten, P., & Abrahams, D. (2024). *Brief dynamic interpersonal therapy*: Oxford University Press.
- Marconi, E., Monti, L., Fredda, G., Kotzalidis, G. D., Janiri, D., Zani, V., . . . Moriconi, F. (2023). Outpatient care for adolescents' and young adults' mental health: promoting self-and others' understanding through a metacognitive interpersonal therapy-informed psychological intervention. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1221158. doi:10.3389/fpsyt.2023.1221158
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., Gilbert, P., Duarte, C., & Figueiredo, C. (2015). The Other As Shamer Scale-2: Development and validation of a short version of a measure of external shame. *Personality and individual differences*, 74, 6–11. doi:10.1016/j.paid.2014.09.037
- Nan, Y., Qin, J., Li, Z., Kim, N. G., Kim, S. S. Y., & Miller, L. C. (2024). Is social media use related to social anxiety? A meta-analysis. *Mass Communication and Society*, 27(3), 441–474. doi:https://doi.org/10.1080/15205436.2024.2321533
- Norouzi, M., Michaeli Manee, F., & Issazadegan, A. (2016). THE PREVALENCE OF SELF-REPORTED SOCIAL ANXIETY DISORDER ON IRANIAN STUDENTS. *Studies in Medical Sciences*, 27(2), 155–166. Retrieved from <http://umj.umsu.ac.ir/article-1-3381-fa.html>
- O'Shea, G., Spence, S. H., & Donovan, C. L. (2015). Group versus individual interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(1), 1–19. doi:http://dx.doi.org/10.1017/S1352465814000216
- Peeters, N., van Passel, B., & Krans, J. (2022). The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 579–597. doi:10.1111/bjc.12324
- 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. doi:https://doi.org/10.1177/15346501211027866
- Philipp, R., Kriston, L., Kühne, F., Härter, M., & Meister, R. (2020). Concepts of metacognition in the treatment of patients with mental disorders. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(2), 173–183. doi:https://doi.org/10.1007/s10942-019-00333-3
- Rahmani, M., & Rezaei, M. (2022). Determining the effectiveness of metacognitive therapy on students' anxiety. Paper presented at the 9th International Conference on Humanities, Social Sciences and Lifestyle. <https://civilica.com/doc/1491029>
- Rajabi, G., & Abasi, G. a. (2012). Investigating the relationship between self-criticism, social anxiety, and fear of failure with shyness in students. *clinical psychology and counseling research*, 1(2), 171–182. doi:10.22067/ijap.v1i2.9837
- Ran, G., Li, J., Zhang, Q., & Niu, X. (2022). The association between social anxiety and mobile phone addiction: A three-level meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 130, 107198. doi:https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107198
- Sahour, A., Mirzaian, B., & Heydari, S. (2024). Comparing the Effect of “Schema Therapy” and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy “on Rumination Response and Worry in Infertile Women. *Journal of Health Promotion Management*, 13(4), 40–54. doi:10.22034/jhpm.13.4.40

- Swee, M. B., Hudson, C. C., & Heimberg, R. G. (2021). Examining the relationship between shame and social anxiety disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 90, 102088. doi:10.1016/j.cpr.2021.10۲۰۸۸
- Vahid Savabi Niri, R. K. (2022). Comparison of Defens Mechanisms ,Dysfunction Emotion Regulation and Intolerance of Uncertainty in Students with Symptoms of Compulsive Hoarding and Social Anxiety. *Journal of School Counseling*, 2(1), 1–19. . doi:10.22/۰۹۸jsc.2022.1684
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: Guilford press.
- Wu, W., Huang, L., & Yang, F. (2024). Social anxiety and problematic social media use: A systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 153, 1۰۷۹۹۵. doi:10.1016/j.addbeh.2024.107995
- Zhang, K., Hu, X., Ma, L., Xie, Q., Wang, Z., Fan, C., & Li, X. (2023). The efficacy of schema therapy for personality disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(7), 641–650 . doi:https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2228304
- Zhou, X., Teng, T., Zhang, Y., Del Giovane, C., Furukawa, T. A., Weisz, J. R., . . . Xiang, Y. (2020). Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(7), 581–601. doi:10.1016/S2215-0366(20)30137-1.
- Lian, A. E. Z., Chooi, W. T., & Bono, S. A. (2024). The development and the effectiveness of schema therapy on Malaysian female young adults who experienced continuous trauma and post-traumatic stress disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 8(3), 100427. https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2024.100427
- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2018). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive behaviour therapy*, 47(4), 328-349. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566
- Joshua, P. R., Lewis, V., Kelty, S. F., & Boer, D. P. (2025). Applications of schema therapy in young people: a systematic review. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-23. https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2522375