

اثربخشی طرحواره درمانی بر شفقت به خود و توانمندی اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی

فرشته رسولی دخت^۱، رضا میرغلامی مشهد^{۲*}، حمید میرغلامی مشهد^۳

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه غیرانتفاعی هاتف، زاهدان، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: Reza.Mirgholami@ut.ac.ir

تاریخ چاپ: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۷/۰۱

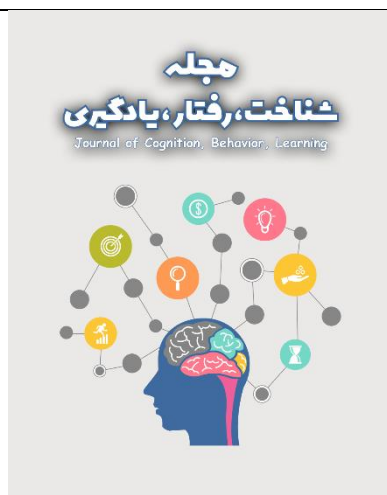
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۶/۱۰

تاریخ ارسال: ۱۴۰۵/۰۳/۲۴

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی بر شفقت به خود و توانمندی اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام شد. پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۵ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر، جایگزین شدند. گروه آزمایش طی هشت جلسه تحت مداخله گروهی طرحواره درمانی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. ابزارهای گردآوری داده ها شامل فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود ریس و همکاران و پرس سشنامه توانمند سازی اجتماعی فلتر، لیس و فیلیپس بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و تحلیل کوواریانس و مقایسه های زوجی با اصلاح بونفرونی تحلیل شدند. پس از کنترل اثر نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر شفقت به خود معنادار بود ($F=43.45$, $P<0.001$, $\eta^2=0.616$). همچنین، اثر گروه بر توانمندی اجتماعی نیز از نظر آماری معنادار به دست آمد ($F=35.58$, $P<0.001$, $\eta^2=0.568$). نتایج مقایسه های زوجی بونفرونی نشان داد که میانگین تعدیل شده شفقت به خود در گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود (78.31 در برابر 61.23 ؛ تفاوت میانگین $=17.08$, $P<0.001$). همچنین، میانگین تعدیل شده توانمندی اجتماعی در گروه آزمایش به طور معناداری بالاتر از گروه کنترل به دست آمد (118.94 در برابر 99.79 ؛ تفاوت میانگین $=19.15$, $P<0.001$). یافته ها نشان داد که طرحواره درمانی می تواند از طریق اصلاح طرحواره های ناسازگار اولیه، کاهش خودانتقادی و باورهای منفی درباره خود و ایجاد الگوهای شناختی، هیجانی و بین فردی سازگارانه تر، شفقت به خود و توانمندی اجتماعی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را به طور معناداری افزایش دهد؛ بنابراین، این رویکرد می تواند به عنوان یک مداخله روان شناختی مؤثر در برنامه های درمانی این گروه مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌گان: طرحواره درمانی، شفقت به خود، توانمندی اجتماعی، اضطراب اجتماعی، طرحواره های ناسازگار اولیه.



شیوه استناددهی: رسولی دخت، فرشته، میرغلامی مشهد، رضا، و میرغلامی مشهد، حمید. (۱۴۰۶). اثربخشی طرحواره درمانی بر شفقت به خود و توانمندی اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی. *شناخت، رفتار، یادگیری*. ۴ (۲)، ۱۹-۱.

Effectiveness of Schema Therapy on Self-Compassion and Social Competence in Individuals with Social Anxiety Disorder

Fereshteh Rasouli Dokht¹, Reza Mirgholami Mashhad^{2*}, Hamid Mirgholami Mashhad³

1. Master of Science in General Psychology, Hafez Non-Profit University, Zahedan, Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran

3. Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email: Reza.Mirgholami@ut.ac.ir

Submit Date: 2026-06-14

Revise Date: 2026-09-01

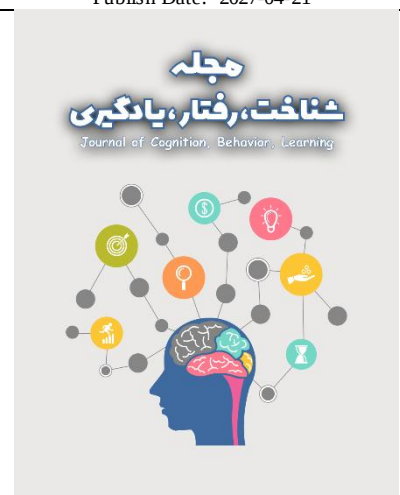
Accept Date: 2026-09-23

Publish Date: 2027-04-21

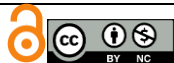
Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of schema therapy in improving self-compassion and social competence among individuals with social anxiety disorder. This applied study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The study population consisted of individuals with social anxiety disorder who attended counseling and psychological service centers in Tehran in 2026. Thirty eligible participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. The experimental group received eight sessions of group-based schema therapy, whereas the control group received no psychological intervention during the study period. Data were collected using the Self-Compassion Scale–Short Form developed by Raes et al. and the Social Competence Questionnaire developed by Felner, Lease, and Phillips. Data were analyzed using SPSS version 26, analysis of covariance, and Bonferroni-adjusted pairwise comparisons. After controlling for pretest scores, the effect of group membership on self-compassion was statistically significant ($F=43.45$, $P<0.001$, $\eta^2=0.616$). A significant group effect was also observed for social competence ($F=35.58$, $P<0.001$, $\eta^2=0.568$). Bonferroni-adjusted comparisons showed that the adjusted mean of self-compassion was significantly higher in the experimental group than in the control group (78.31 vs. 61.23; mean difference=17.08, $P<0.001$). Similarly, the adjusted mean of social competence was significantly higher in the experimental group than in the control group (118.94 vs. 99.79; mean difference=19.15, $P<0.001$). Schema therapy significantly improved self-compassion and social competence in individuals with social anxiety disorder, likely through modifying early maladaptive schemas, reducing self-criticism and negative self-beliefs, and facilitating more adaptive cognitive, emotional, and interpersonal patterns. Accordingly, schema therapy may be considered an effective psychological intervention for improving positive intrapersonal and social functioning in individuals with social anxiety disorder.

Keywords: Schema Therapy, Self-Compassion, Social Competence, Social Anxiety Disorder, Early Maladaptive Schemas.



How to cite: Rasouli Dokht, F., Mirgholami Mashhad, R., Mirgholami Mashhad, H. (2027). Effectiveness of Schema Therapy on Self-Compassion and Social Competence in Individuals with Social Anxiety Disorder. *Cognition, Behavior, Learning*, 4(2), 1-19.



مقدمه

اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات مهم و ناتوان‌کننده حوزه سلامت روان است که با ترس پایدار و شدید از موقعیت‌هایی مشخص می‌شود که در آنها فرد در معرض مشاهده، ارزیابی یا قضاوت دیگران قرار می‌گیرد. در چنین موقعیت‌هایی، فرد معمولاً نگران است که رفتارش، ظاهرش، نحوه صحبت کردن یا واکنش‌های هیجانی او به صورت منفی ارزیابی شوند و همین نگرانی می‌تواند به اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، کاهش مشارکت بین فردی و اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی و خانوادگی منجر شود. بر اساس معیارهای تشخیصی، این ترس و اضطراب باید پایدار، نامتناسب با تهدید واقعی و همراه با پریشانی یا اختلال قابل توجه در عملکرد فرد باشد (American Psychiatric, 2013). اهمیت بالینی این اختلال از آنجا ناشی می‌شود که اضطراب اجتماعی می‌تواند از دوره نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز شود، به صورت مزمن ادامه یابد و دامنه وسیعی از تعاملات اجتماعی و عملکرد روزمره فرد را تحت تأثیر قرار دهد. مطالعات همه‌گیرشناختی نیز نشان داده‌اند که اختلالات اضطرابی، از جمله اضطراب اجتماعی، سهم قابل توجهی از بار اختلالات روان‌شناختی را تشکیل می‌دهند و ممکن است با خطر تداوم مشکلات هیجانی در طول زندگی همراه باشند (Kessler et al., 2012). از این رو، شناسایی عوامل روان‌شناختی مرتبط با این اختلال و توسعه مداخلاتی که علاوه بر نشانه‌های آشکار، سازوکارهای زیربنایی آن را هدف قرار دهند، اهمیت زیادی دارد.

مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی تأکید دارند که افراد مبتلا معمولاً در موقعیت‌های اجتماعی دچار تمرکز افراطی بر خود، پیش‌بینی پیامدهای منفی، تفسیر تهدیدآمیز رفتار دیگران و ارزیابی منفی عملکرد خویش می‌شوند. در این چارچوب، فرد ممکن است کوچک‌ترین اشتباه در گفتار یا رفتار را نشانه ناتوانی، بی‌کفایتی یا نامقبول بودن خود تلقی کند و همین فرایندها موجب افزایش اضطراب و استفاده از رفتارهای ایمنی‌بخش یا اجتنابی شوند. مدل جامع هافمن نشان می‌دهد که عوامل شناختی مانند انتظارات منفی، استانداردهای اجتماعی سخت‌گیرانه، توجه متمرکز بر خود و پردازش پس‌رویدادی منفی می‌توانند به حفظ و تداوم اضطراب اجتماعی کمک کنند (Hofmann, 2007). این یافته‌ها نشان می‌دهند که اضطراب اجتماعی صرفاً یک پاسخ هیجانی گذرا نیست، بلکه با مجموعه‌ای از باورها و الگوهای پردازش اطلاعات مرتبط است که تصویر فرد از خود و دیگران را تحت تأثیر قرار می‌دهند. از همین منظر، پژوهش‌های درمانی نیز نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی مؤثر باشند، هرچند میزان و نحوه تأثیر آنها ممکن است بر اساس نوع مداخله، نحوه ارائه و ویژگی‌های مراجعان متفاوت باشد (Alden et al., 2018). مرور نظام‌مند و فراتحلیل‌های جدید نیز مؤید اثربخشی روان‌درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی هستند و بر اهمیت توسعه رویکردهای درمانی متنوع برای پاسخ‌گویی به تفاوت‌های فردی بیماران تأکید کرده‌اند (de Ponti et al., 2024).

یکی از سازه‌هایی که در سال‌های اخیر در تبیین آسیب‌پذیری و سازگاری روان‌شناختی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مورد توجه قرار گرفته، شفقت به خود است. شفقت به خود به نوعی رابطه پذیرنده، مهربانانه و غیرقضاوتی با خویشتن در هنگام مواجهه با شکست، ناکامی، ضعف یا رنج اشاره دارد. نف شفقت به خود را متشکل از سه مؤلفه اصلی مهربانی با خود در برابر خودقضاوتی، انسانیت مشترک در برابر احساس انزوا، و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی با افکار و هیجان‌های منفی می‌داند (Neff, 2003a). این مفهوم در برابر رویکردهایی قرار می‌گیرد که ارزشمندی فرد را بر موفقیت، تأیید بیرونی یا مقایسه اجتماعی بنا می‌کنند و از این رو می‌تواند در موقعیت‌هایی که فرد با شکست یا تهدید ارزیابی مواجه است، نقش محافظتی داشته باشد (Neff, 2003b). پژوهش‌های بعدی نیز نشان داده‌اند که شفقت به خود با عملکرد روان‌شناختی سازگارانه‌تر، تنظیم هیجان مطلوب‌تر و کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی ارتباط دارد (Neff et al., 2007). همچنین، تمایز شفقت به خود از عزت‌نفس جهانی نشان داده است که این سازه می‌تواند بدون وابستگی شدید به موفقیت، برتری یا تأیید دیگران، شیوه‌ای پایدارتر برای رابطه فرد با خویشتن فراهم کند (Neff & Vonk, 2009).

از منظر نظری، اهمیت شفقت به خود در اضطراب اجتماعی را می‌توان با ماهیت خودارزیابانه این اختلال توضیح داد. فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی معمولاً نسبت به احتمال خطا، رد شدن، شرمساری و ارزیابی منفی بسیار حساس است و ممکن است پس از هر تجربه اجتماعی

نامطلوب، واکنشی شدیداً انتقادگرانه نسبت به خود نشان دهد. در چنین شرایطی، سطح بالاتر شفقت به خود می‌تواند باعث شود فرد تجربیات منفی اجتماعی را بدون تعمیم آنها به ارزش کلی خویش پردازش کند. شواهد تجربی نیز رابطه میان شفقت به خود و اضطراب اجتماعی را تأیید کرده‌اند؛ به‌گونه‌ای که افراد دارای اضطراب اجتماعی معمولاً سطوح پایین‌تری از شفقت به خود نشان می‌دهند و مؤلفه‌های خودقضاوتی، انزوا و همانندسازی افراطی در آنها برجسته‌تر است (Werner et al., 2012). همچنین، رابطه شفقت به خود با اضطراب اجتماعی می‌تواند از طریق راهبردهای تنظیم هیجان تبیین شود و خلق افسرده نیز ممکن است شدت این روابط را تحت تأثیر قرار دهد (McBride & Bates, 2022). در یک مدل ساختاری داخلی نیز نقش میانجی شفقت به خود در ارتباط میان پیوندهای والدینی و اضطراب اجتماعی نوجوانان مورد توجه قرار گرفته است که نشان می‌دهد کیفیت رابطه فرد با خود می‌تواند یکی از مسیرهای مهم انتقال اثر تجربه‌های بین‌فردی اولیه بر اضطراب اجتماعی باشد (Dabiri & Saberi, 2022).

از دیدگاه رویکردهای مبتنی بر شفقت نیز، خودانتقادی افراطی یکی از فرایندهای مهم در تداوم مشکلات هیجانی محسوب می‌شود. رویکرد ذهن‌مشفق بر این فرض استوار است که سیستم‌های تهدید، انگیزش و آرام‌سازی در تجربه هیجانی انسان نقش دارند و غلبه سیستم تهدید می‌تواند موجب افزایش شرم، خودانتقادی و حساسیت نسبت به قضاوت دیگران شود (Gilbert, 2009). بر همین اساس، آموزش شفقت به خود می‌تواند به افراد کمک کند تا در موقعیت‌های دشوار، به‌جای فعال‌سازی چرخه سرزنش و تهدید، از شیوه‌ای حمایت‌گرانه‌تر و تنظیم‌شده‌تر استفاده کنند. شواهد پژوهشی نیز نشان داده‌اند که شفقت به خود در مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز می‌تواند با بهزیستی بیشتر همراه باشد (Sirois et al., 2018). در زمینه اضطراب اجتماعی نیز آموزش شفقت به خود به‌طور مستقیم مورد آزمایش قرار گرفته و نتایج یک کارآزمایی مقدماتی نشان داده است که چنین مداخلاتی می‌تواند برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی سودمند باشند (Teale Sapach & Carleton, 2023). همچنین، آموزش شفقت به خود در نمونه‌های دارای اضطراب، با کاهش خودانتقادی و افزایش خودکارآمدی اجتماعی همراه گزارش شده است (Varmazyari, 2022) و برنامه‌های شفقت به خود ذهن‌آگاهانه نیز توانسته‌اند تحمل آشفتگی، ابراز هیجانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی افراد دارای اضطراب اجتماعی را بهبود بخشند (Saeedinia & Azmoudeh, 2024). یافته‌های جدیدتر، نقش شفقت به خود را در ساختار شناختی اضطراب اجتماعی برجسته‌تر کرده‌اند. در یک مطالعه آزمایشی، هدایت شفقت به خود به‌طور مستقیم به سمت باورهای ناسازگار درباره خویشتن در افراد دارای اضطراب اجتماعی بررسی شد و نتایج بر اهمیت هدف قرار دادن باورهای منفی عمیق درباره خود از طریق فرایندهای مبتنی بر شفقت تأکید داشت (Szczyglowski & Kocovski, 2025). همچنین، یک کارآزمایی تصادفی‌شده در زمینه آموزش کوتاه‌مدت آنلاین شفقت به خود نشان داد که این نوع مداخله می‌تواند بر کمال‌گرایی، خودانتقادی و اضطراب اجتماعی اثرگذار باشد (Borgdorf et al., 2025). در سطح فرائتحلیلی نیز مشخص شده است که شفقت به خود با اضطراب اجتماعی رابطه دارد و هوش هیجانی می‌تواند بخشی از این ارتباط را میانجی‌گری کند، موضوعی که نشان‌دهنده نقش سازوکارهای هیجانی و بین‌فردی در ارتباط بین نگرش فرد نسبت به خود و نشانه‌های اضطراب اجتماعی است (Wang et al., 2026). علاوه بر این، مطالعات درمانی جدید نشان داده‌اند که تغییر در باورهای هسته‌ای و شرم‌طی درمان اضطراب اجتماعی با تغییرات در شفقت به خود همراه است و این سه حوزه ممکن است در فرایند بهبود به‌طور متقابل بر یکدیگر اثر بگذارند (Winter et al., 2026).

در کنار شفقت به خود، توانمندی اجتماعی نیز یکی از ابعاد مهم عملکرد روان‌شناختی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به شمار می‌رود. توانمندی اجتماعی را می‌توان مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی، رفتاری، هیجانی و انگیزشی دانست که به فرد امکان می‌دهد موقعیت‌های اجتماعی را به‌درستی درک کند، رفتار مناسب انتخاب نماید، هیجان‌های خود را تنظیم کند و تعاملات بین‌فردی مؤثری برقرار سازد. در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و اجتناب مداوم از تعاملات اجتماعی می‌تواند فرصت تمرین و تقویت چنین مهارت‌هایی را کاهش دهد. این افراد ممکن است حتی در صورت برخورداری از مهارت‌های پایه، به دلیل اضطراب بالا، خودکارآمدی پایین یا باورهای منفی درباره توانایی‌های اجتماعی خویش، نتوانند آنها را در موقعیت واقعی به کار گیرند. شواهد داخلی نیز نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی

می‌توانند به بهبود توانمندی اجتماعی این افراد منجر شوند؛ برای مثال، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی با کاهش اضطراب شناختی و افزایش توانمندی اجتماعی همراه گزارش شده است (Hatam et al., 2026). این یافته اهمیت توجه هم‌زمان به نشانه‌های اضطراب و منابع مثبت اجتماعی فرد را برجسته می‌کند.

یکی از رویکردهایی که می‌تواند به‌طور هم‌زمان الگوهای شناختی، هیجانی و بین‌فردی زیربنایی اضطراب اجتماعی را هدف قرار دهد، طرحواره‌درمانی است. طرحواره‌درمانی بر این فرض استوار است که برخی الگوهای فراگیر و پایدار شناختی - هیجانی، که معمولاً در پاسخ به نیازهای هیجانی ارضانده و تجربه‌های نامطلوب دوران رشد شکل می‌گیرند، می‌توانند در بزرگسالی به‌صورت طرحواره‌های ناسازگار اولیه فعال شوند. این طرحواره‌ها نحوه تفسیر فرد از خود، دیگران و روابط را هدایت می‌کنند و ممکن است با سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند تسلیم، اجتناب یا جبران افراطی همراه شوند. مرورهای نظری طرحواره‌درمانی نشان داده‌اند که این رویکرد با ترکیب فنون شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای می‌تواند به اصلاح الگوهای عمیق و مزمن ناسازگار کمک کند (Jacob & Arntz, 2013). اگرچه بخش مهمی از شواهد اولیه طرحواره‌درمانی مربوط به اختلالات شخصیت بوده است، مرور نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به اختلالات اضطرابی، وسواس و اختلال استرس پس از سانحه نیز نشان می‌دهد که این رویکرد ظرفیت قابل‌توجهی برای درمان مشکلات اضطرابی دارد، هرچند توسعه پژوهش‌های کنترل‌شده بیشتر همچنان ضروری است (Peeters et al., 2022).

در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، طرحواره‌هایی مانند نقص/شرم، انزوای اجتماعی، شکست، ترس‌زدگی، محرومیت هیجانی و معیارهای سرسختانه می‌توانند نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم مشکل داشته باشند. فردی که طرحواره نقص/شرم دارد ممکن است خود را اساساً نامطلوب، ناکافی یا فاقد ارزش بداند و در نتیجه در تعامل با دیگران دائماً منتظر افزایش نقص‌های خود و قضاوت منفی باشد. طرحواره انزوای اجتماعی نیز می‌تواند احساس متفاوت‌بودن، تعلق‌ناداشتن و جدافتادگی از دیگران را تشدید کند. از سوی دیگر، معیارهای سرسختانه ممکن است فرد را وادار کنند عملکرد اجتماعی خود را بر اساس استانداردهای غیرواقع‌بینانه ارزیابی کند و هر اشتباه کوچک را به‌عنوان شکست تلقی نماید. در چنین شرایطی، طرحواره‌درمانی با شناسایی ریشه‌های این الگوها، به چالش کشیدن اعتبار آنها، استفاده از تصویرسازی و تکنیک‌های تجربی و جایگزینی سبک‌های مقابله‌ای سالم‌تر می‌تواند به کاهش خودانتقادی و افزایش امنیت بین‌فردی کمک کند. شواهد اولیه داخلی نیز اثربخشی طرحواره‌درمانی را در درمان زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی نشان داده‌اند (Khorshidzadeh & Borjali, 2011) و پژوهش‌های بعدی نیز کاهش ترس از ارزیابی منفی را پس از طرحواره‌درمانی گزارش کرده‌اند (Sabokbari et al., 2021).

مطالعات جدیدتر نیز از کاربرد طرحواره‌درمانی در اضطراب اجتماعی حمایت می‌کنند. در یک مطالعه داخلی، طرحواره‌درمانی بافتاری بر تنظیم هیجان و نشانه‌های جسمانی دردناک افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اثرگذار گزارش شد (Emamzamani et al., 2023). همچنین، یک کارآزمایی تصادفی‌شده آنلاین نشان داد که کارگاه طرحواره‌درمانی بافتاری می‌تواند نشانه‌های اضطراب اجتماعی را کاهش دهد (Stefan et al., 2023). در مطالعه دیگری، اثربخشی طرحواره‌درمانی بر توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی بررسی شد و نتایج از توان این رویکرد در هدف قرار دادن یکی از فرایندهای مرکزی حفظ‌کننده اضطراب اجتماعی حمایت کرد (Kabritchi et al., 2025). افزون بر این، طرحواره‌درمانی بافتاری کوتاه‌مدت و آنلاین نیز در قالب یک کارآزمایی گروهی برای نشانه‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفته و نتایج امیدوارکننده‌ای نشان داده است (Stefan et al., 2026). این شواهد بیانگر آن است که مؤلفه‌های طرحواره‌درمانی حتی در قالب‌های کوتاه‌مدت و غیرحضوریی نیز می‌توانند برای مشکلات اجتماعی و هیجانی مفید باشند.

از مهم‌ترین شواهد جدید در این زمینه، مقایسه مستقیم طرحواره‌درمانی گروهی با درمان شناختی - رفتاری گروهی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی همراه با اختلال شخصیت اجتنابی است. نتایج یک کارآزمایی تصادفی‌شده نشان داد که طرحواره‌درمانی گروهی می‌تواند در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی و مشکلات همراه با شخصیت اجتنابی اثربخش باشد (Baljé et al., 2024). در ادامه همین خط پژوهشی، بررسی میانجی‌ها و تعدیل‌گرهای پاسخ به درمان نشان داد که عوامل مختلفی می‌توانند بر پیامدهای طرحواره‌درمانی و درمان شناختی - رفتاری

اثر بگذارند و شناخت این سازوکارها برای انتخاب و بهینه‌سازی درمان اهمیت دارد (Baljé et al., 2025). این یافته‌ها اهمیت حرکت از تمرکز صرف بر کاهش نشانه به سمت بررسی فرایندهای عمیق‌تر شناختی، هیجانی و بین‌فردی را برجسته می‌کنند؛ به‌ویژه در بیمارانی که الگوهای مزمن خودانتقادی، شرم و اجتناب در آنها برجسته است.

با توجه به پیوند نظری و تجربی میان طرحواره‌های ناسازگار، خودانتقادی و شفقت به خود، انتظار می‌رود طرحواره‌درمانی بتواند به‌طور مستقیم یا غیرمستقیم شفقت به خود را افزایش دهد. هنگامی که فرد می‌آموزد افکار و هیجان‌های منفی خود را نه به‌عنوان بازتابی قطعی از هویت خویش، بلکه به‌عنوان پیامد طرحواره‌های شکل‌گرفته در زمینه تجربیات اولیه درک کند، امکان فاصله‌گیری از خودقضاوتی و پذیرش بیشتر خود فراهم می‌شود. همچنین، تکنیک‌هایی مانند بازوالدینی محدود، تصویرسازی مجدد، گفت‌وگوی صندلی و بازسازی شناختی می‌توانند به کاهش شرم و ایجاد صدای درونی حمایتگر کمک کنند. از سوی دیگر، افزایش شفقت به خود می‌تواند فرد را در برابر خطاهای اجتماعی مقاوم‌تر کرده و از شدت واکنش‌های پس از تعامل، مانند نشخوار فکری و سرزنش خود، بکاهد. در نتیجه، فرد ممکن است با آمادگی بیشتری وارد موقعیت‌های اجتماعی شود و فرصت بیشتری برای تجربه موفقیت‌های بین‌فردی پیدا کند. این مسیر نظری با یافته‌های پژوهشی موجود درباره آموزش شفقت به خود، کاهش خودانتقادی و اضطراب اجتماعی همخوان است و می‌تواند بخشی از سازوکار اثر طرحواره‌درمانی بر عملکرد اجتماعی را توضیح دهد.

همچنین، طرحواره‌درمانی می‌تواند از طریق کاهش اجتناب، اصلاح پیش‌بینی‌های منفی و افزایش الگوهای رفتاری سالم، توانمندی اجتماعی را ارتقا دهد. هنگامی که طرحواره‌های مرتبط با نقص، طرد یا شکست فعال هستند، فرد ممکن است از موقعیت‌هایی که نیازمند ابراز وجود، تعامل یا پذیرش احتمال خطا هستند، کناره‌گیری کند. تداوم این اجتناب موجب می‌شود فرصت یادگیری اجتماعی کاهش یابد و باورهای منفی فرد بدون چالش باقی بمانند. در طرحواره‌درمانی، الگوشکنی رفتاری فرد را تشویق می‌کند تا به‌تدریج از پاسخ‌های اجتنابی فاصله بگیرد و رفتارهای سازگارانه‌تری را در روابط واقعی تمرین کند. در نتیجه، علاوه بر کاهش اضطراب، امکان رشد مهارت‌های رفتاری، تنظیم هیجان و آمادگی انگیزشی برای مشارکت اجتماعی فراهم می‌شود. از این منظر، افزایش توانمندی اجتماعی صرفاً پیامد ثانویه کاهش اضطراب نیست، بلکه می‌تواند نتیجه مستقیم اصلاح الگوهای بین‌فردی ناسازگار باشد.

با وجود گسترش پژوهش‌ها درباره طرحواره‌درمانی در اضطراب اجتماعی، بخش قابل‌توجهی از مطالعات موجود بر کاهش نشانه‌های اضطراب، ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود یا متغیرهای بالینی مشابه تمرکز داشته‌اند و در مقابل، بررسی هم‌زمان منابع مثبت روان‌شناختی و اجتماعی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. همچنین، در حالی که مطالعات مربوط به شفقت به خود نشان داده‌اند که این سازه با اضطراب اجتماعی رابطه معناداری دارد و مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند برخی پیامدهای مرتبط را بهبود دهند، هنوز درباره این پرسش که آیا یک درمان عمیق‌تر مبتنی بر اصلاح طرحواره‌های ناسازگار می‌تواند هم‌زمان شفقت به خود و توانمندی اجتماعی را افزایش دهد، شواهد محدودی وجود دارد. بنابراین، ترکیب این دو پیامد می‌تواند تصویر کامل‌تری از اثربخشی طرحواره‌درمانی ارائه دهد؛ زیرا شفقت به خود بیشتر بازتاب کیفیت رابطه فرد با خویش است، در حالی که توانمندی اجتماعی نشان‌دهنده کیفیت عملکرد او در تعامل با دیگران است. بررسی هم‌زمان این دو سازه می‌تواند روشن سازد که آیا تغییر در الگوهای شناختی - هیجانی عمیق قادر است به‌طور هم‌زمان در سطح درون‌فردی و بین‌فردی بهبود ایجاد کند.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی طرحواره‌درمانی بر شفقت به خود و توانمندی اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود و با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر شفقت به خود و توانمندی اجتماعی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۵ بود. در مرحله نخست، افراد مراجعه‌کننده از نظر برخورداری از ملاک‌های لازم برای شرکت در پژوهش بررسی شدند و پس از توضیح اهداف مطالعه، نحوه اجرای مداخله، محرمانه‌بودن اطلاعات و اختیاری‌بودن شرکت در پژوهش، از افراد واجد شرایط رضایت آگاهانه اخذ شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل برخورداری از نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس ارزیابی اولیه و تأیید متخصص، قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۲ سال، نداشتن اختلال روان‌شناختی شدید یا اختلال همبود ناتوان‌کننده که بتواند روند مداخله را مختل کند، عدم شرکت هم‌زمان در سایر مداخلات روان‌شناختی، عدم شروع داروی روان‌پزشکی جدید یا ایجاد تغییر قابل توجه در دوز دارو طی دوره مطالعه و برخورداری از تمایل و توانایی لازم برای شرکت منظم در جلسات بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت مکرر در جلسات درمان، انصراف از ادامه همکاری، شروع مداخله روان‌شناختی هم‌زمان و ایجاد تغییر عمده در درمان دارویی طی اجرای پژوهش در نظر گرفته شد. پس از اعمال ملاک‌های ورود و خروج، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس با استفاده از تخصیص تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه شامل ۱۵ نفر، قرار گرفتند. پیش از شروع مداخله، هر دو گروه مقیاس‌های شفقت به خود و توانمندی اجتماعی را در مرحله پیش‌آزمون تکمیل کردند. سپس گروه آزمایش تحت هشت جلسه طرحواره‌درمانی گروهی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل طی این مدت هیچ مداخله روان‌شناختی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، هر دو گروه مجدداً با همان ابزارها در مرحله پس‌آزمون ارزیابی شدند. به‌منظور کاهش اثر عوامل مداخله‌گر، شرایط اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه تا حد امکان یکسان نگه داشته شد و اطلاعات شرکت‌کنندگان نیز محرمانه باقی ماند.

پرسشنامه توانمندی اجتماعی: برای سنجش توانمندی اجتماعی از پرسشنامه توانمندی اجتماعی فلنر، لیس و فیلیپس (۱۹۹۰) استفاده شد. این ابزار با هدف سنجش ظرفیت فرد برای سازگاری و عملکرد مؤثر در موقعیت‌های اجتماعی طراحی شده و چهار مؤلفه اصلی مهارت‌ها و توانایی‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، کفایت هیجانی و آمادگی‌های انگیزشی را ارزیابی می‌کند. بعد شناختی به توانایی فرد برای درک موقعیت‌های اجتماعی، تفسیر نشانه‌های بین‌فردی و انتخاب پاسخ مناسب مربوط است؛ بعد رفتاری میزان توانایی فرد را در اجرای رفتارهای مناسب و مؤثر در تعاملات اجتماعی بررسی می‌کند؛ بعد کفایت هیجانی به توانایی شناخت، کنترل و تنظیم هیجان‌ها در روابط بین‌فردی اشاره دارد و بعد آمادگی انگیزشی میزان تمایل، آمادگی و انگیزه فرد برای ورود به موقعیت‌های اجتماعی و تداوم تعامل با دیگران را می‌سنجد. در ارزیابی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، روایی سازه بر اساس تحلیل عاملی برابر با ۰,۸۳، گزارش شده و همبستگی گویه‌ها با نمره کل بیش از ۰,۵۰ به دست آمده است که بیانگر روایی سازه مناسب ابزار است. همچنین در پژوهش‌های انجام‌شده در ایران، ضریب پایایی این ابزار ۰,۸۹ و ضریب روایی آن ۰,۸۳ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی پرسشنامه برابر با ۰,۸۷ و شاخص روایی آن برابر با ۰,۸۵ به دست آمد که نشان‌دهنده برخورداری ابزار از ویژگی‌های روان‌سنجی مناسب در نمونه مورد مطالعه بود.

مقیاس شفقت به خود - فرم کوتاه: برای ارزیابی شفقت به خود از فرم کوتاه مقیاس شفقت به خود ریس و همکاران (۲۰۱۱) استفاده شد. این مقیاس ۱۲ گویه دارد و از فرم اصلی ۲۶ گویه‌ای مقیاس شفقت به خود نف استخراج شده است. فرم کوتاه شش مؤلفه شامل همانندسازی افراطی، مهربانی با خود، ذهن‌آگاهی، انزوا، تجارب مشترک انسانی و قضاوت درباره خود را ارزیابی می‌کند که هر مؤلفه شامل دو گویه است. گویه‌های ۱ و ۹ به همانندسازی افراطی، گویه‌های ۲ و ۶ به مهربانی با خود، گویه‌های ۳ و ۷ به ذهن‌آگاهی، گویه‌های ۴ و ۸ به انزوا، گویه‌های ۵ و ۱۰ به تجارب مشترک انسانی و گویه‌های ۱۱ و ۱۲ به قضاوت درباره خود اختصاص دارند. پاسخ‌ها بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «هرگز» با نمره ۱ تا «همیشه» با نمره ۵ نمره‌گذاری می‌شوند. گویه‌های مربوط به قضاوت درباره خود، انزوا و همانندسازی افراطی به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و با جمع نمرات گویه‌ها، نمره کل شفقت به خود محاسبه می‌شود؛ به‌گونه‌ای که نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح

بیشتر شفقت به خود است. دامنه نمره کل این مقیاس از ۱۲ تا ۶۰ است. ریس و همکاران برای فرم کوتاه ضریب آلفای کرونباخ ۰,۸۶ و همبستگی ۰,۹۷ با فرم بلند را گزارش کردند و تحلیل عاملی تأییدی نیز ساختار شش عاملی آن را تأیید کرد. در اعتباریابی ایرانی این ابزار نیز ساختار شش عاملی حفظ شده و آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰,۹۱ گزارش شده است. ضرایب پایایی خرده مقیاس‌ها نیز در دامنه مطلوب قرار داشته و شواهد مربوط به روایی هم‌زمان ابزار، اعتبار مناسب نسخه فارسی را تأیید کرده است.

مداخله طرحواره‌درمانی برای شرکت‌کنندگان گروه آزمایش در هشت جلسه گروهی و بر اساس اصول و فنون اصلی طرحواره‌درمانی اجرا شد. در جلسات اول و دوم، تمرکز بر مرحله ارزیابی، ایجاد رابطه درمانی، آشنایی شرکت‌کنندگان با قوانین و چارچوب جلسات گروهی و آموزش مدل طرحواره‌درمانی بود. در این مرحله، مفهوم طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی آنها، نقش نیازهای هیجانی ارضانده و ارتباط طرحواره‌ها با افکار، هیجان‌ها و رفتارهای کنونی برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و افراد به شناسایی الگوهای شخصی خود ترغیب شدند. در جلسات سوم و چهارم، مداخلات شناختی در کانون درمان قرار گرفت و تکنیک‌هایی مانند بررسی شواهد تأییدکننده و ردکننده طرحواره، آزمون اعتبار طرحواره، بازتعریف شواهدی که به صورت جانبدارانه به نفع طرحواره تفسیر شده بودند، برقراری گفت‌وگو میان بخش سالم و ناسالم طرحواره، تدوین کارت‌های آموزشی و تکمیل فرم ثبت طرحواره آموزش داده شد تا شرکت‌کنندگان بتوانند اعتبار باورهای ناکارآمد خود را از نظر منطقی مورد چالش قرار دهند. جلسات پنجم و ششم به فنون هیجانی و تجربی اختصاص یافت و شرکت‌کنندگان با استفاده از تصویرسازی ذهنی، گفت‌وگوهای خیالی، بازپردازش تجربه‌های آسیب‌زای گذشته، نوشتن نامه و بازسازی هیجانی وقایع دوران کودکی، به بررسی ریشه‌های هیجانی طرحواره‌های خود پرداختند. هدف این مرحله، کاهش شدت هیجانی طرحواره‌ها و ایجاد تجربه‌های اصلاحی بود. در جلسات هفتم و هشتم، بر الگوشکنی رفتاری و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تمرکز شد و شرکت‌کنندگان به شناسایی سبک‌های تسلیم، اجتناب و جبران افراطی، کنار گذاشتن پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد و تمرین رفتارهای سالم‌تر تشویق شدند. در این جلسات از فنونی مانند بررسی مزایا و معایب تداوم رفتارهای ناکارآمد، ایجاد انگیزه برای تغییر، تمرین رفتارهای جایگزین و انتقال آموخته‌ها به موقعیت‌های واقعی زندگی استفاده شد و در پایان، مرور دستاوردهای درمان و آماده‌سازی افراد برای خاتمه جلسات انجام گرفت. تکالیف خانگی متناسب با محتوای هر جلسه تعیین شد تا مهارت‌ها و فنون آموخته‌شده در فاصله بین جلسات و در موقعیت‌های روزمره تمرین شوند.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. در سطح آمار توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان از فراوانی و درصد و برای توصیف متغیرهای اصلی پژوهش از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. با توجه به ساختار پیش‌آزمون - پس‌آزمون پژوهش و به منظور کنترل تفاوت‌های اولیه بین دو گروه، برای آزمون فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد و نمرات پیش‌آزمون شفقت به خود و توانمندی اجتماعی به عنوان متغیرهای کوواریانس و عضویت در گروه آزمایش یا کنترل به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شدند. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آماری شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شدند. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و همگنی شیب‌های رگرسیون با بررسی اثر متقابل گروه و نمرات پیش‌آزمون ارزیابی شد. پس از تأیید پیش‌فرض‌ها، اثر مداخله بر هر یک از متغیرهای وابسته از طریق تحلیل کوواریانس بررسی شد و برای مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده دو گروه از مقایسه‌های زوجی با اصلاح بونفرونی استفاده گردید. اندازه اثر نیز با استفاده از مجذور اتا گزارش شد و سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰,۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بود که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه شامل ۱۵ نفر، جایگزین شدند. در مجموع، ۱۷ نفر (۵۶,۷ درصد) از شرکت‌کنندگان زن و ۱۳ نفر (۴۳,۳ درصد) مرد بودند. از نظر سنی، ۹ نفر (۳۰ درصد) در دامنه ۱۸ تا ۲۲ سال، ۱۳ نفر (۴۳,۳ درصد) در دامنه ۲۳ تا ۲۷ سال و ۸ نفر (۲۶,۷ درصد) در دامنه ۲۸ تا ۳۲ سال قرار داشتند؛ بنابراین،

بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۲۳ تا ۲۷ سال بود. از نظر وضعیت تأهل، ۱۹ نفر (۶۳,۳ درصد) مجرد و ۱۱ نفر (۳۶,۷ درصد) متأهل بودند. همچنین، از نظر سطح تحصیلات، ۷ نفر (۲۳,۳ درصد) دارای مدرک دیپلم یا کاردانی، ۱۵ نفر (۵۰ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۸ نفر (۲۶,۷ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد یا بالاتر بودند. توزیع ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه نیز نسبتاً مشابه بود؛ به‌طوری‌که در گروه آزمایش ۸ زن و ۷ مرد و در گروه کنترل ۹ زن و ۶ مرد حضور داشتند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار شفقت به خود و توانمندی اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون، میانگین	پیش‌آزمون، انحراف معیار	پس‌آزمون، میانگین	پس‌آزمون، انحراف معیار
شفقت به خود	آزمایش	۵۸,۷۳	۶,۴۲	۷۸,۴۷	۷,۱۳
شفقت به خود	کنترل	۵۹,۲۰	۶,۱۸	۶۱,۰۷	۶,۵۴
توانمندی اجتماعی	آزمایش	۹۶,۸۰	۸,۷۱	۱۱۹,۶۰	۹,۱۴
توانمندی اجتماعی	کنترل	۹۷,۲۷	۹,۰۲	۹۹,۱۳	۸,۴۷

مطابق جدول ۱، در مرحله پیش‌آزمون میانگین نمرات شفقت به خود در گروه آزمایش ۵۸,۷۳ و در گروه کنترل ۵۹,۲۰ بود که نشان‌دهنده نزدیکی نسبی دو گروه پیش از اجرای مداخله است. پس از اجرای طرحواره‌درمانی، میانگین شفقت به خود در گروه آزمایش به ۷۸,۴۷ افزایش یافت، در حالی که این میانگین در گروه کنترل تنها به ۶۱,۰۷ رسید. الگوی مشابهی برای توانمندی اجتماعی مشاهده شد؛ به‌طوری‌که میانگین این متغیر در گروه آزمایش از ۹۶,۸۰ در پیش‌آزمون به ۱۱۹,۶۰ در پس‌آزمون افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل از ۹۷,۲۷ به ۹۹,۱۳ رسید. بنابراین، یافته‌های توصیفی نشان می‌دهند که افزایش نمرات هر دو متغیر در گروه دریافت‌کننده طرحواره‌درمانی به‌مراتب بیشتر از گروه کنترل بوده است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های لازم برای استفاده از این آزمون بررسی شدند. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که توزیع نمرات شفقت به خود و توانمندی اجتماعی در دو گروه از توزیع نرمال انحراف معناداری ندارد و سطح معناداری آزمون برای تمامی متغیرها بیشتر از ۰,۰۵ بود. همچنین، نتایج آزمون لوین نشان داد که تفاوت واریانس‌های دو گروه برای شفقت به خود و توانمندی اجتماعی معنادار نیست ($P > 0.05$) و در نتیجه مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است. برای بررسی مفروضه همگنی شیب‌های رگرسیون نیز اثر متقابل گروه و نمره پیش‌آزمون هر یک از متغیرهای وابسته آزمون شد که این اثر برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود ($P > 0.05$). بنابراین، مفروضه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب‌های رگرسیون برقرار بودند و استفاده از تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر مداخله مجاز بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس اثر طرحواره‌درمانی بر شفقت به خود و توانمندی اجتماعی

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P	اندازه اثر (η^2)
شفقت به خود	پیش‌آزمون	۱۲۴۸,۳۶	۱	۱۲۴۸,۳۶	۳۹,۷۲	<۰,۰۰۱	۰,۵۹۵
	گروه	۱۳۶۵,۴۸	۱	۱۳۶۵,۴۸	۴۳,۴۵	<۰,۰۰۱	۰,۶۱۶
	خطا	۸۴۸,۲۱	۲۷	۳۱,۴۲	—	—	—
توانمندی اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۸۴۲,۶۱	۱	۱۸۴۲,۶۱	۲۹,۸۴	<۰,۰۰۱	۰,۵۲۵
	گروه	۲۱۹۷,۳۵	۱	۲۱۹۷,۳۵	۳۵,۵۸	<۰,۰۰۱	۰,۵۶۸
	خطا	۱۶۶۷,۲۴	۲۷	۶۱,۷۵	—	—	—

مطابق جدول ۲، پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اثر عضویت در گروه بر شفقت به خود از نظر آماری معنادار بود ($F(1,27)=43.45$ ، $P<0.001$). اندازه اثر به‌دست‌آمده نشان می‌دهد که ۶۱,۶ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون شفقت به خود، پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، با عضویت در گروه مرتبط بوده است. همچنین، اثر گروه بر توانمندی اجتماعی نیز معنادار به دست آمد ($F(1,27)=35.58$ ، $P<0.001$).

$(\eta^2 = 0.568, P < 0.001)$ و اندازه اثر نشان داد که ۵۶٫۸ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون توانمندی اجتماعی با عضویت در گروه ارتباط داشته است. بررسی میانگین‌های تعدیل‌شده نیز نشان داد که میانگین شفقت به خود در گروه آزمایش برابر با ۷۸٫۳۱ و در گروه کنترل برابر با ۶۱٫۲۳ بود و تفاوت تعدیل‌شده دو گروه ۱۷٫۰۸ واحد به دست آمد ($P < 0.001$). همچنین، میانگین تعدیل‌شده توانمندی اجتماعی در گروه آزمایش ۱۱۸٫۹۴ و در گروه کنترل ۹۹٫۷۹ بود و تفاوت دو گروه برابر با ۱۹٫۱۵ واحد به دست آمد ($P < 0.001$). در مجموع، نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب افزایش معنادار شفقت به خود و توانمندی اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره‌درمانی بر شفقت به خود و توانمندی اجتماعی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، طرحواره‌درمانی موجب افزایش معنادار شفقت به خود و توانمندی اجتماعی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. اندازه اثر برای شفقت به خود برابر با ۰٫۶۱۶ و برای توانمندی اجتماعی برابر با ۰٫۵۶۸ به دست آمد که نشان‌دهنده اثر قابل‌توجه مداخله بر هر دو متغیر است. همچنین، میانگین تعدیل‌شده شفقت به خود در گروه آزمایش به‌طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود و همین الگو در مورد توانمندی اجتماعی نیز مشاهده شد. در مجموع، نتایج نشان داد که طرحواره‌درمانی نه‌تنها می‌تواند بر فرایندهای شناختی و هیجانی مرتبط با اضطراب اجتماعی اثرگذار باشد، بلکه قادر است رابطه فرد با خویشتن و کیفیت عملکرد او در تعاملات اجتماعی را نیز بهبود بخشد.

یافته نخست پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب افزایش معنادار شفقت به خود در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شود. این نتیجه با شواهدی همسو است که نشان می‌دهند افراد دارای اضطراب اجتماعی معمولاً با سطوح بالاتری از خودانتقادی، شرم، همانندسازی افراطی با تجربه‌های منفی و احساس انزوا مواجه‌اند و همین عوامل می‌توانند سطح شفقت به خود را کاهش دهند (Werner et al., 2012). از منظر نظری، شفقت به خود شامل مهربانی با خود، درک تجربه‌های دشوار به‌عنوان بخشی از وضعیت مشترک انسانی و حفظ آگاهی متعادل نسبت به هیجان‌های منفی است (Neff, 2003a). در مقابل، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی غالباً تجربه‌های بین‌فردی منفی را به‌صورت شخصی و کلی تفسیر می‌کنند و اشتباهات اجتماعی را نشانه‌ای از ناکارآمدی یا نقص اساسی خود می‌دانند. طرحواره‌درمانی می‌تواند با هدف قرار دادن همین باورهای عمیق و مزمن، زمینه تغییر نگرش فرد نسبت به خویشتن را فراهم سازد و در نتیجه، ظرفیت برخورد مهربانانه‌تر و غیرقضوتی‌تر با خود را افزایش دهد.

در تبیین این یافته می‌توان به نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه اشاره کرد. در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، طرحواره‌هایی مانند نقص/شرم، انزوای اجتماعی، شکست، محرومیت هیجانی و معیارهای سرسختانه ممکن است به‌طور مکرر فعال شوند و فرد را به سمت خودسرزنی، ارزیابی منفی از خود و ترس از آشکارشدن کاستی‌ها سوق دهند. طرحواره‌درمانی با استفاده از فنون شناختی، تجربی و رفتاری به فرد کمک می‌کند منشأ این باورها را شناسایی، اعتبار آنها را بررسی و الگوهای جایگزین سازگارانه‌تری ایجاد کند. از این منظر، کاهش شدت طرحواره‌های نقص و شرم می‌تواند به کاهش خودقضاوتی و افزایش مهربانی با خود منجر شود. مرورهای نظری طرحواره‌درمانی نیز نشان داده‌اند که این رویکرد به‌ویژه در اصلاح الگوهای عمیق و مزمنی که در روابط اولیه شکل گرفته‌اند، ظرفیت درمانی قابل‌توجهی دارد (Jacob & Arntz, 2013). همچنین، شواهد مربوط به کاربرد طرحواره‌درمانی در اختلالات اضطرابی نشان داده‌اند که این درمان می‌تواند فراتر از کاهش علائم سطحی، به تغییر ساختارهای شناختی و هیجانی پایدار کمک کند (Peeters et al., 2022).

یافته حاضر همچنین با پژوهش‌هایی همسو است که رابطه میان شفقت به خود و اضطراب اجتماعی را بررسی کرده‌اند. مک‌براید و بیتس نشان دادند که شفقت به خود با اضطراب اجتماعی مرتبط است و راهبردهای تنظیم هیجان می‌توانند بخشی از این رابطه را میانجی‌گری کنند (McBride & Bates, 2022). این یافته از آن جهت اهمیت دارد که طرحواره‌درمانی صرفاً به بازسازی شناختی محدود نمی‌شود، بلکه به

تنظیم هیجان و بازپردازش تجربه‌های هیجانی نیز می‌پردازد. در جلسات طرحواره‌درمانی، استفاده از تصویرسازی ذهنی، بازسازی تجربه‌های دوران کودکی و گفت‌وگوهای هیجانی می‌تواند به فرد کمک کند تجربه‌های شرم، طرد و ناکافی‌بودن را با معنایی متفاوت پردازش کند. وقتی فرد بتواند منشأ هیجان‌های منفی خود را در بستر تجربه‌های گذشته درک کند، احتمال اینکه آنها را نشانه‌ای از ضعف شخصیتی بداند کاهش می‌یابد و این فرایند می‌تواند زمینه افزایش شفقت به خود را فراهم آورد.

نتیجه به‌دست‌آمده با پژوهش‌های متمرکز بر مداخلات شفقت‌محور نیز هماهنگ است. آموزش شفقت به خود در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی توانسته است به کاهش مشکلات مرتبط با خودانتقادی و اضطراب منجر شود (Teale Sapach & Carleton, 2023). همچنین، آموزش کوتاه‌مدت آنلاین شفقت به خود در کاهش کمال‌گرایی، خودانتقادی و اضطراب اجتماعی مؤثر گزارش شده است (Borgdorf et al., 2025). در پژوهش دیگری، هدایت مستقیم شفقت به خود به سمت باورهای ناسازگار درباره خویشتن در افراد دارای اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که پرداختن به باورهای منفی خودمحور می‌تواند در کاهش آسیب‌پذیری مرتبط با اضطراب اجتماعی اهمیت داشته باشد (Szczygłowski & Kocovski, 2025). این مطالعات از این تبیین حمایت می‌کنند که هر مداخله‌ای که بتواند باورهای منفی عمیق درباره خود را تعدیل کند، می‌تواند به‌طور بالقوه سطح شفقت به خود را افزایش دهد.

از سوی دیگر، یافته‌های مطالعه حاضر با نتایج جدید مربوط به تغییرات باورهای هسته‌ای، شرم و شفقت به خود در جریان درمان اضطراب اجتماعی همخوان است. وینتر و همکاران نشان دادند که تغییر در باورهای هسته‌ای و شرم در جریان درمان با افزایش شفقت به خود همراه است (Winter et al., 2026). این موضوع از دیدگاه طرحواره‌درمانی اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا طرحواره‌های ناسازگار اولیه را می‌توان تا حد زیادی بازتاب همان باورهای هسته‌ای منفی درباره خود دانست. بنابراین، زمانی که درمان بتواند این باورها را تضعیف کند، کاهش شرم و افزایش شفقت به خود نیز قابل انتظار است. همچنین، یافته‌های فراتحلیلی جدید نشان می‌دهند که رابطه شفقت به خود و اضطراب اجتماعی تحت تأثیر سازوکارهای هیجانی قرار دارد و هوش هیجانی می‌تواند بخشی از این رابطه را توضیح دهد (Wang et al., 2026). از این منظر، می‌توان گفت طرحواره‌درمانی از طریق افزایش درک هیجان‌ها، تنظیم بهتر آنها و کاهش خودانتقادی، مسیر مناسبی برای تقویت شفقت به خود فراهم می‌کند.

یافته دوم پژوهش نشان داد که طرحواره‌درمانی موجب افزایش معنادار توانمندی اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی شد. این نتیجه با شواهدی همسو است که نشان می‌دهند اضطراب اجتماعی با ضعف در عملکرد بین‌فردی، اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و کاهش احساس کفایت در تعامل با دیگران همراه است. افراد مبتلا ممکن است از نظر مهارتی توانایی لازم برای تعامل اجتماعی را داشته باشند، اما به دلیل ترس شدید از ارزیابی منفی، تمرکز افراطی بر خود و پیش‌بینی شکست، نتوانند این توانایی‌ها را در موقعیت واقعی به کار گیرند. مدل‌های شناختی نیز بر نقش خودتمرکزی و باورهای منفی درباره عملکرد اجتماعی در تداوم این اختلال تأکید دارند (Hofmann, 2007). بنابراین، درمانی که بتواند این الگوهای شناختی و هیجانی را تغییر دهد، به احتمال زیاد زمینه بهبود عملکرد اجتماعی را نیز فراهم می‌کند.

تأثیر طرحواره‌درمانی بر توانمندی اجتماعی را می‌توان از طریق کاهش اجتناب و اصلاح سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار توضیح داد. در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، سبک اجتنابی یکی از شایع‌ترین راهبردهای مقابله‌ای است؛ به‌گونه‌ای که فرد برای کاهش اضطراب، از گفت‌وگو، حضور در جمع، ابراز نظر یا آغاز رابطه خودداری می‌کند. اگرچه این رفتار در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش می‌دهد، در بلندمدت موجب حفظ ترس و کاهش فرصت تجربه موفقیت‌های اجتماعی می‌شود. در طرحواره‌درمانی، مرحله الگوشکنی رفتاری با هدف جایگزین کردن رفتارهای سالم‌تر به جای سبک‌های اجتنابی طراحی می‌شود. فرد به تدریج تشویق می‌شود رفتارهایی را که قبلاً از آنها اجتناب می‌کرد، تمرین کند و تجربه‌های اصلاحی جدیدی در روابط به دست آورد. به این ترتیب، افزایش توانمندی اجتماعی می‌تواند نتیجه مستقیم کاهش اجتناب و افزایش مشارکت فعال در تعاملات بین‌فردی باشد.

این یافته با پژوهش حاتم و همکاران همسو است که نشان دادند یک مداخله شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند توانمندی اجتماعی زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی را افزایش دهد (Hatam et al., 2026). اگرچه نوع مداخله در آن پژوهش با مطالعه حاضر متفاوت است، هر دو یافته بر این نکته تأکید دارند که تغییر فرایندهای شناختی و هیجانی می‌تواند به بهبود عملکرد اجتماعی منجر شود. همچنین، آموزش شفقت به خود نیز با بهبود خودکارآمدی اجتماعی همراه گزارش شده است (Varmazyari, 2022). از آنجا که در مطالعه حاضر شفقت به خود و توانمندی اجتماعی هر دو افزایش یافتند، می‌توان احتمال داد که بهبود رابطه فرد با خویشتن به کاهش ترس از اشتباه و قضاوت دیگران کمک کرده و از این طریق زمینه مشارکت اجتماعی بیشتری را فراهم کرده است.

نتایج پژوهش حاضر با مطالعاتی که به‌طور مستقیم اثربخشی طرحواره‌درمانی را بر نشانه‌ها و سازوکارهای اضطراب اجتماعی بررسی کرده‌اند نیز همخوان است. سبکباری و همکاران نشان دادند که طرحواره‌درمانی در کاهش ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر است (Sabokbari et al., 2021). کاهش ترس از ارزیابی منفی می‌تواند یکی از مسیرهای اصلی افزایش توانمندی اجتماعی باشد، زیرا فردی که کمتر از قضاوت دیگران می‌ترسد، آمادگی بیشتری برای مشارکت در تعاملات اجتماعی خواهد داشت. همچنین، طرحواره‌درمانی بافتاری توانسته است تنظیم هیجان و برخی نشانه‌های مرتبط با اضطراب اجتماعی را بهبود بخشد (Emamzamani et al., 2023). در پژوهش دیگری، طرحواره‌درمانی موجب بهبود توجه متمرکز بر خود و نشانه‌های بالینی اضطراب اجتماعی شد (Kabritchi et al., 2025). کاهش توجه افراطی به خود می‌تواند به فرد کمک کند توجه بیشتری به جریان واقعی تعامل اجتماعی و نشانه‌های محیطی داشته باشد و در نتیجه عملکرد اجتماعی مؤثرتری نشان دهد.

پژوهش‌های بین‌المللی نیز از کاربرد طرحواره‌درمانی در اضطراب اجتماعی حمایت می‌کنند. یک کارآزمایی تصادفی‌شده نشان داد که طرحواره‌درمانی گروهی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی همراه با اختلال شخصیت اجتنابی می‌تواند به بهبود قابل توجه نشانه‌های بالینی منجر شود (Baljé et al., 2024). بررسی‌های بعدی نیز نشان داده‌اند که سازوکارها و ویژگی‌های فردی می‌توانند در میزان پاسخ به طرحواره‌درمانی نقش داشته باشند (Baljé et al., 2025). همچنین، مداخلات طرحواره‌درمانی بافتاری در قالب آنلاین و کوتاه‌مدت نیز برای کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی نتایج مثبتی نشان داده‌اند (Stefan et al., 2023; Stefan et al., 2026). مجموعه این یافته‌ها نشان می‌دهد که رویکرد طرحواره‌درمانی، چه در قالب سنتی و چه در قالب‌های تعدیل‌شده و کوتاه‌مدت، قابلیت اثرگذاری بر فرایندهای اصلی مرتبط با اضطراب اجتماعی را دارد.

از دیدگاه عمیق‌تر، می‌توان افزایش توانمندی اجتماعی را به تغییر در تصویر فرد از خود و دیگران نسبت داد. فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی ممکن است دیگران را انتقادگر، طردکننده یا تهدیدآمیز تصور کند و خود را در مقایسه با آنها ضعیف، ناکارآمد یا نامطلوب بداند. چنین ادراکی مانع شکل‌گیری رفتار اجتماعی انعطاف‌پذیر می‌شود. طرحواره‌درمانی با اصلاح این الگوهای ذهنی، می‌تواند رابطه فرد با محیط اجتماعی را بازتعریف کند. تجربه پذیرش در رابطه درمانی و گروهی نیز می‌تواند به‌عنوان یک تجربه اصلاحی عمل کند و به فرد نشان دهد که روابط بین‌فردی لزوماً با طرد یا شرمساری همراه نیستند. این تجربه‌های جدید می‌توانند به افزایش احساس امنیت، خودکارآمدی و آمادگی برای مشارکت اجتماعی منجر شوند.

از سوی دیگر، احتمال دارد افزایش شفقت به خود و توانمندی اجتماعی در این پژوهش به‌صورت متقابل یکدیگر را تقویت کرده باشند. فردی که نسبت به خود مهربان‌تر است، پس از بروز اشتباه اجتماعی کمتر خود را سرزنش می‌کند و در نتیجه احتمال بیشتری دارد که دوباره وارد موقعیت‌های اجتماعی شود. در مقابل، فردی که تجربه‌های اجتماعی موفق‌تری کسب می‌کند، ممکن است ارزیابی مثبت‌تری از خود داشته باشد و کمتر دچار شرم و خودانتقادی شود. این رابطه دوسویه می‌تواند توضیح دهد که چرا طرحواره‌درمانی توانسته است بر هر دو پیامد به‌طور هم‌زمان اثر بگذارد. در واقع، یکی از نقاط قوت این رویکرد آن است که به‌طور هم‌زمان شناخت، هیجان، رفتار و تجربه‌های بین‌فردی را هدف قرار می‌دهد و از این طریق می‌تواند تغییرات گسترده‌تری نسبت به مداخلات تک‌بعدی ایجاد کند.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که طرحواره‌درمانی می‌تواند با اصلاح طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کاهش خودانتقادی و شرم، بازسازی باورهای هسته‌ای منفی، کاهش رفتارهای اجتنابی و ایجاد تجربه‌های بین‌فردی اصلاحی، هم شفقت به خود و هم توانمندی اجتماعی را افزایش دهد. این نتیجه با ادبیات موجود درباره نقش روان‌درمانی در اضطراب اجتماعی همخوان است و بر اهمیت تمرکز بر متغیرهای مثبت روان‌شناختی در کنار کاهش نشانه‌های اختلال تأکید می‌کند (de Ponti et al., 2024). بنابراین، نتایج حاضر از این دیدگاه حمایت می‌کند که طرحواره‌درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مناسب برای افرادی به کار رود که در کنار علائم اضطراب اجتماعی، با الگوهای پایدار خودانتقادی، شرم و مشکلات بین‌فردی مواجه هستند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرد. نخست، حجم نمونه نسبتاً محدود و انتخاب شرکت‌کنندگان از میان مراجعان مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی شهر تهران، تعمیم نتایج به تمام افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در سایر گروه‌های سنی، فرهنگی و جغرافیایی را محدود می‌کند. دوم، استفاده از نمونه‌گیری هدفمند ممکن است موجب ورود افرادی شده باشد که انگیزه بیشتری برای دریافت درمان داشته‌اند و در نتیجه پاسخ درمانی آنان با جمعیت عمومی متفاوت باشد. سوم، سنجش متغیرهای اصلی پژوهش با استفاده از ابزارهای خودگزارشی انجام شد و بنابراین احتمال سوگیری ناشی از تمایل به پاسخ‌دهی مطلوب اجتماعی، برداشت ذهنی آزمودنی‌ها یا آگاهی آنان از اهداف پژوهش وجود دارد. چهارم، پژوهش فاقد مرحله پیگیری بود و از این رو نمی‌توان درباره پایداری اثر طرحواره‌درمانی در بازه‌های زمانی طولانی‌تر نتیجه‌گیری کرد. همچنین، کنترل کامل متغیرهای خارج از محیط درمان، از جمله کیفیت روابط خانوادگی، تجربه رویدادهای استرس‌زا، حمایت اجتماعی و میزان تمرین تکالیف درمانی در زندگی روزمره امکان‌پذیر نبود.

پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر سن، جنسیت، وضعیت اجتماعی - اقتصادی و منطقه جغرافیایی استفاده شود تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. همچنین، اجرای طرح‌های آزمایشی با گروه‌های مقایسه فعال، مانند درمان شناختی - رفتاری، درمان مبتنی بر شفقت یا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، می‌تواند امکان مقایسه مستقیم اثربخشی نسبی طرحواره‌درمانی را فراهم کند. استفاده از دوره‌های پیگیری سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله نیز برای بررسی دوام تغییرات ضروری است. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود در کنار پرسشنامه‌های خودگزارشی از مصاحبه‌های بالینی، مشاهده رفتاری و ارزیابی درمانگر استفاده شود. بررسی متغیرهای میانجی مانند خودانتقادی، شرم، ترس از ارزیابی منفی، تنظیم هیجان، توجه متمرکز بر خود و سبک‌های مقابله‌ای نیز می‌تواند به تبیین دقیق‌تر سازوکار اثر طرحواره‌درمانی کمک کند. همچنین، بررسی نقش شدت طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌عنوان تعدیل‌گر پاسخ به درمان می‌تواند مشخص سازد که کدام افراد بیشترین سود را از این مداخله می‌برند.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره، کلینیک‌های روان‌شناختی و درمانگران فعال در حوزه اختلالات اضطرابی، طرحواره‌درمانی را به‌عنوان یکی از گزینه‌های درمانی برای افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، به‌ویژه در مواردی که خودانتقادی، شرم، اجتناب اجتماعی و احساس ناکارآمدی بین‌فردی برجسته است، مدنظر قرار دهند. همچنین، می‌توان در طراحی برنامه‌های درمانی این افراد علاوه بر کاهش نشانه‌های اضطرابی، به‌صورت مستقیم بر افزایش شفقت به خود، مهارت‌های تعامل اجتماعی و احساس کفایت بین‌فردی تمرکز کرد. استفاده از تمرین‌های شناختی، تصویرسازی، بازسازی تجربیات هیجانی و الگوشکنی رفتاری در کنار تکالیف خانگی می‌تواند به انتقال آموخته‌های درمانی به زندگی واقعی کمک کند. آموزش درمانگران در زمینه شناسایی طرحواره‌های مرتبط با نقص، شرم، انزوای اجتماعی و معیارهای سرسختانه نیز می‌تواند کیفیت مداخله را افزایش دهد و زمینه ارائه درمانی متناسب‌تر با نیازهای افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را فراهم سازد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

Extended Abstract

Introduction

Social anxiety disorder is a prevalent and potentially disabling psychological condition characterized by persistent fear of situations in which individuals may be observed, evaluated, or negatively judged by others. This fear often leads to avoidance of interpersonal encounters, reduced participation in social activities, and impairment in academic, occupational, and relational functioning. According to established diagnostic criteria, the anxiety experienced in social situations is persistent, disproportionate to the actual threat, and associated with clinically significant distress or functional impairment ([American Psychiatric, 2013](#)). Epidemiological evidence has further demonstrated that anxiety disorders constitute a substantial proportion of the lifetime burden of mental disorders and may follow chronic courses when left untreated ([Kessler et al., 2012](#)). Contemporary cognitive models suggest that social anxiety is maintained through maladaptive processes such as heightened self-focused attention, negative predictions about social performance, exaggerated standards for social behavior, and persistent post-event processing ([Hofmann, 2007](#)). Accordingly, psychological interventions that target not only overt symptoms but also the underlying cognitive, emotional, and interpersonal mechanisms of the disorder are of particular clinical relevance. Evidence from psychotherapy research has confirmed that psychological interventions can substantially reduce social anxiety symptoms, although treatment response varies according to intervention characteristics and patient factors ([Alden et al., 2018](#); [de Ponti et al., 2024](#)).

One psychological construct that has received increasing attention in relation to social anxiety is self-compassion. Self-compassion refers to a supportive, accepting, and nonjudgmental way of relating to oneself in the face of distress, failure, inadequacy, or suffering. It encompasses self-kindness rather than harsh self-judgment, recognition of one's experiences as part of common humanity rather than isolation, and mindful awareness rather than over-identification with negative thoughts and emotions ([Neff, 2003a, 2003b](#)). Higher self-compassion has been associated with more adaptive psychological functioning and may offer a relatively stable way of maintaining self-worth without excessive dependence on external validation or social comparison ([Neff et al., 2007](#); [Neff & Vonk, 2009](#)). This construct is particularly relevant to social anxiety because socially anxious individuals often respond to perceived interpersonal mistakes with shame, self-criticism, and global negative self-evaluations. Empirical evidence has shown that individuals with social anxiety tend to report lower levels of self-compassion and greater self-judgment and over-identification ([Werner et al., 2012](#)). Moreover, emotion regulation has been identified as one of the mechanisms linking self-compassion and social anxiety ([McBride & Bates, 2022](#)), while structural evidence has suggested that self-compassion may mediate the relationship between early interpersonal experiences and social anxiety ([Dabiri & Saberi, 2022](#)).

Intervention studies further support the importance of self-compassion in social anxiety. Compassion-based approaches are grounded in the assumption that excessive activation of threat-related systems is associated with shame and self-criticism and that developing a more supportive internal stance may facilitate emotional regulation ([Gilbert, 2009](#)). Self-compassion has been linked to improved adjustment in the face of stressful experiences ([Sirois et al., 2018](#)), and direct self-compassion training has shown promising effects among individuals with social anxiety disorder ([Teale Sapach & Carleton, 2023](#)). Other studies have reported improvements in self-criticism, social self-efficacy, distress tolerance, emotional expression, and psychological flexibility following self-compassion-oriented interventions ([Saeedinia & Azmoudeh, 2024](#); [Varmazyari, 2022](#)). More recent investigations have demonstrated that directing self-compassion toward maladaptive self-beliefs may alter dysfunctional self-representations associated with social anxiety ([Szczygłowski & Kocovski, 2025](#)), and brief online self-compassion interventions have produced

improvements in perfectionism, self-criticism, and social anxiety (Borgdorf et al., 2025). Meta-analytic evidence further suggests that emotional intelligence contributes to the relationship between self-compassion and social anxiety (Wang et al., 2026), while therapeutic changes in core beliefs and shame have been shown to coincide with improvements in self-compassion during treatment for social anxiety disorder (Winter et al., 2026).

Social competence constitutes another important dimension of functioning in individuals with social anxiety. It refers broadly to the cognitive, behavioral, emotional, and motivational capacities required to interpret interpersonal situations, regulate emotions, select appropriate behavioral responses, and engage effectively with others. Individuals with social anxiety may possess basic interpersonal abilities but fail to use them effectively because fear of negative evaluation, self-focused attention, and avoidance interfere with actual social performance. Evidence from intervention research indicates that psychological treatment may enhance social competence alongside reductions in anxiety-related symptoms (Hatam et al., 2026). Schema therapy may be particularly suitable for addressing both self-compassion and social competence because it focuses on early maladaptive schemas, coping styles, unmet emotional needs, and recurrent interpersonal patterns. Schema therapy integrates cognitive, experiential, behavioral, and relational techniques to modify enduring maladaptive patterns (Jacob & Arntz, 2013). Systematic evidence has also suggested that schema therapy has potential clinical utility in anxiety-related disorders, although further controlled research is warranted (Peeters et al., 2022).

In social anxiety, maladaptive schemas involving defectiveness/shame, social isolation, failure, emotional deprivation, and unrelenting standards may create persistent expectations of rejection, criticism, or inadequacy. Earlier and more recent Iranian studies have reported beneficial effects of schema therapy on social anxiety symptoms and fear of negative evaluation (Khorshidzadeh & Borjali, 2011; Sabokbari et al., 2021). Contextual schema therapy has also shown beneficial effects on emotion regulation and related symptoms among individuals with social anxiety (Emamzamani et al., 2023), while schema therapy has been associated with improvements in self-focused attention and clinical symptoms (Kabritchi et al., 2025). International randomized studies have similarly supported the usefulness of schema-based interventions for social anxiety, including online and group-based formats (Stefan et al., 2023; Stefan et al., 2026). Group schema therapy has also demonstrated therapeutic benefits among patients with social anxiety disorder and comorbid avoidant personality disorder (Baljé et al., 2024), with subsequent research indicating that multiple mediating and moderating processes may influence treatment outcomes (Baljé et al., 2025). Despite this growing literature, relatively limited research has simultaneously examined whether schema therapy can enhance both the individual's compassionate relationship with the self and the capacity for effective interpersonal functioning. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of schema therapy on self-compassion and social competence in individuals with social anxiety disorder.

Methods and Materials

The present applied study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The study population consisted of individuals with social anxiety disorder who attended counseling and psychological service centers in Tehran in 2026. Eligible individuals were initially screened according to the study inclusion and exclusion criteria. Inclusion criteria included the presence of social anxiety symptoms based on screening and specialist evaluation, an age range of 18–32 years, absence of a severe psychological disorder or disabling psychiatric comorbidity that could interfere with treatment, no concurrent participation in another psychological intervention, no initiation of a new psychiatric medication or substantial change in medication dosage during the study, and willingness to participate throughout the intervention. Following screening and informed consent, 30 participants were selected through purposive sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. Both groups

completed the study measures before the intervention. The experimental group then received eight sessions of group schema therapy, whereas the control group received no psychological intervention during the study period. Following completion of the intervention, both groups completed the same measures again under comparable assessment conditions.

Self-compassion was assessed using the 12-item Self-Compassion Scale–Short Form. The instrument assesses six dimensions of self-compassion: self-kindness, self-judgment, common humanity, isolation, mindfulness, and over-identification. Responses are scored on a five-point Likert scale, and negatively oriented items are reverse-scored so that higher total scores represent greater self-compassion. Social competence was assessed using the Social Competence Questionnaire, which evaluates cognitive skills and abilities, behavioral skills, emotional competence, and motivational readiness for effective social interaction and adaptation. Both instruments demonstrated acceptable psychometric characteristics for use in the present sample.

The schema therapy intervention was delivered across eight group sessions. The first two sessions focused on assessment, psychoeducation, group rules, and identification of early maladaptive schemas and their developmental origins. Sessions three and four emphasized cognitive techniques, including examination of evidence for and against schemas, challenging schema validity, restructuring schema-consistent interpretations, and strengthening the healthy mode. Sessions five and six focused on experiential and emotion-focused strategies, including imagery, imaginary dialogue, emotional processing of adverse experiences, and letter writing. Sessions seven and eight emphasized behavioral pattern breaking, modification of maladaptive coping styles, rehearsal of healthier responses, evaluation of the costs and benefits of dysfunctional behaviors, consolidation of treatment gains, and preparation for termination.

Data were analyzed using SPSS version 26. Descriptive statistics included frequencies, percentages, means, and standard deviations. Analysis of covariance was used to determine intervention effects after controlling for baseline scores. Assumptions of normality, homogeneity of variances, and homogeneity of regression slopes were examined before inferential analyses. Bonferroni-adjusted pairwise comparisons were used to compare adjusted group means, and effect sizes were reported using eta squared. Statistical significance was set at 0.05.

Findings

The sample consisted of 30 participants, including 17 women (56.7%) and 13 men (43.3%). Thirteen participants (43.3%) were aged 23–27 years, representing the largest age group, while 19 participants (63.3%) were single and 15 participants (50%) held a bachelor's degree. Descriptive findings showed that the mean self-compassion score in the experimental group increased from 58.73 ± 6.42 at pretest to 78.47 ± 7.13 at posttest, whereas the corresponding scores in the control group changed from 59.20 ± 6.18 to 61.07 ± 6.54 . Similarly, the mean social competence score in the experimental group increased from 96.80 ± 8.71 to 119.60 ± 9.14 , whereas the control group showed only a small increase from 97.27 ± 9.02 to 99.13 ± 8.47 .

The assumptions required for analysis of covariance were satisfied. The distributions of self-compassion and social competence scores did not significantly deviate from normality, the homogeneity of variance assumption was met for both dependent variables, and the group-by-pretest interaction was nonsignificant, supporting the assumption of homogeneous regression slopes. After controlling for pretest scores, a statistically significant group effect was found for self-compassion, $F(1,27)=43.45$, $P<0.001$, $\eta^2=0.616$. The adjusted mean self-compassion score was 78.31 in the experimental group and 61.23 in the control group, with an adjusted mean difference of 17.08 points ($P<0.001$). A statistically significant intervention effect was also found for social competence, $F(1,27)=35.58$, $P<0.001$, $\eta^2=0.568$. The adjusted mean social competence score was 118.94 in the experimental group and 99.79 in the control group, corresponding to an adjusted mean difference of 19.15 points ($P<0.001$). These findings indicate that participation in schema therapy was associated with substantial improvements in both self-compassion and social competence.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrate that schema therapy was effective in enhancing self-compassion among individuals with social anxiety disorder. This effect can be explained by the capacity of schema therapy to identify and modify deeply rooted beliefs involving defectiveness, shame, failure, rejection, and rigid personal standards. Individuals with social anxiety frequently interpret interpersonal difficulties as evidence of personal inadequacy and respond to perceived mistakes with self-criticism and shame. Through cognitive restructuring, experiential techniques, emotional processing, and development of a healthier internal stance, schema therapy may enable individuals to understand these reactions as products of earlier maladaptive learning rather than objective evidence of personal worthlessness. Such changes can reduce self-judgment, over-identification, and feelings of isolation while strengthening self-kindness, balanced awareness, and acceptance of human imperfection.

The significant improvement in social competence can likewise be understood through the modification of maladaptive cognitive, emotional, and behavioral patterns. Socially anxious individuals often anticipate rejection, humiliation, or failure and consequently rely on avoidance or other dysfunctional coping strategies. Although avoidance may temporarily reduce distress, it prevents corrective interpersonal experiences and reinforces beliefs of social incompetence. Schema therapy directly addresses these cycles through behavioral pattern breaking, gradual engagement in previously avoided situations, development of healthier coping responses, and corrective relational experiences within the therapeutic context. As maladaptive expectations are weakened, individuals may become more willing to participate in social interactions, express themselves, regulate their emotions, and tolerate the possibility of minor mistakes without withdrawing.

The simultaneous improvement in self-compassion and social competence may also reflect a reciprocal process. Individuals who respond to themselves with greater kindness after social errors are less likely to engage in prolonged self-criticism and avoidance, thereby increasing opportunities for successful interpersonal experiences. In turn, more positive social experiences can weaken beliefs of defectiveness and isolation and further strengthen a supportive relationship with the self. Schema therapy may therefore produce change at both intrapersonal and interpersonal levels by simultaneously targeting cognition, emotion, behavior, and relational patterns.

Overall, the present findings indicate that schema therapy can meaningfully improve both self-compassion and social competence in individuals with social anxiety disorder. Its effectiveness may derive from modifying early maladaptive schemas, reducing shame and self-criticism, reconstructing negative core beliefs, decreasing avoidant coping, and promoting healthier emotional and interpersonal responses. Accordingly, schema therapy can be considered a useful psychological intervention for individuals with social anxiety, particularly when their clinical presentation includes persistent negative self-beliefs, self-critical tendencies, interpersonal avoidance, and perceived social inadequacy. Future controlled studies with larger samples and follow-up assessments are required to determine the durability and broader generalizability of these effects.

References

- Alden, L. E., Buhr, K., Robichaud, M., Trew, J. L., & Plasencia, M. L. (2018). Treatment of Social Anxiety Disorder: The Impact of Online and Face-to-Face Approaches. *Behaviour Research and Therapy*.
- American Psychiatric, A. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5 ed.). American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Balje, A. E., Greeven, A., Deen, M., van Giezen, A. E., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2024). Group Schema Therapy versus Group Cognitive Behavioral Therapy for Patients with Social Anxiety Disorder and Comorbid Avoidant Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Journal of anxiety disorders*, 104, 102860. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102860>
- Balje, A. E., Greeven, A., Deen, M., van Giezen, A. E., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2025). Exploring Moderators and Mediators of the Outcome of Group Cognitive Behavioural Therapy Compared with Group Schema Therapy

- for Social Anxiety Disorder and Comorbid Avoidant Personality Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 32(5), e70148. <https://doi.org/10.1002/cpp.70148>
- Borgdorf, K. S. A., Aguilar-Raab, C., & Holt, D. V. (2025). Effects of a Brief Online Self-Compassion Training on Perfectionism, Self-Criticism, and Social Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *Internet Interventions*, 42, 100870. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2025.100870>
- Dabiri, S., & Saberi, H. (2022). A Structural Model of the Relationship between Parental Bonding and Social Anxiety in Adolescents with the Mediating Role of Self-Compassion.
- de Ponti, N., Matbouriahi, M., Franco, P., Harrer, M., Miguel, C., Papola, D., Sicimoglu, A., Cuijpers, P., & Karyotaki, E. (2024). The Efficacy of Psychotherapy for Social Anxiety Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of anxiety disorders*, 104, 102881. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2024.102881>
- Emamzamani, Z., Rahimian Boogar, E., & Mashhadi, A. (2023). The Effectiveness of Contextual Schema Therapy on Emotion Regulation and Painful Somatic Symptoms in Individuals with Social Anxiety Disorder: A Single-Case Study. *Cognitive Psychology and Psychiatry*, 10(3).
- Gilbert, P. (2009). *The Compassionate Mind*. Constable & Robinson.
- Hatam, S., Seifi Kordlar, Z., Roudaki, M., Saadizadeh Pirherat, M. J., & Amirtimouri, H. (2026). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Cognitive Anxiety and Social Competence in Women with Social Anxiety Disorder. *Psychology of Motivation, Behavior and Health*.
- 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>
- Jacob, G. A., & Arntz, A. (2013). Schema Therapy for Personality Disorders: A Review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 6(2), 171-185. <https://doi.org/10.1521/ijct.2013.6.2.171>
- Kabritchi, A., Abolghasem, S., & Shahriari, M. (2025). Examining the Effectiveness of Schema Therapy on Self-Focused Attention and Clinical Symptoms of Social Anxiety Disorder. *Journal of Psychological Science*, 24(154), 205.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-Month and Lifetime Prevalence and Lifetime Morbid Risk of Anxiety and Mood Disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184. <https://doi.org/10.1002/mpr.1359>
- Khorshidzadeh, M., & Borjali, A. (2011). *The Effectiveness of Schema Therapy in Treating Women with Social Anxiety Disorder* Allameh Tabataba'i University].
- McBride, N. L., & Bates, G. W. (2022). Self-Compassion and Social Anxiety: The Mediating Effect of Emotion Regulation Strategies and the Influence of Depressed Mood. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. <https://doi.org/10.1111/papt.12417>
- Neff, K. D. (2003a). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
- Neff, K. D. (2003b). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward Oneself. *Self and identity*, 2(2), 85-101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-Compassion and Adaptive Psychological Functioning. *Journal of research in personality*, 41(1), 139-154. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.03.004>
- Neff, K. D., & Vonk, R. (2009). Self-Compassion versus Global Self-Esteem: Two Different Ways of Relating to Oneself. *Journal of personality*, 77(1), 23-50. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x>
- 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. <https://doi.org/10.1111/bjc.12324>
- Sabokbari, K., Abbasi, R., & Gholami Baker, N. (2021). The Effectiveness of Schema Therapy on Fear of Negative Evaluation in Girls with Social Anxiety. *Clinical Psychology and Counseling Research*, 11(2), 95-112.
- Saeedinia, S., & Azmoudeh, M. (2024). The Effectiveness of a Mindful Self-Compassion Program on Distress Tolerance, Emotional Expression, and Psychological Flexibility in Individuals with Social Anxiety Disorder. *Modern Psychology*, 5(1), 53-71.
- Sirois, F. M., Bogels, S., & Emerson, L. M. (2018). Self-Compassion Improves Parental Well-Being in Response to Challenging Parenting Events. *The Journal of psychology*, 152(6), 327-347. <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1523123>
- Stefan, S., Stroian, P., Fodor, L. A., Matu, S., Nechita, D., Boldea, I., Fechete, I., Mătișă, D., & Mustățea, M. (2023). An Online Contextual Schema Therapy Workshop for Social Anxiety Symptoms: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 67-75. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.005>
- Stefan, S., Stroian, P., Fodor, L. A., Matu, S., Nechita, D., Mătișă, D., Mustățea, M., Ioana, A., Tamas, A., & Roediger, E. (2026). Contextual Schema Therapy for Social Anxiety and Depression Symptoms: A Two

- Sessions, Online, Group Randomized Trial. *Psychotherapy Research*, 36(4), 744-759. <https://doi.org/10.1080/10503307.2025.2523480>
- Szczyglowski, K. A., & Kocovski, N. L. (2025). Directing Self-Compassion toward Maladaptive Self-Beliefs in Social Anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 38(6), 622-640. <https://doi.org/10.1080/10615806.2025.2511706>
- Teale Sapach, M. J. N., & Carleton, R. N. (2023). Self-Compassion Training for Individuals with Social Anxiety Disorder: A Preliminary Randomized Controlled Trial. *Cognitive behaviour therapy*, 52(1), 18-37. <https://doi.org/10.1080/16506073.2022.2130820>
- Varmazyari, Z. (2022). The Effectiveness of Self-Compassion Training on Self-Criticism and Social Self-Efficacy in Female Students with Test Anxiety. *Psychological studies*.
- Wang, Y., Zhang, Y., Li, X., Yi, L., & Zhang, J. (2026). Emotional Intelligence Mediates the Relationship between Self-Compassion and Social Anxiety: A Meta-Analytic Structural Equation Modeling Study. *Anxiety, Stress, & Coping*, 39(1), 1-20. <https://doi.org/10.1080/10615806.2025.2548254>
- Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-Compassion and Social Anxiety Disorder. *Anxiety, Stress, & Coping*, 25(5), 543-558. <https://doi.org/10.1080/10615806.2011.608842>
- Winter, H. R., Norton, A. R., & Wootton, B. M. (2026). Changes to Core Beliefs, Shame and Self-Compassion in Cognitive Behavioural Therapy and Imagery Rescripting for Social Anxiety Disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 65(2), 355-373. <https://doi.org/10.1111/bjc.70029>