

مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی آموزش درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی افراد دارای نارضایتی جنسیتی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۱/۱۰

خلاصه

مقدمه: به دلیل شیوع بالای اضطراب اجتماعی در بین افراد دارای نارضایتی جنسیتی، ارزیابی درمان‌های مؤثر در این حیطه مهم و لازم تلقی می‌شود. هدف پژوهش حاضر مقایسه میزان اثربخشی آموزش درمان شناختی-رفتاری با طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی افراد دارای نارضایتی جنسیتی بود.

روش کار: این پژوهش از نوع کاربردی و روش تحقیق نیمه تجربی است که با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد با درجات مختلف دارای اختلال نارضایتی جنسیتی بود که به مراکز و کلینیک‌های درمانی در سطح شهر شیراز از سال ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۲ مراجعه نموده بودند. نمونه این پژوهش با روش نمونه‌گیری دسترس از بین افراد دارای نارضایتی جنسیتی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی سطح شیراز انتخاب شد در نهایت تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به شکل تصادفی در سه گروه (گروه آزمایش ۱= درمان شناختی-رفتاری، ۲۰ نفر؛ گروه آزمایش ۲= طرح‌واره درمانی، ۲۰ نفر؛ و گروه کنترل، ۲۰ نفر) گمارش شدند. برای افراد گروه آزمایش برنامه مداخلاتی اجرا شد اما افراد گروه کنترل این مداخلات را دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند.

نتایج: نتایج این پژوهش نشان داد که اگرچه هر دو نوع درمان شناختی-رفتاری و طرح‌واره درمانی به‌طور معناداری موجب کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی در افراد دارای نارضایتی جنسیتی می‌شوند اما درمان شناختی-رفتاری در کاهش این علائم نسبت به طرح‌واره درمانی مؤثرتر است ($P < 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی بیشتر درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی افراد دارای نارضایتی جنسیتی به نظر می‌رسد متخصصین حوزه سلامت روان که با این گروه کار می‌کنند بهتر است از این درمان بهره‌گیرند.

کلمات کلیدی

شناختی-رفتاری، طرح‌واره درمانی، نارضایتی جنسیتی
پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

الهام بهادری^۱

دکتر کاظم خرم دل^{۲*}

دکتر زهرا احصایی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران.

^۲ استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی فاطمیه، شیراز، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ روانپزشک، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: دکتر کاظم خرم دل، استادیار، گروه روانشناسی، موسسه آموزش عالی فاطمیه، شیراز، ایران.

Email: khoramdel.psy@gmail.com

مقدمه

نارضایتی جنسیتی به عنوان عدم تطابق بین جنسیت بیولوژیکی و هویت جنسی فرد تعریف می شود که اغلب با پریشانی قابل توجه و دوره ای از نارضایتی مشخص می شود. در نسخه ۵ ام، راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، اصطلاح نارضایتی جنسیتی، جایگزین اختلالات هویت جنسی^۲ شد. در واقع این تغییر در جهت حذف مفهوم آسیب شناسی از تراجنسیتی^۳ بود زیرا که این وضعیت، یک اختلال روانی نیست (۱). شیوع نارضایتی جنسیتی در ایران ۱،۴۶ در هر ۱۰۰۰۰ ایرانی گزارش شده است (۲).

اغلب افراد دارای نارضایتی جنسیتی تجربیات ناخوشایندی مانند طرد از سوی جامعه یا خانواده، تبعیض، مسخره شدن و مورد خشونت واقع شدن را گزارش می کنند (۳). بنابراین طبیعی است که نرخ مشکلات سلامت روان در این گروه از جامعه بالا باشد (۵،۴). بعد از اختلالات خلقی، اختلالات اضطرابی با ۴۲،۱ درصد، شایع ترین دسته اختلالات روانی در افراد مبتلا نارضایتی جنسیتی را شکل می دهند (۶). هم چنین تستا و همکاران (۷) مدل اقلیت میر در خصوص افراد دارای نارضایتی جنسیتی را گسترش دادند و بیان کردند که تبعیض های مرتبط با جنسیت، طرد شدن، عدم تطابق با هویت جنسی، انتظارات منفی نسبت به آینده با تجربه اضطراب اجتماعی در افراد گروه های اقلیت جامعه مانند افراد دارای نارضایتی جنسیتی در ارتباط هستند (۵،۸). اختلال اضطراب اجتماعی، شامل ترس از موقعیت های اجتماعی از جمله موقعیت هایی است که مستلزم تماس با افراد غریبه یا زیر نظر افراد غریبه بودن است. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از

شرمسار شدن در موقعیت های اجتماعی می ترسند. این افراد ممکن است ترس های اختصاصی در مورد انجام برخی فعالیت های اختصاصی مانند خوردن یا صحبت کردن در جلوی دیگران داشته باشند یا ترس غیر اختصاصی مبهمی را در مورد شرمسار بودن خود تجربه کنند. اما به طور کلی ترس در اختلال اضطراب اجتماعی، ترس از شرمسار شدن در آن موقعیت است نه خود موقعیت (۹). محمد باقری و همکاران (۱۰) در مطالعه ای خود گزارش داده اند که افراد تراجنسیتی تغییر جنسیت نداده افکار خودکشی و اضطراب اجتماعی بالاتری نسبت به جمعیت عموم دارند.

به دلیل شیوع بالای اضطراب اجتماعی در بین افراد دارای نارضایتی جنسیتی، ارزیابی درمان های مؤثر در این حیطه مهم و لازم تلقی می شود. از میان رویکردهای درمانی مطرح، طرحواره درمانی ترکیبی و نوین است که توسط یانگ (۱۱) و براساس مفاهیم پایه ای درمان شناختی- رفتاری تکامل پیدا کرده است اما عناصری از رویکردهای دلبستگی، گشتالت، روابط موضوعی، ساختارگرایی و روان تحلیل گری را نیز شامل می شود (۱۱) در واقع طرحواره یک بسته حافظه ای است که محتوای آن در اثر آموزه های فرد در طول زمان شکل گرفته است و در روند شکل گیری این طرحواره ها عواملی مانند بنیادهای زیستی، عوامل مربوط به محیط تربیتی مانند خانواده، فرهنگ، تجاربی رشدی و .. تأثیرگذار بوده اند (۱۱) هم چنین حاتمی و همکاران (۱۲) در پژوهشی نشان داده اند که افراد دارای نارضایتی جنسیتی در مقایسه با افراد عادی، طرحواره های ناسازگار اولیه آسیب پذیرتری دارند و پیشینه مطالعاتی نیز در این زمینه نشان

³ transgender¹ DSM5² Gender identity disorder

داده است که طرحواره درمانی در برطرف کردن تعدادی از مشکلات روانشناختی افراد دارای نارضایتی جنسیتی مؤثر بوده است به طور مثال غیابی و آقایی گلدیانی (۱۳) در پژوهشی به بررسی اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر کاهش طرحواره‌های طرد/رهاشدگی و نقص/شرم در افراد دارای اختلال هویت جنسی پرداختند. و نتایج آن‌ها نشان داد که شرکت در جلسات طرحواره درمانی گروهی در مرحله پس‌آزمون در افراد گروه آزمایش منجر به کاهش طرحواره‌های طرد/رهاشدگی و نقص/شرم شده است و تفاوت بین نمرات در متغیرهای وابسته افراد دو گروه در مرحله پس‌آزمون معنادار بوده است. از طرفی دیگر مطالعاتی در این زمینه نیز بر اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری برای اضطراب اجتماعی در افراد دارای نارضایتی جنسیتی تأکید کرده‌اند (۱۴،۱۵). این در حالی است که درمان شناختی-رفتاری، درمانی ساختارمند و مبتنی برهدف است که تکنیک‌های متنوعی را به کار می‌گیرد و در درمان اضطراب اجتماعی مؤثر است (۱۶،۱۷،۱۸،۱۹). امروزه نیز در مطالعات تأکید بسیاری بر اختصاصی سازی درمان شناختی-رفتاری به جهت تطبیق آن با نیازهای ویژه گروه‌های اقلیت مانند دارای نارضایتی جنسیتی صورت گرفته است (۲۰). در ایران نیز گل پرور و همکاران (۲۱) درمان شناختی رفتاری را بر روی افراد دارای اختلال هویت جنسی به کار گرفته‌اند و نتایج آن‌ها نشان داد که این نوع درمان می‌تواند در حل مشکلات بین فردی مؤثر باشد و موجب سازگاری اجتماعی بیشتر آن‌ها شود.

به‌طور کلی باوجود شیوع بالای تجربه نارضایتی جنسیتی در بین افراد (۲) هم‌چنین شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در این گروه از جامعه (۶) لزوم ارزیابی درمان‌های مؤثر برای این مشکل خاص در این گروه از افراد بیش‌ازپیش احساس می‌شود و باوجود اینکه مطالعات مختلفی اثربخشی درمان‌های

شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر مشکلات افراد دارای نارضایتی جنسیتی را بررسی کرده‌اند (۱۳،۱۴،۱۵) اما تاکنون مطالعه‌ای به بررسی اختصاصی این موضوع پرداخته است که از بین دو رویکرد شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی، کدام یک قادر است علائم اضطراب اجتماعی در افراد دارای نارضایتی جنسیتی را به طور مؤثرتری کاهش دهد. این در حالی است که شناسایی مؤثرترین رویکرد درمانی در حل مشکل اضطراب اجتماعی این گروه از افراد باعث کاهش وقت و هزینه اضافی می‌شود و فرایند بازگشت این افراد به جامعه را تسریع می‌کند به گونه‌ای که بتوانند به‌عنوان یک عضو کارآمد هم برای خودشان هم برای جامعه مفید باشند بنابراین هدفش پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی افراد دارای نارضایتی جنسیتی است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و روش تحقیق نیمه تجربی است که با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری سه ماهه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی افراد با درجات مختلف دارای اختلال نارضایتی جنسیتی بود که به مراکز و کلینیک‌های درمانی در سطح شهر شیراز از سال ۱۴۰۰ تا ۱۴۰۲ مراجعه نموده بودند.

نمونه این پژوهش با روش نمونه‌گیری دسترس از بین افراد دارای نارضایتی جنسیتی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های درمانی سطح شیراز انتخاب شد درواقع در این تحقیق ابتدا از افرادی که ادعای نارضایتی جنسیتی در دامنه سنی ۱۸ الی ۴۰ سال دارند و به ۳ مرکز روانپزشکی مراجعه نموده‌اند، دعوت شد که به یکی از مراکز مشاوره و روان‌درمانی در سطح شهر شیراز مراجعه کنند. سپس در بین افراد مراجعه‌کننده ابتدا

مصاحبه بالینی توسط روانپزشک و روانشناس متخصص به منظور تشخیص قطعی اختلال نارضایتی جنسیتی انجام و از میان افرادی که دارای این اختلال و سایر ملاک‌های ورود به مطالعه بودند، با روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۶۰ نفر انتخاب و به شکل تصادفی در سه گروه (گروه آزمایش ۱=درمان شناختی-رفتاری، ۲۰ نفر؛ گروه کنترل، ۲۰ نفر) گمارش شدند. برای افراد گروه آزمایش برنامه مداخلاتی اجرا شد اما افراد گروه کنترل این مداخلات را دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل دامنه سنی ۱۸ الی ۴۰ سال، کسب نمره برش لازم در ابزارهای خودگزارشی، برخورداری از حداقل میزان سواد برای پاسخ‌دهی به ابزارهای خودگزارشی، عدم ابتلای فرد به هر یک از بیماری‌های مزمن طبی یا صعب‌العلاج (سرطان، دیابت، مشکلات قلبی-عروقی، بیماری‌های نورولوژیک، هماتولوژی، انکولوژی و ...)، توانایی و تمایل برای شرکت در جلسات درمانی تعیین شد و تکمیل کامل سئوالات ابزارها و تشخیص قطعی نارضایتی جنسیتی زیر نظر متخصص مربوطه بود. ملاک‌های خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل و رضایت فرد برای مشارکت یا ناتوانی از شرکت منظم در جلسات درمانی تعیین شد و غیبت بیش از دو جلسه از شرکت در جلسات درمانی بود.

ابزار استفاده شده در پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه اضطراب اجتماعی و پروتکل طرحواره درمانی یانگ (۱) و پروتکل درمان شناختی-رفتاری لیهی (۲) که در این قسمت به شرح آنها پرداخته شده است.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی^۱: این ابزار خودگزارش‌دهی در سال ۲۰۰۰ به وسیله کانور^۲ و همکاران به منظور سنجش اضطراب اجتماعی در افراد تدوین یافته است. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال با ۳ مؤلفه ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک است. نمره‌گذاری برحسب طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (گزینه هرگز با نمره ۱ تا همیشه با نمره ۵) انجام می‌شود. سازندگان ابزار ضریب پایایی ابزار را با فاصله دو هفته ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین، حسن‌زاده و همکاران در سال ۱۳۹۶ روایی و پایایی این مقیاس را در نمونه غیربالینی محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه را در نیمه اول آزمون برابر با ۰/۸۲ و برای نیمه دوم آزمون برابر با ۰/۷۶، همبستگی دو نیمه دوم آزمون برابر با ۰/۷۶، همبستگی دو نیمه آزمون برابر با ۰/۸۴ و شاخص اسپیرمن براون کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۱ بود. در مطالعه موحدی و همکاران که در سال ۱۴۰۱ انجام شد، نیز برای بررسی همسانی درونی این ابزار از ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات برابر با ۰/۸۳ به دست آمده است. در این قسمت خلاصه‌ای از پروتکل طرحواره درمانی یانگ ارائه شده است.

خلاصه پروتکل طرحواره درمانی یانگ

جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی و معرفی برنامه‌ها، اجرای پرسشنامه‌ها، آموزش اهداف طرحواره درمانی و تعریف نیازهای پایه.
جلسه دوم	تعریف طرحواره درمانی و آموزش و شناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه،
جلسه سوم	تعریف و معرفی سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد و ذهنیت طرحواره‌ای.

¹ Social Anxiety questionnaire

² Conver

جلسه چهارم	کمک به افراد جهت ارتباط ریشه‌های تحولی کودکی به مشکلات فعلی و فعال‌سازی تصاویر ذهنی، تجربه اصلاحی باز والدینی، ارزیابی خلق و خوی هیجانی و خود مشاهده گری (کشف و شناسایی مدل طرحواره ای و ارائه تکلیف).
جلسه پنجم	: ارائه منطق تکنیک انجام گفت و گوی خیالی و آموزش تکنیک نامه نوشتن (ارائه تکلیف)
جلسه ششم	آموزش فنون و راهبردهای شناختی و شناسایی افکار و باورهای طرحواره خاست و چالش با آنها و همچنین بررسی شواهد تأیید کننده و رد کننده طرحواره (ارائه تکلیف).
جلسه هفتم	خودنظم بخشی مجدد هیجانی شناختی و رفتاری در موقعیت‌های طرحواره برانگیزان، آموزش تکمیل و استفاده از کارت آموزشی (ارائه تکلیف).
جلسه هشتم	جمع‌بندی و مرور مطالب و تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها.

درمان شناختی- رفتاری لیهی

در این قسمت خلاصه ای از پروتکل درمان شناختی- رفتاری

لیهی ارائه شده است.

جلسات	محتوای جلسه
جلسه اول	آشنایی و معرفی برنامه‌ها، اجرای پرسشنامه‌ها و آموزش اهداف درمان شناختی رفتاری و منطق درمان.
جلسه دوم	آموزش الگوهای شناختی (چرخه منفی تجربه، تحریف‌های شناختی، باور بنیادین و نگرش‌های ناکارآمد)، آشنایی با هیجانات و افکار خود آیند منفی و رفتار و تمایز آنها و ارتباط آنها با بدن (ارائه تکلیف در ارتباط با موضوع جلسه).
جلسه سوم	کشف و شناسایی مدل درون روانی اعضا، تاریخچه شکل‌گیری و تحول مدل درون روانی، شناسایی قواعد زندگی و کشف احساس بنیادین.
جلسه چهارم	طرح درمان و شکستن چرخه منفی تجربه، تقویت احساس خودکارآمدی مراجع در مدیریت جنبه‌های هیجانی و فیزیولوژیکی (فنون و تمرین).
جلسه پنجم	تقویت احساس خودکارآمدی مراجع در مدیریت جنبه‌های رفتاری اختلال (فنون و تمرین).
جلسه ششم	تقویت احساس خودکارآمدی مراجع در مدیریت جنبه‌های شناختی اختلال (فنون و تمرین).
جلسه هفتم	ارزیابی و تمرین حل مسئله و حل تعارض (فنون و تمرین).
جلسه هشتم	جمع‌بندی و مرور مطالب و تکمیل مجدد پرسشنامه‌ها.

در نهایت تحلیل داده‌ها به این شکل انجام شد ۱- ابتدا آمار توصیفی (فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار) و ۲- در بخش آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه مذکور با رعایت پیش فرض‌های مربوطه از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. داده‌ها با نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تجزیه و تحلیل شد.

نتایج

در پژوهش حاضر، تعداد آزمودنی‌های گروه مداخله مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری ۱۰ نفر در مداخله مبتنی بر

رویکرد طرحواره درمانی ۹ نفر و تعداد افراد گروه گواه، ۱۶ نفر بوده است.

جدول ۱. جدول آمار توصیفی بر اساس گروه‌ها

گروه‌ها	میانگین	انحراف	تعداد
معیار			
اضطراب	۳۴,۷۰	۱۰,۳۷	۱۰
اجتماعی	۴۸,۰	۱۴,۶۰	۹
پیش‌آزمون	۳۳,۶۸	۱۲,۸۴	۱۶
CBT	۲۵,۲۶	۱۲,۳۳	۱۰

بر اساس جدول فوق، میانگین اضطراب اجتماعی درپس آزمون در مورد هر دو روش درمانی CBT و طرح واره در مقایسه با پیش آزمون بهتر شده است. همچنین در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه گواه بهتر است.

اضطراب اجتماعی پس آزمون	طرح واره	۳۸,۰	۱۰,۵۹	۹
گواه	۳۲,۹۳	۱۱,۶۶	۱۶	
اضطراب اجتماعی پس آزمون	CBT	۲۴,۷۰	۷,۹۸	۱۰
طرح واره	۳۳,۸۸	۹,۳۷	۹	
پیگیری	گواه	۳۲,۶۲	۱۱,۴۵	۱۶

جدول ۲. نتایج تحلیل باکس، بررسی همگنی کوواریانس‌ها

آزمون باکس	F	DF1	DF2	P
۶۲,۰۷	۴,۳۹	۱۲	۳۰۶۵,۴۷	۰,۰۰۱

در اینجا مقادیر P معنادار است ($p=0/000$). از آنجا که تحلیل واریانس چهار سنج از آزمون‌های مختلف را ارائه می‌دهد، مناسب‌ترین تحلیل برای تفسیر در مواقع همگنی ماتریس واریانس‌ها، آماره لامبدای ویلکز است. اما در هنگامی که همگنی واریانس‌ها برقرار نیست از آزمون اثر پیلای جهت تفسیر نتایج استفاده می‌شود.

جدول ۳. نتایج کلی تحلیل واریانس آمیخته

اثر	متغیر وابسته	مقدار	F	فرضیه DF	خطا DF	P	اتا
زمان	اثر پیلای	۰,۶۲	۲۵,۳۴	۲	۳۱	۰,۰۰۱	۰,۶۲۱
	لامبدا ویلکز	۰,۳۷	۲۵,۳۴	۲	۳۱	۰,۰۰۱	۰,۶۲۱
	اثر هتلینگ	۱,۶۳۵	۲۵,۳۴	۲	۳۱	۰,۰۰۱	۰,۶۲۱
	آخرین ریشه روی	۱,۶۳	۲۵,۳۴	۲	۳۱	۰,۰۰۱	۰,۶۲۱
زمان و	اثر پیلای	۰,۴۸	۵,۰۶	۴	۶۴	۰,۰۰۱	۰,۲۴۰
گروه‌های	لامبدا ویلکز	۰,۵۳	۵,۷۲	۴	۶۲	۰,۰۰۱	۰,۲۷۰
درمانی	اثر هتلینگ	۰,۸۴	۶,۳۶	۴	۶۰	۰,۰۰۱	۰,۲۹۸
	آخرین ریشه روی	۰,۸۱	۱۳,۰۴	۲	۳۲	۰,۰۰۱	۰,۴۴۹

از طرفی پس از کنترل اثر متغیر کنترل در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F=25,34$, $p=0,001$). اثر پیلای). مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون اثر پیلای ۰,۶۲۱ است. همچنین در

نتایج تحلیل کلی واریانس آمیخته از آزمون‌های مختلف را نشان می‌دهد که عموماً نتایج یکسانی ارائه می‌دهند. همانطور که جدول فوق نشان می‌دهد سطوح معناداری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیره را مجاز می‌شمارد. این نتایج نشان می‌دهد گروه‌ها در مورد اثر درون‌گروهی زمان در کل با یکدیگر تفاوت معنادار دارند.

جدول ۴. جدول آزمون موچلی

متغیر	موچلی مربع	df	معناداری حد	حد پایین
درون آزمودنی	W	کای	بالا	
زمان	۰,۵۷۳	۱۷,۲۴	۲	۰,۰۰۱

بر اساس جدول فوق، آزمون موچلی معنادار به دست آمده است. یعنی فرض کرویت برقرار است.

مورد اثر تعاملی زمان و گروه‌های درمانی حداقل از نظر یکی

از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p=0,001$)
 $F=5,06$ ، $p=0,024$ ، اثر پیلایی). مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون اثر پیلایی $0,240$ است.

جدول ۵. نتایج برونداد تحلیل واریانس آمیخته متغیرهای پژوهش اثر اصلی و اثر تعاملی

متغیر وابسته	مجموع مجدورات	DF	میانگین مجدورات	F	P	اتا
زمان	۱۲۹۸,۷۱	۲	۶۴۹,۳۶	۲۲,۷۲	۰,۰۰۱	۰,۴۱۵
زمان و گروه درمانی	۶۳۲,۹۳	۴	۱۵۸,۲۳	۵,۵۳	۰,۰۰۱	۰,۲۵۷

اندازه اثر آن نیز نسبتاً بزرگ و قابل قبول است $ETA=0/415$ در مورد اثر تعاملی زمان و گروه‌های درمانی نیز تفاوت معنادار وجود دارد. مقدار اندازه اثر آن نیز قابل قبول است ($ETA=0,257$).

بر اساس جدول فوق، هم اثر اصلی و هم اثر تعاملی معنادار شده است. متغیر درون‌گروهی زمان نشان می‌دهد که بین سه مرحله آزمون در زمان‌های مختلف، تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۶. نتایج تحلیل لوین، بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیرهای وابسته	F	DF1	DF2	P
پیش آزمون اضطراب اجتماعی	۰,۲۷۷	۲	۳۲	۰,۷۶۰
پس آزمون اضطراب اجتماعی	۰,۲۰۰	۲	۳۲	۰,۸۲۰
پیگیری اضطراب اجتماعی	۱,۴۱۴	۲	۳۲	۰,۲۵۸

بر اساس جدول فوق، میانگین اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون بهتر شده است.

جدول ۸. میانگین گروه‌های درمانی مختلف سنجش

اضطراب اجتماعی

گروه	میانگین	انحراف معیار
CBT	۲۸,۲۲	۳,۳۶
طرح واره	۳۹,۹۶	۳,۵۴
کنترل	۳۳,۰۸	۲,۶۶

بر اساس جدول فوق، میانگین اضطراب اجتماعی در روش درمانی CBT بهتر است.

نتایج آزمون لوین نشان می‌دهد که واریانس‌های گروه‌ها در یکی از مؤلفه‌ها تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ($p>0/05$). لذا فرض همگنی واریانس‌های گروه‌ها رعایت می‌شود و می‌توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۷. میانگین زمان‌های مختلف سنجش اضطراب

اجتماعی

زمان	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۳۸,۷۹	۲,۲۱
پس‌آزمون	۳۲,۰۶	۲,۰۲
پیگیری	۳۰,۴۰	۱,۷۵

جدول ۹. آزمون زوجی بون فرونی برای زمان

زمان	زمان	اختلاف میانگین ها	انحراف معیار	معناداری
پیش آزمون	پس آزمون	۶,۷۲۸*	۱,۶۶۸	۰,۰۰۱
پیگیری	پس آزمون	۸,۳۹۱*	۱,۲۶۴	۰,۰۰۱
پیش آزمون	پس آزمون	-۶,۷۲۸*	۱,۶۶۸	۰,۰۰۱
پیگیری	پس آزمون	۱,۶۶۳	۰,۹۱۲	۰,۲۳۳
پیش آزمون	پس آزمون	-۸,۳۹۱*	۱,۲۶۴	۰,۰۰۱
پس آزمون	پس آزمون	-۱,۶۶۳	۰,۹۱۲	۰,۲۳۳

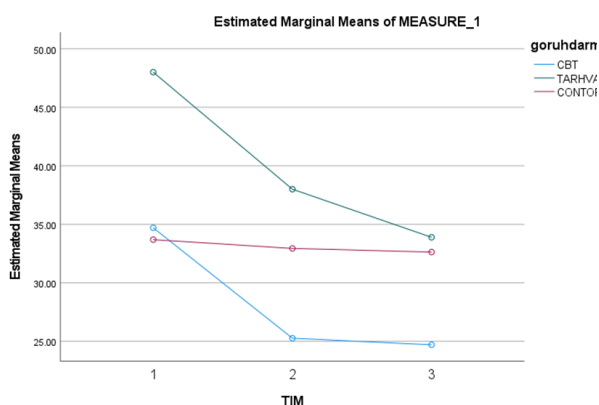
* معناداری کمتر از ۰/۰۵

بر اساس جدول فوق، مقایسه های زوجی نشان می دهد که پیش آزمون بهتر بوده است. یعنی درمان برای اضطراب گروه ها در پس آزمون نسبت به پیش آزمون عملکرد بهتری برای اضطراب اجتماعی داشته اند. همچنین پیگیری نسبت به

جدول ۱۰. آزمون زوجی بون فرونی برای گروه ها

گروه	گروه	اختلاف میانگین ها	انحراف معیار	معناداری
CBT	طرح واره	-۱۱,۷۴۱	۴,۸۹۰	۰,۰۶۷
کنترل	طرح واره	-۴,۸۶۲	۴,۲۹۱	۰,۷۹۷
CBT	کنترل	۱۱,۷۴۱	۴,۸۹۰	۰,۰۶۷
کنترل	کنترل	۶,۸۸۰	۴,۴۳۵	۰,۳۹۲
CBT	طرح واره	۴,۸۶۲	۴,۲۹۱	۰,۷۹۷
طرح واره	طرح واره	-۶,۸۸۰	۴,۴۳۵	۰,۳۹۲

* معناداری کمتر از ۰/۰۵



بر اساس جدول فوق، مقایسه های زوجی نشان می دهد که و طرح واره و بلعکس برای CBT بین روش درمانی اضطراب اجتماعی عملکرد متفاوتی وجود ندارد.

نمودار ۱. نمودار تغییرات اضطراب اجتماعی بر اساس گروه های درمانی

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی بر اضطراب اجتماعی افراد دارای نارضایتی جنسیتی بود. براساس نتایج این پژوهش هر دو درمان شناختی-رفتاری و طرحواره درمانی در درمان اضطراب اجتماعی موثر بودند اما درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم مرتبط با اضطراب اجتماعی در افراد دارای نارضایتی جنسیتی موثر تر از طرحواره درمانی عمل کرده است.

یافته‌های پژوهش حاضر به لحاظ اثبات اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی با نتایج مطالعات بوسا و همکاران (۱۴)، جنابی قدس و همکاران (۲۲) هماهنگ است در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری می‌توان گفت این درمان از تکنیک‌های مؤثری مانند رویاروسازی نظام‌مند و بازسازی شناختی به‌منظور تصحیح افکار خودآیند در درمان اضطراب اجتماعی استفاده می‌کند و پیشینه مطالعاتی درخصوص به‌کارگیری رویکرد شناختی-رفتاری برای اضطراب اجتماعی تأکید زیادی بر روی مبارزه با خطاهای شناختی که موجب ایجاد ترسی غیرمنطقی می‌شوند، دارد که در درمان افراد دارای اضطراب اجتماعی بسیار کارآمد است (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹). امیر سلیمانی و همکاران (۲۳) نیز در مطالعه به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب اجتماعی پرداختند و نتایج آن‌ها نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب اجتماعی مؤثر است درواقع درمان شناختی-رفتاری گروهی پاسخ‌های هیجانی بیماران اضطرابی را از طریق اصلاح فرایندهای شناختی-عاطفی تغییر می‌دهد و باعث نمرات پایین‌تر در تنظیم شناختی هیجان، ترس و اجتناب از هیجانات می‌شود بنابراین به افراد دارای اضطراب اجتماعی کمک می‌کند تا از افکار خودآیند، عادت‌ها و الگوهای رفتاری

ناسالم رها شوند همچنین اساس مدل‌های شناختی در خصوص مشکلات هیجانی این است که آنچه باعث ایجاد هیجانات مختلف در افراد می‌شود، خود رویداد نیست بلکه تفسیرها یا انتظاراتی است که فرد نسبت به آن موقعیت‌ها در ذهنش دارد در نتیجه اصلاح باورهای ناکارآمد نیز می‌تواند در کاهش اضطراب افراد مؤثر باشد (۲۴).

در خصوص اثربخشی طرح‌واره درمانی می‌توان گفت طرحواره درمانی نقش تعیین‌کننده‌ای در شکل‌گیری احساس ما درباره دیگران و محیط دارد بنابراین می‌تواند در کاهش علائم اضطراب اجتماعی نیز مؤثر باشد (۲۵) علاوه بر این مطالعه یزدخواستی و همکاران (۲۶) نشان داده است که بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اعتماد به نفس در افراد دارای نارضایتی جنسی ارتباط وجود دارد و مسئله کمبود اعتماد نفس نیز مسئله رایج بین افراد دارای اضطراب اجتماعی است. درواقع طرحواره درمانی باهدف قرار دادن ریشه‌های رشدی اختلال اضطراب اجتماعی و بازسازی طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند در کاهش علائم اضطراب اجتماعی در افراد مؤثر باشد همچنین طرحواره درمانی با کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و تأکید بر الگوهای رفتاری کارآمد فرصتی برای بهبود اجتناب‌های موقعیتی در بیماران دارای اضطراب اجتماعی فراهم می‌کند به‌طور کلی بررسی الگوهای مقابله‌ای ناسازگار و آموزش الگوهای رفتاری صحیح باعث می‌شود به‌مرور زمان افراد از جمع کمتر دوری‌گزینی کنند و به‌تدریج احساس منفی آن‌ها در خصوص ارتباطات اجتماعی نیز کاهش یابد درواقع طرحواره درمانی به افراد کمک می‌کند تا طرح‌واره‌ها را به‌صورت یک موجود ناکارآمد بدانند و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد را جایگزین رفتارهای طرحواره‌خاست کنند (۲۷).

نتایج این پژوهش به لحاظ اثربخشی بیشتر درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب اجتماعی با یافته‌های حاصل از پژوهش بالچی و همکاران (۲۸) ناهماهنگ است که نشان داده‌اند بین رویکرد شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی در کاهش علائم اضطراب اجتماعی تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان شناختی- رفتاری می‌توان گفت با وجود تأکید مطالعات اخیر بر اثربخشی طرحواره درمانی بر روی اضطراب اجتماعی اما پژوهش حاضر بر روی گروه اقلیت خاصی از جامعه انجام شده و همان‌طور که نتایج نشان داده احتمالاً درمان شناختی- رفتاری برای حل مسائل این گروه مؤثرتر واقع می‌شود (۱۵، ۲۹). در واقع اثربخشی بیشتر درمان شناختی- رفتاری برای این گروه اقلیت در جامعه با مطالعات اخیر که با تأکید بر انطباق درمان شناختی- رفتاری برای این گروه خاص از جامعه انجام شده‌اند، هماهنگ است به‌طور مثال بوسا و همکاران (۱۴) در مطالعه‌ی خود پس از بررسی دلایل ترک گروه درمانی‌های مختلف توسط افراد دارای نارضایتی جنسیتی در گذشته و دغدغه‌هایی که این گروه خاص از جامعه دارند به انطباق گروه درمانی شناختی- رفتاری که آن را درمانی مبتنی بر شواهد در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی می‌دانستند با نیازهای خاص افراد دارای نارضایتی جنسیتی پرداختند. البته پژوهش‌های دیگری در زمینه اثربخشی طرحواره درمانی برای گروه دارای نارضایتی جنسیتی انجام شده‌اند و نتایج آن‌ها نشان داده است افراد دارای نارضایتی جنسیتی طرحواره‌های آسیب‌زای اولیه بیشتری دارند و این طرحواره‌ها به صورت مشخص طرحواره‌های نقص/ شرم و طرد/رها شدگی هستند هم چنین طرحواره نقص/ شرم رابطه‌ای مستقیم با ایجاد نشانگان اضطراب اجتماعی در افراد دارد (۳۰) بنابراین بر لزوم به‌کارگیری طرحواره درمانی برای کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در

افراد دارای نارضایتی جنسیتی نیز تأکید می‌شود که این پیشنهاد پژوهشی تا حدودی با یافته پژوهش حاضر که بر اثر بخشی بیشتر درمان شناختی- رفتاری تأکید کرده است ناهماهنگ است. طبیعی است که پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشته است بنابراین می‌بایست در تفسیر و تعمیم دهی این نتایج به سایر گروه‌ها، محدودیت‌های این پژوهش را در نظر داشت. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از پرسشنامه خودسنجی جهت ارزیابی اضطراب استفاده کرد در واقع از آنجایی که افراد خودشان سطح اضطراب اجتماعی خود را سنجیده‌اند ممکن است چالش‌هایی در زمینه عینیت و عدم سوگیری در زمینه سنجش این متغیر پیش آمده باشد. علاوه بر این روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر در دسترس بوده است و امکان گزینش تصادفی وجود نداشته است در انتها پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به مقایسه اثربخشی دو رویکرد شناختی- رفتاری و طرحواره درمانی در بازه‌های طولانی مدت تری بعد از درمان بپردازند تا میزان عود نشانه‌ها در هر کدام از درمان‌های مذکور بتواند با یکدیگر مقایسه شود هم چنین می‌توان به مقایسه اثربخشی این دو رویکرد بر روی گروه‌های جنسیتی مختلف (زنان و مردان) پرداخت.

نتیجه گیری

با توجه به یافته‌های پژوهش که نشان داد درمان شناختی- رفتاری نسبت به طرح‌واره درمانی بر اضطراب اجتماعی افراد دارای نارضایتی جنسیتی مؤثرتر است و می‌تواند اضطراب اجتماعی این افراد را به میزان قابل توجهی کاهش دهد، می‌تواند با عنان یکی از درمانهای کارآمد برای افراد دارای اضطراب اجتماعی مورد توجه و کاربرد بیشتر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال

تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در

مورد این مقاله وجود ندارد.

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول

در واحد ارسنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، ارسنجان، ایران

می باشد. و دارای کد اخلاق به شناسه

IR.IAU.A.REC.1402.071 از کمیته اخلاق در پژوهش

دانشگاه آزاد اسلامی واحد ارسنجان می باشد."

منابع

1. Unger CA. Care of the transgender patient: the role of the gynecologist. American journal of obstetrics and gynecology. 2014 Jan 1;210(1):16-26.
2. Talaei A, Hedjazi A, Badiyan Moosavi N, Dadgarmoghaddam M, Lotfinejad N, Khorashad BS. The epidemiology of gender dysphoria in Iran: the first nationwide study. Archives of Sexual Behavior. 2022 May;51(4):1881-9(Persian).
3. Bauer GR, Scheim AI, Pyne J, Travers R, Hammond R. Intervenable factors associated with suicide risk in transgender persons: a respondent driven sampling study in Ontario, Canada. BMC public health. 2015 Dec;15:1-5.
4. Bretherton I, Thrower E, Zwickl S, Wong A, Chetcuti D, Grossmann M, Zajac JD, Cheung AS. The health and well-being of transgender Australians: a national community survey. LGBT health. 2021 Jan 1;8(1):42-9.
5. Butler RM, O'Day EB, Swee MB, Horenstein A, Heimberg RG. Cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: Predictors of treatment outcome in a quasi-naturalistic setting. Behavior therapy. 2021 Mar 1;52(2):465-77.
6. de Freitas LD, Léda-Rêgo G, Bezerra-Filho S, Miranda-Scippa Â. Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. Psychiatry and clinical neurosciences. 2020 Feb;74(2):99-104.
7. Testa RJ, Habarth J, Peta J, Balsam K, Bockting W. Development of the gender minority stress and resilience measure. Psychology of sexual orientation and gender diversity. 2015 Mar;2(1):65.
8. Roberts KE, Schwartz D, Hart TA. Social anxiety among lesbian, gay, bisexual, and transgender adolescents and young adults.
9. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer; 2015.
10. Mohammadbagheri F, Mahmoodi H, Soofi S, Comparison of social anxiety, suicidal thoughts, and social support in transgender individuals who have been reassigned and who have not been reassigned. Scientific and Research Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2019;27(6):771-778(Persian).
11. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. Professional Resource Press/Professional Resource Exchange; 1999.
12. Hatami M, Eivazi Sh. Investigatin personality characteristics and early maladaptive schemas in men and women with gender identity disorder .Third conference of psychology, counselling and consulting. 2012.
13. Ghiasi Z, Aghayi Goldiani P, Effectiveness of group schema therapy on reducing rejection/abandonment and defect/shame schemas in people with gender identity disorder. The first scientific research conference of psychology, counseling, educational sciences and social sciences. 2020(Persian).
14. Busa S, Wernick J, Kellerman J, Glaeser E, McGregor K, Wu J, Janssen A. A Descriptive Case Study of a Cognitive Behavioral Therapy Group Intervention Adaptation for Transgender Youth With Social Anxiety Disorder. The Behavior therapist. 2022 Apr;45(4):135.

15. Carvalho SA, Castilho P, Seabra D, Salvador C, Rijo D, Carona C. Critical issues in cognitive behavioural therapy (CBT) with gender and sexual minorities (GSMs). *The Cognitive Behaviour Therapist*. 2022 Jan;15:e3.
16. Gallagher HM, Rabian BA, McCloskey MS. A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety disorders*. 2004 Jan 1;18(4):459-79.
17. Albano AM, DiBartolo PM. Cognitive-behavioral therapy for social phobia in adolescents: Stand up, speak out. Oxford University Press; 2007 Apr 12.
18. Martell CR, Safren SA, Prince SE. Cognitive-behavioral therapies with lesbian, gay, and bisexual clients. Guilford Press; 2004.
19. Follette WC, Darrow SM, Bonow JT. Cognitive behavior therapy: A current appraisal.
20. Lelutiu-Weinberger, Corina, Mircea L. Filimon, Danielle Chiaramonte, Sarah Leonard, Bogdan Dogaru, Elena Pana, Cristiana Pruneanu, and John E. Pachankis. "A pilot trial of an LGBTQ-affirmative cognitive-behavioral therapy for transgender and gender expansive individuals' mental, behavioral, and sexual health." *Behavior Therapy* (2024).
21. Golparvar M, Atashpoor H, Baloochi D. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on interpersonal problems of people with gender identity disorder. *Cognitive Analytical Psychology*. 2019;10(38) (Persian).
22. Jenabi ghods M, Rahgooi A, Falahi khoshnab M, Norouzi M. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression, stress and anxiety of male-to-female transgender people. *Rehabilitation research in nursing*. 2020 1(7):1-10(Persian).
23. Amir Soleimani L, Derakhshani F. Academic performance, cognitive behavioral therapy, social anxiety, students. *Rooyesh*. 2024; 13(1), 161-170.
24. Egbe CI, Ugwuanyi LT, Ede MO, Agbigwe IB, Onuorah AR, Okon OE, Ugwu JC. Cognitive behavioural play therapy for social anxiety disorders (SADS) in children with speech impairments. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2023 Mar;41(1):24-44.
25. Eisazadeh F, Heidari Sh, Aghajanbegloo, S, Safarinia M, Investigating the effectiveness of schema therapy on improving social adjustment and psychological capital in individuals with gender identity disorder (transsexual), 2020;10(37):13-28(Persian).
26. Yazdkhasti M, Molaeeinezhad M, Tarrahi MJ, Karahmadi M, Salimi H. Investigating the Relationship between Early Maladaptive Schemas and Sexual Self-Confidence and Sexual Self-Efficacy in Individuals with Gender Dysphoria. *Advanced Biomedical Research*. 2023 Sep 1;12(1):232(Persian).
27. Ghaderi F, Kalantari M, Mehrabi H. The effectiveness of group schema therapy on modifying early maladaptive schemas and reducing symptoms of social anxiety disorder. *Clinical psychology studies*. 2016;6(24).
28. Baljé AE, Greeven A, Deen M, van Giezen AE, Arntz A, Spinhoven P. 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*. 2024 Jun 1;104:102860.
29. Nomejko A, Ryng P. Trans-affirmative cognitive behavioural therapy. *Journal of Sexual and Mental Health*. 2024; 22:21-5.
30. Asmari Y, Dolatshahi B, Poursharifi H, Barahmand U. Early negative memories, humiliation and defectiveness/shame schema: An emotion-focused therapeutic approach to social anxiety. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies*. 2022 Mar 1;22(1).

Original Article

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Schema Therapy on People with Gender Dysphoria Diagnosed with Social Anxiety Disorder

Received: 08/02/2025 - Accepted: 30/03/2025

Elham bahadori ¹
Kazem khorram del ^{2*}
Zahra Ehsaei ³

¹Ph.d. student General Psychology,
Department of Psychology, Arsanjan
Branch, Islamic Azad University,
Arsanjan, Iran.

² Assistant Professor, Department of
psychology, Fatemeh Institute of
Higher Education, Shiraz, Iran.
(Corresponding author)

³ Psychiatrist ,Legal Medicine
Research Center, Legal Medicine
Organization, Tehran, Iran.

Email: khoramdel.psy@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of the present study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy training with schema therapy on social anxiety of people with gender dysphoria.

Methods: This research is an applied type and a semi-experimental research method that was conducted with a pre-test-post-test design with a control group and a three-month follow-up. The statistical population of this research included all the people with different degrees of gender dysphoria disorder who had referred to treatment centers and clinics in Shiraz city from 1400 to 1402. The sample of this research was selected by convenience sampling from people with gender dissatisfaction who referred to treatment clinics in Shiraz. In fact, in this research, first of all, people who claim gender dissatisfaction in the age range of 18 to 40 years and referred to 3 psychiatric centers. were invited to visit one of the counseling and psychotherapy centers in Shiraz. Then, among the referrals, a clinical interview was first conducted by a psychiatrist and an expert psychologist in order to definitively diagnose gender dissatisfaction disorder, and among the people who had this disorder and other criteria for entering the study, 60 people were selected using the available sampling method. And they were randomly assigned in three groups (experiment group 1 = cognitive-behavioral therapy, 20 people; experiment group 2 = schema therapy, 20 people; and control group, 20 people). An intervention program was implemented for the people of the experimental group. But the people in the control group did not receive these interventions and were put on the waiting list

Results: The results of this research showed that although both types of cognitive-behavioral therapy and schema therapy significantly reduce the symptoms of social anxiety in people with gender dysphoria, cognitive-behavioral therapy is more effective in reducing these symptoms than schema therapy($P < 0.05$).

Conclusion: Considering the greater effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the social anxiety of people with gender dysphoria, it seems that mental health professionals who work with this group should benefit from this therapy.

Keywords: cognitive behavioral, schema therapy, gender dysphoria

Acknowledgement: There is no conflict of interest