۴۳-۶۶

مقایسه سبک فرزندپروری ادراک شده و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار

◈ طاهره خدایاری‌نژاد[۱] ◈ دکتر علیرضا محمدی آریا[۲] ◈ دکتر ابراهیم رضایی دوگاهه[۳]

چکیده: هدف این پژوهش شناسایی و مقایسه ادراک دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار از شیوه‌های فرزندپروری والدین خود با استفاده از مدل طرحواره یانگ بوده است. همچنین طرحواره‌های ناسازگاری که در حال حاضر چارچوبهای ذهنی آنها را تشکیل می‌دهد، مورد بررسی قرار گرفته است. جامعه آماری این پژوهش همهٔ دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم دبیرستانهای شهرستان بهارستان استان تهران بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۴۰ نفر از دانش‌آموزان، مرکب از دو گروه مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار است. برای انتخاب نمونه، با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای و پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلیر (۱۹۷۹) و پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانر و همکاران (۲۰۰۰) تعداد ۷۰ دانش‌آموز مبتلا به اضطراب اجتماعی و ۷۰ دانش‌آموز دارای سلامت روان انتخاب شدند. در مرحله بعد پرسشنامه فرزندپروری یانگ (۱۹۹۴) و پرسشنامه طرحواره یانگ (۱۹۹۸) به دو گروه داده شد و نتایج به‌دست آمده در هر دو گروه با یکدیگر مقایسه شد. یافته‌ها نشان دادند که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی با نسبت بیشتری در مقایسه با گروه بهنجار والدین خود را کنترل‌گر، طرد کننده، تحقیرکننده، محدودکننده و تنبیه‌گر معرفی کردند. بنابراین ممکن است تجارب والدینی خاص در رشد اضطراب اجتماعی نقش داشته‌باشند. همچنین یافته‌ها نشان دادند که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی در تمام طرحواره‌ها به‌جز طرحواره‌های گرفتار و معیارهای سرسختانه دارای نسبتی بالاتر در مقایسه با گروه بهنجار بودند.

کلید واژگان: اضطراب اجتماعی، سبک فرزندپروری، طرحواره

◉ تاریخ دریافت: ۹۷/۶/۲۲ ◉ تاریخ پذیرش: ۹۸/۵/۲۰

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران. (نویسنده مسئول) tkhodayary@gmail.com
۲. استادیار گروه آموزشی پیش از دبستان، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران mohammadiarya@yahoo.com
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی Ebrahim_rezaee@yahoo.com

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

بیان مساله

بیان بالینی نگرانی افراطی از ارزیابی دیگران، اختلال اضطراب اجتماعی (SAD)[1] نامیده می‌شود. اضطراب اجتماعی ترس از مورد قضاوت منفی قرارگرفتن از سوی دیگران یا ترس از تحقیرشدن یا شرمنده‌شدن نزد دیگران است. در مطالعات انجام شده اخیر شیوع اضطراب اجتماعی در غرب چیزی میان ۷ تا ۱۳ درصد جمعیت برآورد شده است. در مطالعات همه‌گیرشناسی نسبت زنها بیشتر گزارش‌شده‌است و در جمعیت بالینی این آمار به نفع مردان است (کسلر[2] و همکاران، ۲۰۰۵). در کودکی اضطراب اجتماعی اغلب با خجالت و رفتار اجتنابی همراه است و اگر این مشکل درمان‌نشود مزمن و مداوم می‌شود و محدودیتهایی اساسی را در عملکرد اجتماعی و فردی ایجاد می‌کند (اشتاین[3] و کین[4]،۲۰۰۱؛ به نقل از هافمن و دیبارتولو[5]،۲۰۱۰).

مطالعات نشان می‌دهد که اضطراب اجتماعی با آسیبهای اولیه در دوران کودکی یا نوجوانی افراد ارتباط دارد و حداقل شش درصد از کودکان اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند و این درحالی‌است که بسیاری از آنها درمان نمی‌شوند یا درمان کاملی دریافت نمی‌کنند و در ۳۰ تا ۴۰ درصد از درمانهای کامل، مقداری از علایم اضطراب اجتماعی باقی می‌ماند (اشتاین و اشتاین، ۲۰۰۸).

اضطراب اجتماعی با ضعف در ایفای نقش، ضعف در روابط میان- فردی، بیگانگی اجتماعی مداوم، وابستگی مالی و کیفیت زندگی نامطلوب ارتباط دارد. مطالعات گوناگون نشان می‌دهد که نوجوانان با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی (به تنهایی یا همراه با سایر اختلالات روانی) احتمالاً کمتر به دانشگاه راه می‌یابند که نتیجه آن ضعف در یادگیری مهارتهای اجتماعی است (بایدل[6] و ترنر[7]، ۲۰۰۷؛ به نقل از رایان[8]،۲۰۱۰). همچنین این اختلال زمینه‌ساز اختلالات شخصیتی، اختلالات خلقی و اختلالات مرتبط با مواد است (انجمن روانپزشکی امریکا[9]، ۲۰۱۳). شناسایی عوامل ایجاد و استمرار اضطراب اجتماعی گامی مهم در راه پیشگیری، کنترل و درمان آن است.

مدل شناختی یکی از مدلهایی است که در سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی معرفی شده‌است. یانگ[10] و همکارانش نظریه خود را در زمینهٔ طرحواره‌های ناسازگار اولیه و طرحواره‌درمانی با الگوبرداری از نظریه شناختی بک گسترش دادند. یانگ معتقد است طرحواره‌ها ساختارهای پایدار و بادوامی اند

1. Social Anxiety Disorder
2. Kessler
3. Stein
4. Kein
5. Hofmann & DiBartolo
6. Beidel
7. Turner
8. Ryan
9. American Psychiatric Association
10. Young

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

که به‌مثابه عدســـیهایی بر ادراک فرد از جهان، خود و دیگران اثر می‌گذارند، طی تجارب کودکی شکل گرفته‌اند و پاســـخهای فرد به رخدادهای محیطی را کنترل می‌کنند. بنابر نظر وی طرحواره‌ها به دلیل ارضا نشدن نیازهای هیجانی اساسی دوران کودکی به‌وجود می‌آیند. او پنج نیاز هیجانی اساسی را شامل دلبســـتگی ایمن، خودگردانی، آزادی در بیان نیازها، خودانگیختگی و تفریح و محدودیتهای واقع‌بینانه (خویشـــتنداری) می‌داند که تعامل میان خلق‌وخوی فطری کودک و تجارب محیط اولیه زندگی (رفتار نادرست والدین در ارضای نیازها) به جای ارضای آنها منجر به ناکامی آنها می‌شود. با وجود تأثیرگذاری جامعه، مدرسه و همسالان در شکل‌گیری این طرحواره‌ها، عوامل خانوادگی تأثیر بیشتری دارند (تورس[1]، ۲۰۰۲). بنابراین یکی از راههای شـــناخت طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شناخت ریشه‌های والدینی آنها براساس ادراک فرزندان است. تعاملات ناکارآمد والدین پیش‌بین بسیار خوبی برای طرحواره‌های ناسازگار فرزندان و متعاقب آن آســـیبهای روانی ناشی از این طرحواره‌هاست. تجارب و ادراک فرزندان از رفتارها و شـــیوه‌های‌تربیتی والدینشـــان مانند طرد والدین، بیش‌کنترلی و دلبستگی ناایمن، رابطه‌ای مثبت با نشـــانگان اضطراب اجتماعی دارد. اوئی و بارانوف[2] (۲۰۰۷) در مطالعه خود به این نتیجه رســـیدند که تعاملات ناکارآمد والدین با فرزندان پیش‌بینی کننده‌ای مهم برای طرحواره‌های ناســـازگار اولیه و روابط میان- فردی محدود فرزندان در بزرگسالی است. همچنین شواهد نشان می‌دهد که طرحواره‌های‌خاص غالباً با اشـــکال خاصی از آسیبهای روانی در ارتباط اند (وان ولیربرگ، برات، بوسمانز، روسیل و بوگلز[3]، ۲۰۱۰). بنابـــر پژوهش راپی و اســـپنس[4] (۲۰۰۴) بیش‌حمایتگری والدیـــن و ضعف در گرمای عاطفی به مثابه مانعی برای روبه‌روشـــدن فرزندان با موقعیتهای اجتماعی یا کسب مهارتهای اجتماعی قلمداد می‌شـــود. همین‌طور پژوهش کناپه، بیسدو، فلم، لیب و ویتخن[5] (۲۰۱۲) نشان داد که بیش‌حمایتگری مادر و طرد و ضعف در گرمای عاطفی پدر با اضطراب اجتماعی کودکان رابطه دارد.

در مورد میزان تأثیر هر کدام از والدین بر اضطراب اجتماعی فرزندان، نتایج پژوهش هایدر[6] و همکاران (۲۰۰۸) نشان داد که رفتارهای مادر و پدر به‌صورت مشابه با ابتلای فرزندان به اضطراب اجتماعی ارتباط پیدا می‌کند. در مقابل پژوهش بوگلس[7] و همکاران (۲۰۱۱) نشان داد که مادران در حکم آموزش‌دهندگان احتیاط در فضاهای اجتماعی به فرزندانی هســـتند که از سطح اضطرابی معمولی برخوردارند، در حالی‌که پدران به‌مثابه الگویی برای مقابله کردن با ترســـها و خطرهای محیط بیرون در میان فرزندانی با اضطراب اجتماعی بالا هستند. گاهی نیز یکی از والدین می‌تواند رفتارهای نامطلوب والد دیگر را جبران کند. دسته

1. Torres
2. Oei & Baranoff
3. Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel & Bögels
4. Rapee & Spence
5. Knappe, Beesdo, Felm, Lieb, Wittchen
6. Heider
7. Bögels

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

دیگری از مدلها بر الگوپذیری فرزندان از رفتار والدین تأکید دارند. برخی والدین این تفکر را به فرزندانشان القا می‌کنند که هیچ راه‌حلی برای مقابله با مشکلات وجود ندارد و حوادث خارج از کنترل آنهاست.

طرحواره‌های ناسازگار اولیه که یانگ مطرح کرده است به پنج حوزه بریدگی/طرد، خودگردانی/عملکرد مختل، محدودیتهای مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش به‌زنگی تقسیم می‌شود. سؤال اصلی این است که چگونه طرحواره‌های ناسازگار اولیه می‌تواند بر اضطراب اجتماعی بیافزاید و آن را تداوم بخشد. دراین‌باره می‌توان گفت شباهتهایی قابل‌توجه میان طرحواره‌های ناسازگاراولیه و باورهای شناختی افراد مبتلابه اضطراب اجتماعی وجود دارد. به‌طور مثال حوزه بریدگی و طرد شامل طرحواره‌هایی است که در آن فرد براین باور است که انتظاراتش مبنی بر پذیرفته‌شدن و احترام تحقق نمی‌پذیرد؛ این درحالی است که ترس از طردشدن و ارزیابی منفی از سوی دیگران، نقش اصلی در رشد و حفظ اختلال اضطراب اجتماعی دارد (ویکس و هاول [1]، ۲۰۱۲). بنابر نظر کلارک و ولز [2] (۱۹۹۵) مبتلایان به اضطراب اجتماعی در موقعیتهای اجتماعی، ارزیابی بسیار فاجعه‌آمیزی از طرد و از دست دادن جایگاهشان نزد دیگران دارند. همین‌طور طرحواره نقص و شرم در حوزه طرد و بریدگی، شامل این باور فرد است که خود را دچار نقص، دوست‌داشتنی نبودن و ناتوان در بسیاری از زمینه‌ها می‌داند. این در حالی است که ادراک منفی نسبت به خود و تواناییهای خود از جمله ویژگیهای اصلی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی است.

حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شامل عدم همخوانی میان انتظارات فرد از خود و محیط با تواناییهای اوست. طرحواره شکست در این حوزه به معنای باور فرد مبنی بر بی‌استعداد، نالایق و شکست‌خورده بودن است. بر مبنای این طرحواره فرد چنین تصور می‌کند که همواره در موقعیتهای اجتماعی ناشیانه عمل کرده و شکست خواهد خورد. در باورهای فرد دچار اضطراب اجتماعی نیز چنین ویژگیهایی وجود دارد (ترنر [3]، جانسون [4]، بایدل، هایزر [5] و لیدیارد [6]، ۲۰۰۳).

حوزه دیگرجهت‌مندی بر تمرکز افراطی بر خواسته‌های دیگران متمرکز است. طرحواره اطاعت در این حوزه به این معناست که فرد به اجبار و یا برای اجتناب از طردشدن از سوی دیگران همواره تحت کنترل آنهاست. در طرحواره پذیرش‌جویی نیز شخص تمام تلاش خود را برای پذیرش از سوی دیگران و کسب تحسین و توجه از آنها انجام می‌دهد. بنابر نتایج پژوهشها افراد دچار اضطراب اجتماعی نیز برای اجتناب از طرد از سوی دیگران و کامل و بی‌نقص جلوه کردن نزد آنها انگیزه بالایی دارند (نپون، فلت، هویت، مولنار [7]، ۲۰۱۱).

1. Weeks & Howell
2. Clark & Wells
3. Turner
4. Johnson
5. Heiser
6. Lydiard
7. Nepon, Flett, Hewitt & Molnar

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

حـــوزه گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری از دیگر حوزه‌هاســـت. افراد دارای طرحواره معیارهای سرســـختانه/عیب‌جویی افراطی در این حوزه، برای پیشگیری از انتقاد دیگران، معیارهایی بلندپروازانه برای رفتار خود دارند. کمال‌گرایی و ترس از برآورده نشـــدن توقعات دیگران در مبتلایان به اضطراب اجتماعی بیانگر همین طرحواره اســـت. ترس از احمق و بی‌کفایت به‌نظر رســـیدن در مفهوم‌پردازی کمال‌گرایانه وجود دارد. کمالگرایان به علت ضعف در احســـاس شایستگی خود، برای احساس امنیت نیازمند تأیید دیگران هســـتند و تلاش‌شـــان برای کامل بودن راهی است برای تأیید بیشتر از جانب دیگران. اتخاذ اســـتانداردهایی برای کامل بودن ممکن است دو نتیجه متفاوت ایجاد کند؛ یکی تلاش برای کسب موفقیتهای بیشتر و دیگری ترس از ارزیابی منفی مردم در مورد خود. پژوهش دیبارتولو، لی[1] و فراســـت[2] (۲۰۰۸) نشـــان داد که تلاش برای موفقیت و ترس از ارزیابی منفی مردم با اضطراب اجتماعی رابطه دارد.

طرحـــواره بازداری هیجانی در حوزه گوش‌به زنگی و بـــازداری بیش از حد، به معنای پنهان کردن افراطی احساســـات و هیجانات فرد به‌منظور اجتناب از طرد شدن از سوی دیگران و احساس شرمندگی نزد آنهاســـت. بنابر پژوهشهای انجام شده میان مشـــکل در تنظیم هیجانات و اضطراب اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد. در پژوهشی که ترک، هایمبرگ، لوترک، منین و فرسکو[3] (۲۰۰۵) در مورد بی‌نظمی هیجانی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر و گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام داده اند، مشخص شـــده که افراد مبتلا به اضطراب فراگیر بیان احساســـی بیشتری در مقایســـه با مبتلایان به اضطراب اجتماعی داشته‌اند. افراد دچار اضطراب اجتماعی بیشتر احساسات مثبت و منفی‌شان را کنترل و پنهان می‌کرده‌اند.

تحقیقاتی نیز در مـــورد طرحواره‌های غالب در افراد مبتلابه اضطراب اجتماعی انجام‌گرفته‌اســـت. پینتو-گوویه، کاســـتیلیو، گالهاردو و کونیا[4] (۲۰۰۶) تحقیقاتی بر اساس مدل شناختی هراس اجتماعی (بـــک، امری و گرینبرگ[5]، ۱۹۸۵؛ کلارک و ولز، ۱۹۹۵؛ راپی و هایمبرگ[6]، ۱۹۹۷) انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که مبتلایان به هراس اجتماعی متمایزند از بیماران مبتلابه سایر اختلالات اضطرابی، در طرحواره‌هایی که موضوعات‌شـــان مربوط به احساس کارآمدی و عدم صلاحیت در مقابله با موقعیتهای اجتماعی اســـت. همچنین هر دو گروه مبتلا به هراس اجتماعی و مبتلایان ســـایر اختلالهای اضطرابی نسبت به گروه عادی در بیشتر زیرمقیاسهای پرسشنامه طرحواره یانگ، دارای امتیازی بالاتر بودند. این طرحواره‌ها نشان می‌دهند که نیازهای افراد مبتلا به هراس اجتماعی در زمینهٔ مورد محبت واقع شدن

1. Li
2. Frost
3. Turk, Heimberg, Luterek, Mennin & Fresco
4. Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo, Cunha
5. Beck, Emery & Greenberg
6. Heimberg

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

و روابط عاطفی باثبات برآورده نمی‌شود. در طرحواره وابستگی هم میان مبتلایان به هراس اجتماعی و دو گروه دیگر تفاوت وجود داشـــته است. مبتلایان به هراس اجتماعی ممکن است این تصور را در مورد خود داشته باشند که نمی‌توانند به‌تنهایی از پس موقعیتهای اجتماعی برآیند و از حضور در این موقعیتها اجتناب می‌کنند.

افزایش دانش در زمینه آسیب‌شناسی و سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی در درمان و پیشگیری از این اختلال بســیار مؤثر اســت. این پژوهش برای بررســی نقش والدین در افزایش آســیب‌پذیری دانش‌آموزان در برابر اضطراب اجتماعی، ادراک دانش‌آموزان از ســبک فرزندپروری والدین را به تفکیک ســبک فرزندپروری مادر و پــدر در دو گروه مبتلایان به اضطراب اجتماعــی و گروه بهنجار با یکدیگر مقایســه می‌کند. علاوه بر ایــن مطالعات متعددی نقش حوزه‌های گوناگون طرحــواره را در اختلالات روانی گوناگون مثل افسردگی، اختلالات شخصیت و اختلالات خوردن تبیین کرده‌اند، اما این تحقیقات در مورد نقش طرحواره‌های ناســازگار اولیه در ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اندک اســت. پژوهش حاضر طرحواره‌های ناســازگار اولیه را در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار مقایسه می‌کند. شــایان ذکراســت از آنجایی که طبق مطالعات صورت‌گرفته تعداد زنان مبتلا بــه اضطراب اجتماعی بالاتر از مردان است، در این پژوهش دختران مورد بررسی و پژوهش قرارگرفته‌اند.

سؤالات این پژوهش عبارت‌اند از:

۱. آیا میان ادراک از سبک فرزندپروری مادر، در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار تفاوت وجود دارد؟

۲. آیا میان ادراک از سبک فرزندپروری پدر، در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار تفاوت وجود دارد؟

۳. آیا میان طرحواره‌های ناســازگار اولیه در مبتلایان بــه اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار تفاوت وجود دارد؟

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع علی- مقایسه‌ای است. جامعه آماری این پژوهش همه دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوســطه مشغول به تحصیل در دبیرســتانهای دخترانه شهرستان بهارستان در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بوده اســت. دلیل انتخاب کردن دختران این است که پژوهشهای همه‌گیرشناسی نشان می‌دهند که اضطراب اجتماعی در زنان شایع‌تر از مردان است.

نمونه پژوهش مرکب از دو گروه مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار بود. برای دسترســی

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

به نمونه موردنظر ابتدا آماری از همهٔ دبیرستانهای دخترانه دوره دوم متوسطه تهیه شد. سپس به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعدادی از دبیرستانها انتخاب شدند. در مرحله بعد با مراجعه به دبیرستانها و انتخاب کردن ۲۷۰ نفر از دانش‌آموزانی که ۱۶ تا ۱۸ سال داشتند، روند پژوهش در دو مرحله به اجرا درآمد. در مرحله اول دو پرسشنامه اضطراب اجتماعی SPIN (کانر و همکاران،۲۰۰۰) و پرسشنامه سلامت روان GHQ-28 (گلدبرگ و هیلیر،۱۹۷۹)، میان دانش‌آموزان توزیع شـد. پس از آن توضیحات لازم دربارهٔ پژوهش درحال انجام و محرمانه‌بودن اطلاعات به دانش‌آموزان داده شد. پرسشنامه‌ها گردآوری و سپس دسـته‌بندی شـدند. با توجه به کل جامعه آماری و قرار دادن آن در فرمول انتخاب حجم نمونه و نیز با مراجعه به پژوهشهای مشابه، تعداد ۷۰ دانش‌آموز مبتلابه اضطراب اجتماعی انتخاب شدند که نمره آنها بالاتراز نقطه برش بود. همین‌طور تعداد ۷۰ دانش‌آموزی که در پرسشنامه سلامت روان نمره پایین‌تر از نقطه برش یعنی ۲۳ را گرفته بودند و نمره آنها در پرسشنامه اضطراب اجتماعی پایین‌تر از نقطه برش بود انتخاب شدند و در گروه بهنجار قرار گرفتند. در مرحله دوم با کسب رضایت از دانش‌آموزان انتخاب شده در دو گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار پرسشنامه فرزندپروری یانگ (YPI) و پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ (YSQ-SF)[1] توزیع شد.

● ابزارهای گردآوری داده‌ها

برای سـنجش اضطراب اجتماعی از پرسشـنامه اضطراب اجتماعی (SPIN)[2] اسـتفاده شد. این پرسشنامه را نخستین بار کانر[3] و همکاران (۲۰۰۰) به‌منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه کرده‌اند. این پرسشـنامه در سـه حیطه علایم بالینی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکـی اطلاعاتی را ارائه می‌کنـد. پژوهش رضایی دوگاهه (۲۰۱۳) درباره ویژگیهای روانسـنجی این پرسشـنامه روی ۳۳۰ فرد ۳۸-۱۸ سـاله، نشـان‌داد که اعتبار درونی این آزمون (آلفای کرونبـاخ) در هر دو گروه مبتلا به اضطـراب اجتماعی و گروه غیربالینی برابر با ۰/۶۶ تا ۰/۸۷ بوده اسـت. همچنین پایایی آن از طریق روش بازآزمایی درگروه غیربالینی برابر با ۰/۸۹ بوده اسـت. این پرسشـنامه دارای ۱۷ ماده است که دارای مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است و براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای درجه‌بندی می‌شـود. ۱۷ آیتم از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شوند و نمرات هر آیتم برای دسـتیابی به یک نمره کل با دامنه صفر تا ۶۸ با هم جمع بسـته می‌شوند. هر چه نمره فرد بالاتر باشـد، نشان‌دهنده شدت اختلال در فرد اسـت. نمره ۱۹ به بالا نشان‌دهنده وجود مشکل است و نمره ۴۰ به بالا شدت اختلال را در فرد نشان می‌دهد.

1. Young Schema Questionnaire-Short Form
2. Social Phobia Inventory
3. Connor

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

برای یافتن دانش‌آموزان دارای سلامت روان از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)[1] استفاده شده است. این پرسشنامه را گلدبرگ و هیلیر[2] در سال ۱۹۷۹ ساخته اند. در این پژوهش از فرم ۲۸ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شده‌است. این پرسشنامه چهار خرده‌آزمون نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی دارد. هر خرده‌آزمون هفت عبارت و هر عبارت چهار گزینه برای انتخاب دارد که آزمودنی بنابر شرایط خود یکی از آنها را انتخاب می‌کند و نمرات به ترتیب ۰-۱-۲-۳ نمره‌گذاری می‌شوند. از این آزمون برای هر فرد پنج نمره به‌دست می‌آید. چهار نمره مربوط به خرده‌آزمونها و یک نمره کلی آزمون. در مطالعه‌ای که تقوی (۱۳۸۰) برای سنجش اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی فرم ۲۸ سؤالی در میان دانشجویان ایرانی انجام داده است، ضریب اعتبار (پایایی) برای کل پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۲ بوده است. ضریب آلفا برای کل پرسشنامه ۰/۹۰ و برای خرده‌آزمونهای علایم جسمانی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۸۴، ۰/۶۱ و ۰/۸۸ بوده که بسیار رضایت‌بخش است. برای مطالعه روایی پرسشنامه سلامت عمومی یکی از روشها همبستگی میان خرده‌آزمونها بوده که ضریب همبستگی میان خرده‌آزمونها با نمره کل درحد رضایت‌بخش و میان ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ متغیر بوده است. پالاهنگ، نصر، براهنی و شاه محمدی (۱۳۷۵) دریافتند که بهترین نقطه برش GHQ-28 برای مردان ایرانی ۲۲ است.

برای سنجش ادراک دانش‌آموزان از سبک فرزندپروری والدین‌شان از پرسشنامه فرزندپروری یانگ (YPI)[3] استفاده شده است. این پرسشنامه یک ابزار اولیه برای شناسایی ریشه‌های کودکی طرحواره‌هاست که دارای ۷۲ آیتم است و در آن پاسخ‌دهنده، پدر و مادر خود را به‌طور جداگانه بر اساس نوع رفتاری که با وی داشته‌اند، در یک مقیاس ۶ درجه‌ای رتبه‌بندی می‌کند. آیتمهای این پرسشنامه نیز بر اساس طرحواره‌ها گروهبندی شده‌اند. نمره‌گذاری YPI مانند پرسشنامه طرحواره یانگ است. همهٔ گزینه‌هایی که فرد در آن نمره پنج یا شش گرفته است قابل‌بررسی است. تنها استثناء در مورد گزینه‌های یک تا پنج است که ریشه‌های طرحوارهٔ محرومیت هیجانی را بررسی می‌کنند و به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند و نمره‌های پایین مربوط به ریشه‌های طرحوارهٔ محرومیت هیجانی است. هر آیتمی در این پرسشنامه که نمره بالا کسب کند، می‌تواند به منزلهٔ ریشهٔ یک طرحواره معنادار باشد. شفیلد، والر، امانوئلی، موری و میر[4] (۲۰۰۶) ویژگیهای روان‌سنجی پرسشنامه YPI را مورد مطالعه قرار دادند. نتایج مطالعهٔ آنها درباره پایایی، نشان‌دهندهٔ آلفا کرونباخ با دامنه ۰/۹۰-۰/۷۰ بود. همچنین نتایج بازآزمایی بیانگر پایایی بالا و اعتبار سازه درحد قابل‌قبول بود. در ایران نیز این پرسشنامه را یزدان‌دوست، عاطف‌وحید و صلواتی (۱۳۸۶) ترجمه و

1. General Health Questionnaire
2. Goldberg & Hillier
3. Young Parenting Inventory
4. Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray & Meyer

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

ترجمه مجدد کرده‌اند، سپس روی ۶۰ دانشجوی ایرانی اجرا شده است و از طریق روش دو نیمه‌سازی، برای فرم مادر ضریب پایایی ۰/۶۹ و برای فرم پدر ضریب پایایی ۰/۸۰ به‌دست آمده است.

برای سنجش طرحواره ناسازگار اولیه از پرسشنامه طرحواره ناسازگار اولیه یانگ (یانگ، ۱۹۹۸) استفاده شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارش‌دهی ۷۵ گویه‌ای‌است که ۱۵ طرحواره ناکارآمد را با طیف لیکرت روی یک مقیاس ۶ درجه‌ای از کاملاً درست تا کاملاً غلط درجه‌بندی می‌کند. این طرحواره‌ها در پنج حوزه بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، محدودیتهای مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداری، دسته‌بندی می‌شوند. هر خرده‌مقیاس یا طرحواره پنج گزینه دارد. اگر فردی به دو گزینه از هر پنج گزینه خرده‌مقیاس‌ها نمره پنج یا شش دهد بدان معناست که آن طرحواره یا خرده‌مقیاس را دارد. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران را آهی (۱۳۸۵) روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه تهران انجام داده و همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ در افراد مونث ۰/۹۷ و در افراد مذکر ۰/۹۸ به‌دست آمده است. روایی واگرا و همگرای این پرسشنامه در زمینهٔ سازه‌های مفهومی مانند عزت‌نفس، درماندگیهای روان‌شناختی، اختلالات شخصیتی و نگرشهای ناکارآمد مرتبط با افسردگی، نشان داد که همبستگی معناداری میان پرسشنامه طرحواره یانگ (فرم ۷۵ سؤالی) و متغیرهای معیار انتخاب شده وجود دارد.

از آنجا که پرسشنامه فرزندپروری و طرحواره‌های ناسازگار اولیه به‌کارگرفته شده در این پژوهش دارای مقیاس اسمی بوده از روشهای آماری ناپارامتریک برای تجزیه و تحلیل نتایج آن استفاده شده است. در قسمت آمار استنباطی ابتدا از طریق آزمون نسبت، نسبت متغیرهای مورد نظر در هر دو گروه برآورد شده، سپس با استفاده از آزمون Z تفاوت میان نسبتها سنجیده شده است..

یافته‌ها

در پاسخ به سؤال اول پژوهش، نتایج نشان داده که میان مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار در سبکهای ادراک شده فرزندپروری مادر رهاشدگی، نقص/ شرم، شکست، اطاعت و تنبیه در سطح $p < ۰/۰۱$ و خویشتنداری/ خودانضباطی ناکافی در سطح $p < ۰/۰۵$ تفاوت معنادار وجود دارد. سبک مادر مبتنی بر محرومیت هیجانی دارای تفاوت معنادار در دو گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی و بهنجار است و نسبت آن در گروه بهنجار بالاتر است و گروه مبتلایان به اضطراب اجتماعی در سبکهای فرزندپروی ادراک‌شده مادر مبتنی بر رهاشدگی، نقص/شرم، شکست، اطاعت، خویشتنداری/ خودانضباطی ناکافی و تنبیه، دارای نسبت بالاتری در مقایسه با گروه بهنجارند. نتایج در جدول ۱ ارائه شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

جدول ۱. آزمون معناداری تفاوت نسبت سبکهای والدینی‌ادراک شده مادر در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار

سبک فرزندپروری ادراک‌شده مادر	گروه	نسبت	خطای استاندارد نسبت	z	سطح معناداری
محرومیت هیجانی	مبتلا	۰/۷۸۶	۰/۰۵۵	-۳۵۰,۳	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۹۷۱			
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	مبتلا	۰/۳۲۹	۰/۰۶۹	۳/۳۰۱	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۱۰			
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	مبتلا	۰/۱۰	۰/۰۴۲	۱/۷۱۰	۰/۰۹۱۷۶
	بهنجار	۰/۰۲۹			
آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری	مبتلا	۰/۸۲۹	۰/۰۵۵	-۱/۸۱۴	۰/۰۷۴۰۲
	بهنجار	۰/۹۲۹			
وابستگی /بی‌کفایتی	مبتلا	۰/۴۸۶	۰/۰۸۳	۱/۸۹۰	۰/۰۶۲۹۲
	بهنجار	۰/۳۲۹			
نقص/ شرم	مبتلا	۰/۵۲۹	۰/۰۸۰	۴/۸۳۵	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۱۴۳			
شکست	مبتلا	۰/۴۰	۰/۰۷۵	۳/۴۱۹	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۱۴۳			
اطاعت	مبتلا	۰/۴۵۷	۰/۰۷۷	۴/۰۵۴	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۱۴۳			
ایثارگری	مبتلا	۰/۶۸۶	۰/۰۸۱	۱/۲۳۰	۰/۲۲۳۰۳
	بهنجار	۰/۵۸۶			

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

(ادامه) جدول ۱.

سبک فرزندپروری ادراک‌شده مادر	گروه	نسبت	خطای استاندارد نسبت	Z	سطح معناداری
معیارهای سرسختانه	مبتلا	۰/۹۱۴	۰/۰۴۷	۰/۰۰۰	۱
	بهنجار	۰/۹۱۴			
استحقاق/ بزرگ‌منشی	مبتلا	۰/۶۸۶	۰/۰۸۰	۰/۵۰۲	۰/۶۱۷۴۴
	بهنجار	۰/۶۴۶			
خویشتنداری/ خودانضباطی ناکافی	مبتلا	۰/۶۴۳	۰/۰۸۴	۲/۰۴۸	۰/۰۴۴۳۲**
	بهنجار	۰/۴۷۱			
گرفتار	مبتلا	۰/۸۷۱	۰/۰۶۳	۱/۱۲۳	۰/۲۶۱۱۳
	بهنجار	۰/۸۰			
منفی‌گرایی/ بدبینی	مبتلا	۰/۷۸۶	۰/۰۶۸	-۰/۴۱۴	۰/۰۶۸۰۰۷
	بهنجار	۰/۸۱۴			
بازداری هیجانی	مبتلا	۰/۸۰	۰/۰۷۲	۱/۱۸۶	۰/۲۳۹۵۹
	بهنجار	۰/۷۱۴			
تنبیه	مبتلا	۰/۶۲۹	۰/۰۸۴	۳/۳۵۵	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۳۲۹			
پذیرش‌جویی	مبتلا	۰/۹۲۹	۰/۰۵۵	۱/۸۱۴	۰/۰۷۴۰۲
	بهنجار	۰/۸۲۹			

*** $P < ۰/۰۱$ ** $P < ۰/۰۵$

سؤال دوم پژوهش این بود که آیا میان سبک فرزندپروری ادراک‌شده پدر در گروه مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار تفاوت وجود دارد؟ نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

جدول ۲. آزمون معناداری تفاوت نسبت سبکهای فرزندپروری ادراک شده پدر در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار

متغیر	گروه	نسبت	خطای استاندارد نسبت	Z	سطح معناداری
محرومیت هیجانی	مبتلا	۰/۷۷۱	۰/۰۸۳	۳/۹۷۳	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۴۴۳			
رهاشدگی/ بی‌ثباتی	مبتلا	۰/۳۸۶	۰/۰۷۶	۲/۶۱۸	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۱۸۶			
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	مبتلا	۰/۱۸۶	۰/۰۵۴	۲/۶۵۷	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۰۴۳			
آسیب‌پذیری به ضرر و بیماری	مبتلا	۰/۸۲۹	۰/۰۵۴	-۲/۱۲۲	۰/۰۳۷۴۲**
	بهنجار	۰/۹۴۳			
وابستگی/بی‌کفایتی	مبتلا	۰/۵۲۹	۰/۰۸۳	۳/۱۱۶	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۲۷۱			
نقص/ شرم	مبتلا	۰/۵۰	۰/۰۷۹	۴/۳۲۱	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۱۵۷			
شکست	مبتلا	۰/۴۵۷	۰/۰۷۹	۳/۴۳۳	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۱۸۶			
اطاعت	مبتلا	۰/۴۸۶	۰/۰۷۹	۳/۹۶۸	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۱۷۱			
ایثارگری	مبتلا	۰/۶۴۳	۰/۰۸۳	۱/۲۰۴	۰/۲۳۲۶۲
	بهنجار	۰/۵۴۳			

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

(ادامه) جدول ۲.

متغیر	گروه	نسبت	خطای استاندارد نسبت	Z	سطح معناداری
معیارهای سرسختانه	مبتلا	۰/۹۱۴	۰/۰۴۵	-۰/۳۳۰	۰/۷۴۲۴۴
	بهنجار	۰/۹۲۹			
استحقاق/ بزرگ منشی	مبتلا	۰/۶۰	۰/۰۸۱	-۱/۰۶۲	۰/۲۹۱۹۷
	بهنجار	۰/۶۸۶			
خویشتنداری/خودانضباطی ناکافی	مبتلا	۰/۶۸۶	۰/۰۸۳	۲/۴۰۲	۰/۰۱۸۹۹**
	بهنجار	۰/۴۸۶			
گرفتار	مبتلا	۰/۷۷۱	۰/۰۷۵	۱/۱۳۱	۰/۲۶۲۰۹
	بهنجار	۰/۶۸۶			
منفی‌گرایی/ بدبینی	مبتلا	۰/۸۲۹	۰/۰۶۷	۰/۶۴۵	۰/۰۵۲۰۹۲
	بهنجار	۰/۷۸۶			
بازداری هیجانی	مبتلا	۰/۸۵۷	۰/۰۶۵	۱/۰۹۷	۰/۲۷۶۵۰
	بهنجار	۰/۷۸۶			
تنبیه	مبتلا	۰/۵۷۱	۰/۰۸۴	۲/۸۷۸	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۳۲۹			
پذیرش‌جویی	مبتلا	۰/۸۱۴	۰/۰۶۸	۰/۴۱۴	۰/۶۸۰۰۷
	بهنجار	۰/۷۸۶			

*** $P < ۰/۰۱$ ** $P < ۰/۰۵$

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شـــود، در اکثر ســـبکهای فرزندپروری ادراک‌شده پدر، میان نسبت مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار از نظر آماری در سطح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ تفاوت وجود

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

دارد. میان مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار در سبکهای فرزندپروری ادراک شده پدر مبتنی بر محرومیت هیجانی، رهاشـــدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، نقص/ شـــرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، اطاعت و تنبیه با ســـطح معناداری $p < ۰/۰۱$ وخویشـــتنداری/خودانضباطی ناکافی با سطح معناداری $p < ۰/۰۵$ تفاوت معنادار وجود دارد. متغیر آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری نیز در دو گروه با سطح معناداری $p < ۰/۰۵$ دارای تفاوت معنادار بوده و نسبت آن در گروه بهنجار بالاتر از گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی است. بررسی یافته‌ها نشان می‌دهد که گروه مبتلایان به اضطراب اجتماعی بیشتر دارای سبکهای ادراک شده فرزندپروری پدر مبتنی بر محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، نقص/ شرم، شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی، اطاعت، تنبیه و خویشتنداری/خودانضباطی ناکافی‌اند.

سؤال سوم پژوهش این بود که آیا میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گـــروه بهنجـــار تفاوت معنادار وجود دارد؟ نتایج نشـــان داد که از نظر آماری در ســـطح ۰/۰۱ تفاوت وجود دارد. مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار در طرحواره‌های ناسازگار اولیه حوزه بریدگی و طرد شامل محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/ بیگانگی، نقص/ شرم، دارای نســـبت بیشتری در مقایسه با گروه بهنجار بودند. جدول ۳ نشان‌دهندهٔ تفاوت نسبت دو گروه در این حوزه اســـت. همچنین نتایج نشـــان داد که افراد مبتلابه اضطراب اجتماعی در طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل شـــامل شکســـت، وابستگی/ بی‌کفایتی و آســـیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، دارای نسبت بیشتری در مقایسه با گروه بهنجار بودند (جدول ۴).

جدول ۳. آزمون معناداری تفاوت نسبت طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ حوزه بریدگی و طرد در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار

طرحواره های ناسازگار اولیه	گروه	نسبت	خطای استاندارد نسبت	Z	سطح معناداری
محرومیت هیجانی	مبتلا	۰/۵۴۳	۰/۰۷۹	۵/۶۱۱	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۱۰			
رهاشدگی	مبتلا	۰/۶۸۶	۰/۰۸۵	۴/۴۰۲	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۳۱۴			
بی‌اعتمادی/ بدرفتاری	مبتلا	۰/۴۲۹	۰/۰۷۴	۴/۴۶۱	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۰۸۶			

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

(ادامه) جدول ۳.

طرحواره های ناسازگار اولیه	گروه	نسبت	خطای استاندارد نسبت	Z	سطح معناداری
انزوای اجتماعی/ بیگانگی	مبتلا	۰/۴۷۱	۰/۰۷۶	۵/۰۸۱	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۰۸۶			
نقص/ شرم	مبتلا	۰/۳۵۷	۰/۰۶۷	۴/۹۱۷	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۰۲۹			

*** P < ۰/۰۱ ** P < ۰/۰۵

جدول ۴. آزمون معناداری تفاوت نسبت طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ حوزه خودگردانی و عملکرد مختل در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار

طرحواره های ناسازگار اولیه	گروه	نسبت	خطای استاندارد نسبت	Z	سطح معناداری
شکست	مبتلا	۰/۲۴۳	۰/۰۵۸	۳/۶۹۳	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۰۲۹			
وابستگی/ بی‌کفایتی	مبتلا	۰/۲۱۴	۰/۰۵۴	۳/۷۲۳	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۰۱۴			
آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	مبتلا	۰/۳۷۱	۰/۰۶۸	۵/۰۵۸	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۰۲۹			
گرفتار	مبتلا	۰/۳۷۱	۰/۰۷۷	۱/۸۳۳	۰/۰۷۱۰۸
	بهنجار	۰/۲۲۹			

*** P < ۰/۰۱ ** P < ۰/۰۵

بنابر نتایج به‌دست آمده، گروه مبتلابه اضطراب‌اجتماعی با نسبت بیشتری در مقایسه با گروه بهنجار، دارای طرحواره‌های حوزه دیگرجهت‌مندی شامل اطاعت و ایثار بودند. جدول ۵ تفاوت نسبت دو گروه را در طرحواره‌های حوزه دیگرجهت‌مندی نشان می‌دهد.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

جدول ۵. آزمون معناداری تفاوت نسبت طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ حوزه دیگر جهت‌مندی

طرحواره های ناسازگار اولیه	گروه	نسبت	خطای استاندارد نسبت	Z	سطح معناداری
اطاعت	مبتلا	۰/۳۵۷	۰/۰۶۷	۴/۹۱۷	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۰۲۹			
ایثار	مبتلا	۰/۶۵۷	۰/۰۸۴	۳/۰۴۶	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۴۰			

*** P < ۰/۰۱ ** P < ۰/۰۵

در حوزه گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری، نتایج نشان داده که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی در طرحواره بازداری هیجانی دارای نسبت بیشتر و در طرحواره معیارهای سرسختانه بدون تفاوت معنادار بوده است. جدول ۶ جزئیات این تفاوت را نشان می‌دهد.

جدول ۶. آزمون معناداری تفاوت نسبت طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار

طرحواره های ناسازگار اولیه	گروه	نسبت	خطای استاندارد نسبت	Z	سطح معناداری
بازداری هیجانی	مبتلا	۰/۵۴۳	۰/۰۸۲	۴/۱۹۹	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۲۰			
معیارهای سرسختانه	مبتلا	۰/۶۷۱	۰/۰۸۳	۱/۷۱۵	۰/۰۹۰۸۷
	بهنجار	۰/۵۲۹			

*** P < ۰/۰۱ ** P < ۰/۰۵

نتایج تحلیل داده‌ها در حوزه محدودیتهای مختل نشان داد که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی در طرحواره استحقاق/ بزرگ‌منشی با سطح معناداری ۰/۰۵ دارای تفاوت معنادار با گروه بهنجار است. همین‌طور در طرحواره خویشتنداری/ خودانضباطی ناکافی، گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی با سطح معناداری ۰/۰۱ دارای تفاوت معنادار با گروه بهنجار است. به این معنا که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی با نسبت بیشتری از این دو طرحواره در مقایسه با گروه بهنجار برخوردارند (جدول ۷).

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

جدول ۷. آزمون معناداری تفاوت نسبت طرحواره‌های ناسازگار اولیهٔ حوزه محدودیتهای مختل در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار

طرحواره های ناسازگار اولیه	گروه	نسبت	خطای استاندارد نسبت	Z	سطح معناداری
استحقاق	مبتلا	۰/۵۸۶	۰/۰۸۴	۲/۵۴۶	۰/۰۱۳۱۲**
	بهنجار	۰/۳۷۱			
خویشتنداری/ خودانضباطی ناکافی	مبتلا	۰/۵۰	۰/۰۸۱	۳/۳۳۱	۰/۰۰۰***
	بهنجار	۰/۲۲۹			

*** $P < ۰/۰۱$ ** $P < ۰/۰۵$

بحث و نتیجه‌گیری

بنابر نتایج به‌دست آمده افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با نسبت بیشتر در مقایسه با گروه بهنجار، مادران خود را از نظر عاطفی بی‌ثبات، غیرقابل پیش‌بینی و اعتمادناپذیر معرفی کرده‌اند که بر این اساس نمی‌توانند در مورد دریافت محبت و برقراری ارتباط به آنها اعتماد کامل داشته باشند.

بر اساس نظریه دلبستگی کودکانی که دلبستگی مضطربانه/مقاوم دارند، دارای مادرانی هستند که دمدمی مزاج‌اند. این مادران بیشتر مواقع حساس نیستند و زیاد خود را درگیر فرزندانشان نمی‌کنند، در مواقع ضروری حضور ندارند و غیرقابل پیش‌بینی‌اند. بنابراین داشتن حساسیت کافی نسبت به فرزندان عامل کلیدی در ایجاد دلبستگی ایمن در آنهاست (کاپلان، ۱۳۹۰). بر اساس پژوهش‌های گوناگون مانند پژوهش آیرنز و گیلبرت[1] (۲۰۰۵) سبک دلبستگی ایمن پیش‌بینی‌کننده‌ای مناسب برای اضطراب اجتماعی پایین است و دلبستگی ناایمن احتمال ابتلا به اضطراب اجتماعی را افزایش می‌دهد.

براساس پژوهش حاضر گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی با نسبت بیشتر مادران خود را انتقادکننده، تحقیرکننده، سرزنشگر و عیبجو معرفی کرده‌اند. انتقادگری و تحقیرکنندگی مادر می‌تواند از طریق ایجاد باورهای ناکارامد در فرزند سبب ایجاد اضطراب اجتماعی در او شود. بنابر نظر یانگ (۱۹۹۸) عوامل متفاوتی در دوران زندگی فرد سبب ایجاد طرحواره‌های ناکارامد در او می‌شود که یکی از مهم‌ترین آن عوامل والدین هستند. مادر سرزنشگر و عیبجو ممکن است

1. Irons & Gilbert

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

این باور را در فرزندش ایجاد کند که ناقص و ناتوان اســت و نخواهد توانســت نظر مساعد دیگران را بــه خود جلب کند؛ بنابراین کم‌کم از موقعیتهــای اجتماعی که او را در معرض ارزیابی دیگران قرار می‌دهد، می‌گریزد و یا انتقاد دیگران او را به‌شــدت مضطرب می‌کند. نتایج به‌دست آمده در این پژوهش نشــان می‌دهد که با توجه به نسبت بالای افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در متغیر اطاعت در مقایسه با گروه بهنجار، آنها به میزان بیشتری مادران خود را کنترل‌گر و محدودکننده معرفی کرده‌اند. بنابر نظر آنها مادرانشان به خواسته‌های آنها اهمیتی نمی‌دادند و نظرات خود را بر آنها تحمیل می‌کردند و فرصت انتخاب را از آنها می‌گرفتند. کنترل به معنای الگوهای نظم‌بخشی فراوان فعالیتها، تصمیم‌گیری اســتبدادی والدین و ســازماندهی چگونگی فکرکردن، جزء عواملی اســت که سبب وابســتگی بیش از حد فرزندان و سلطه‌گر پنداشتن ســایر محیطهای اجتماعی می‌شــود (وود[1] و همکاران، ۲۰۰۳). بر این اســاس کودک به دلیل وابستگی بیش از حد و کنترل بیش از حد والدین، کارآمدی و مهارت لازم را برای روبه‌روشــدن با موقعیتهای جدید نمی‌آموزد و دچار اضطراب می‌شــود. این والدین با ایجاد کنترل بیشتر نسبت به فرزندانشان، مانع تحول خود کودکان شــده و آنها را مستعد پذیرش این مساله می‌کنند که همیشه باید اطاعت کنند، بنابراین قدرت تصمیم‌گیری خود را از دست می‌دهند (شفیلد و همکاران، ۲۰۰۵). گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی در متغیر خویشــتنداری و خودانضباطی ناکافی ناشی از سبک فرزندپروری مادر، دارای نسبت بیشتر در مقایسه با گروه بهنجار بودند. این بدان معناست که آنها مادران خود را سهل‌انگار و بی‌نظم معرفی کرده‌اند. همین‌طور گروه مبتلا در متغیر تنبیه ناشــی از سبک فرزندپروری مادر در مقایســه با گروه بهنجار، مادران خود را تنبیه‌کننده می‌دانستند به گونه‌ای که نمی‌توانستند از اشتباهات فرزندانشان چشم‌پوشی کنند و نقصها و کمبودهای واقعی آنها را بپذیرند و اگر مرتکب اشــتباهی می‌شدند بشــدت مادرانشان آنها را ســرزنش یا تنبیه می‌کردند. سرزنش و انتقادگری اعتمادبه نفس فرزندان را ســلب می‌کند و زمینه‌ساز اضطراب اجتماعی است. بنابر مدل شناختی بک و همکاران (۱۹۸۵) وقتی فردی به باورهایی مانند اینکه «من بی‌عرضه‌ام» یا «مردم همیشه به‌دنبال ارزیابی منفی و یافتن نقاط ضعف من هســتند» برسد، از اینکه در موقعیتهای اجتماعی قرار گیرد اجتناب می‌کند، زیرا از ســرزنش و انتقاد کردن آنها می‌گریزد. در متغیرهای محرومیت هیجانی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و منفی‌گرایی/ بدبینی بر اساس سبک فرزندپروری ادراک شــده مادر، نسبت به‌دست آمده در هر دو گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار تقریباً برابر و در برخی موارد در گروه بهنجار بیشــتر است. این در حالی است که این طرحواره‌ها در گروه بهنجار نســبت پایینی دارند. به‌طور مثال محرومیت هیجانی متغیری اســت که نسبت بیشــتری در گروه بهنجار دارد، یعنی آنها با نســبت بیشتری مادران خود را محروم‌کننده عاطفی

1. Wood

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

معرفی کرده‌اند، در حالی‌که نسبت طرحواره محرومیت هیجانی در آنها بسیار اندک است. برای تبیین این مساله باید گفت که سبک فرزندپروری مادر تنها عامل شکل‌گیری طرحواره‌ها نیست. گاهی تفاوت در خلق و خو یا رابطه مثبت با پدر و همسالان یا وجود باورهای شناختی خاص در فرد به او کمک می‌کند که علی‌رغم داشتن مادری طرد کننده، در مسیر سلامت روان قرار گیرد. عدم تفاوت معنادار در برخی سبکهای فرزندپروری مادر مانند معیارهای سرسختانه را نیز می‌توان این‌گونه تبیین کرد که با توجه به همسانی میزان تحصیلات در مادران هر دو گروه و اینکه هر دو گروه مادرانی با سطح سواد پایین داشتند، بنابراین تفاوت چندانی در میزان آگاهی از سبکهای فرزندپروری صحیح و کارآمد در آنها وجود نداشته است. سؤال دوم این بود که آیا میان ادراک از سبک فرزندپروری پدر، در مبتلایان به اضطراب اجتماعی و گروه بهنجار تفاوت وجود دارد؟ بنابر نتایج، گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی با نسبت بیشتری سبک فرزندپروری پدران خود را مبتنی بر متغیرهای محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، وابستگی/بی‌کفایتی، نقص/شرم، شکست، اطاعت، خویشتنداری/ خودانضباطی ناکافی و تنبیه معرفی کرده‌اند. در توضیح بیشتر نتایج باید گفت افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با نسبت بیشتری در مقایسه با گروه کنترل پدران خود را محروم‌کننده هیجانی معرفی کرده‌اند، به این معنا که پدرانشان عطوفت، توجه و همراهی لازم را با آنها نداشته‌اند و آنها نتوانسته‌اند احساسات خود را با پدرانشان درمیان بگذارند. از سویی هم با توجه به نسبت بالایی که مبتلایان به اضطراب اجتماعی در سبک فرزندپروری پدر مبتنی بر رهاشدگی و بی‌ثباتی گرفته‌اند، پدران خود را بی‌ثبات، غیرقابل اعتماد و غیرقابل پیش‌بینی معرفی کرده‌اند. بدرفتاری/ بی‌اعتمادی نیز با نسبت بالایی در مبتلایان به اضطراب اجتماعی مشاهده می‌شود؛ این یعنی که آنها پدرانشان را بدرفتار و آسیب‌رسان و طرد کننده می‌دانند. همسو با نتیجه به‌دست آمده کناپه و همکاران (۲۰۱۲) ضعف در گرمای عاطفی پدر را با اضطراب اجتماعی فرزندان مرتبط می‌دانند. بنابر نظر بوگلس و همکاران (۲۰۱۱) رفتار پدر تأثیر بیشتری بر اضطراب اجتماعی بالای فرزندان مضطرب در مقایسه با رفتار مادر می‌گذارد. بنابر نظر آنها ضعف گرمای عاطفی پدر به همراه طردشدگی، سبب افزایش احساس نا امنی و جلوگیری از رشد مهارتها و شایستگیهای اجتماعی در فرزندان می‌شود.

بالا بودن نسبت بیشتر افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در متغیرهای وابستگی/ بی‌کفایتی، نقص و شرم و شکست در این پژوهش نشان‌دهنده این است که آنها پدران خود را تحقیرکننده و سرزنشگر می‌دانند. همان‌طوری‌که در قسمت مربوط به سبک فرزندپروری مادر اظهار شد، رفتارهای تحقیرآمیز والدین، منجر به احساس حقارت درونی فرزندان و عدم یادگیری مهارتهای اجتماعی در آنها می‌شود. گاهی ممکن است خلق‌وخوی اجتنابی در فرزند وجود داشته باشد، اما اقدامات تحقیرآمیز والدین باعث تداوم این خلق‌و خو و ایجاد مشکلات بیشتر در فرزندان می‌شود.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

نسبت بالای متغیر اطاعت نیز گویای روحیه کنترل‌گری و استبدادی پدران افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی است. همان‌گونه که پیشتر بیان شد، کنترل بیش از حد فرزندان از سوی والدین، سبب وابستگی بیش از حد فرزندان به والدین و تأثیرپذیری ادراک آنها از سلطه‌گری محیط می‌شود (وود و همکاران،۲۰۰۳).

بنابر نتایج این پژوهش، سبک مبتنی بر خویشتنداری/ خود انضباطی ناکافی، با نسبت بیشتری از سوی مبتلایان به اضطراب اجتماعی بیان شده است، به این معنا که آنها پدران خود را بی‌نظم و فاقد توانایی لازم برای جهت‌مندی و راهنمایی فرزندان معرفی کرده‌اند. این پدران توانایی راهنمایی فرزندان خود را برای مدیریت هیجانات و تکانه‌هایشان ندارند. علاوه بر این اگر فرزندان خلاف معیارها و انتظارات آنها پیش بروند، تنبیه خواهند شد. تنبیه فرزندان سبب می‌شود که نتوانند احساسات و ناراحتیهای خود را بیان کنند، بنابراین این هیجانها به‌صورت خشمی فروخورده در می‌آیند و به طریقی نامتعارف تخلیه می‌شوند. تنبیه شدن می‌تواند منجر به ایجاد باورهای شناختی با این مضامین شود که «من همیشه باید عاقلانه و منطقی رفتار کنم» یا «من انسانی دوست نداشتنی‌ام». این تفکرات فرد را با گذشت زمان از موقعیتهای اجتماعی دور می‌سازد چون همواره نگران ارزیابی منفی آنهاست (کلارک و ولز، ۱۹۹۵).

سؤال سوم پژوهش که دربارۀ ارتباط میان طرحواره‌های ناسازگار اولیه و اضطراب اجتماعی بود، به این نتیجه رسید که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در تمام طرحواره‌ها به‌جز طرحواره خود تحول‌نایافته/گرفتار و معیارهای سرسختانه با گروه بهنجار تفاوت معنادار داشتند، به این معنا که مبتلایان به اضطراب اجتماعی نسبت بیشتری از طرحواره‌ها را به خود اختصاص داده بودند. این تفاوت نسبت در طرحواره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/ شرم، شکست، وابستگی/ بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، استحقاق، خویشتنداری/ خودانضباطی ناکافی بوده است.

این یافته که مبتلایان به اضطراب اجتماعی دارای نسبت بالایی از طرحواره‌های محرومیت هیجانی، رهاشدگی/ بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/ بدرفتاری، نقص و شرم و انزوای اجتماعی هستند، همسو با پژوهشهایی است که نشان می‌دهند ترس از طردشدگی و ارزیابی منفی از سوی دیگران، نقش اصلی را در افزایش و تداوم اضطراب اجتماعی دارد (ویکس و هاول، ۲۰۱۲). همچنین همسو با پژوهشهایی است که به این نتیجه رسیده اند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به میزان زیادی خود را انسانی ناقص، دوست‌نداشتنی و بی‌ارزش می‌دانند. همین‌طور حساسیت بیش از حد نسبت به انتقاد، طردشدگی، سرزنش و مقایسه شدن با دیگران دارند.

بنابر نتایج پژوهش طرحواره بی‌اعتمادی/ بدرفتاری در گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی بیشتر از گروه بهنجار است. این یعنی مبتلایان به اضطراب اجتماعی این باور را دارند که دیگران به

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

آنها صدمه می‌زنند، دروغ می‌گویند و حیله‌گر و سودجو هستند و بر این اساس از موقعیتهای اجتماعی دوری می‌کنند یا دچار اضطراب فراوان می‌شوند. این نتیجه همسو با مطالعه پینتو-گوویه و همکاران (۲۰۰۶) است. آنها یکی از طرحواره غالب افراد مضطرب اجتماعی را بی‌اعتمادی/ بدرفتاری می‌دانند.

نتایج پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در طرحواره‌های حوزه خودگردانی و عملکرد مختل که شامل طرحواره‌های شکست، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و وابستگی بی‌کفایتی است، دارای نسبت بالاتری در مقایسه با گروه بهنجار بودند. این نتیجه همسو با پژوهشهایی است که نشان دادند که فرد دچار اضطراب اجتماعی خود را فردی شکست‌خورده می‌داند که هیچ‌گاه نمی‌تواند همانند همتایان خود به موفقیت دست‌یابد. بنابراین از موقعیتهای اجتماعی به دلیل ترس از شکست یا عملکرد ناشیانه دوری می‌کند (ترنر و همکاران، ۲۰۰۳).

بالا بودن نسبت طرحواره آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با گروه بهنجار نیز همسو با نتیجه پژوهش تراور[1] و گیلبرت (۱۹۸۹) است. بنابر نظر آنها طرحواره غالب افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بدین گونه است که هر محرک منفی در محیط اجتماعی می‌تواند منجر به بروز واکنشهای فیزیولوژیک، عاطفی و شناختی در آنها شود و رفتارهای اجتنابی را ایجاد کند.

بنابر نتایج به‌دست آمده طرحواره‌های حوزه دیگرجهت‌مندی؛ شامل طرحواره‌های اطاعت، ایثار و پذیرش‌جویی در مبتلایان به اضطراب اجتماعی دارای نسبت بیشتری در مقایسه با گروه بهنجار است. این نتیجه نیز همسو با نتایج پژوهش نپون و همکاران (۲۰۱۱) است که نشان می‌دهد نگرانی از طردشدگی و کامل و بی‌نقص جلوه‌کردن نزد دیگران زمینه را برای اضطراب اجتماعی فراهم می‌سازد. طرحواره ایثار نیز مانند اطاعت در بردارنده توجه مفرط به خواسته‌های دیگران است و نسبت آن در گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی بالاتر است.

بنابر پژوهش حاضر در حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری، طرحواره بازداری هیجانی نسبت بالایی در میان مبتلایان به اضطراب اجتماعی داشته است. به این معنا که این گروه برای اجتناب از طردشدگی و احساس شرمندگی نزد دیگران، به شدت از بروز احساسات خود ممانعت می‌کنند. در مطالعات اروین[2] و همکاران (۲۰۰۳) نیز مشاهده می‌شود که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بیش از گروه کنترل، احساسات منفی و حتی مثبت خود را بروز می‌دهند.

استحقاق و بزرگ‌منشی در پژوهش حاضر با نسبت بالایی در گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی مشاهده شده است، به این معنا که تمرکز افراطی بر برتری‌جویی و رقابت در گروه مبتلا به اضطراب

1. Trower
2. Erwin

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

اجتماعی وجود دارد. البته سطح معناداری تفاوت میان دو گروه مبتلا و بهنجار ۰/۰۵ درصد است. این نتیجه با نتیجه پژوهش پینتو- گاویا و همکاران متفاوت است. در پژوهش ایشان رابطه معکوس میان اضطراب اجتماعی و استحقاق و بزرگ‌منشی مشاهده شده است. شاید در دید کلی این نتیجه منطقی‌تر باشد، اما از دیدگاهی دیگر اگر بدانیم که لایه زیرین برتری‌جویی، جبران افراطی محرومیت هیجانی و نقص است شاید نتیجه به‌دست آمده در پژوهش حاضر دور از ذهن نباشد. این افراد به دلیل اینکه در دوران کودکی با محرومیتهای بسیار مواجه بوده‌اند، حال از سبک مقابله‌ای جبران افراطی استفاده می‌کنند و دست به دامن استحقاق می‌شوند تا مطمئن شوند نیازهایشان برآورده می‌شود (یانگ و همکاران، ۱۹۹۰).

طرحواره خویشتنداری و خودانضباطی ناکافی نیز با نسبت بالایی در مبتلایان به اضطراب اجتماعی در مقایسه با گروه بهنجار مشاهده شده است. شاید ترس از شکست فرد را از زیر بار مسئولیت رفتن باز می‌دارد. شخص در اینجا نیز از سبک مقابله‌ای جبران افراطی برای کنترل اضطراب خود استفاده می‌کند، یعنی با امتناع از پذیرش مسئولیت از تعارض جلوگیری می‌کند.

به‌طور کلی نتایج به‌دست آمده در پژوهش حاضر در چارچوبهای نظری مرتبط قابل تبیین است؛ همینطور با نتایج پژوهشهای بوگلز و همکاران (۲۰۱۱) و کناپه و همکاران (۲۰۱۲) همسوست.

توجه به این نکته لازم است که میان سبکهای فرزندپروری والدینی ادراک شده و ابتلای به اضطراب اجتماعی رابطهٔ علت و معلولی وجود ندارد، یعنی نمی‌توان با قاطعیت گفت که سبکهای فرزندپروری والدین سبب ایجاد طرحواره‌های ناسازگار اولیه و در پی آن ابتلای فرد به انواع آسیبهای روانی مانند اضطراب اجتماعی شده است، چراکه انسان موجودی چندبعدی است و عوامل گوناگون مانند وراثت، بلوغ، خلق‌وخو، آسیبهای دوران کودکی، تحت زورگویی قرار گرفتن و باورهای شناختی می‌توانند جزء عوامل خطرسازی باشند که فرد را با مشکلات هیجانی مثل حساسیت بالا به شرایط استرس‌زا، پاسخهای هیجانی و میان- فردی ناکارآمد و رفتارهای دوری‌گزینی از اجتماع و اختلال اضطراب اجتماعی مواجه سازند (میشل و برچوود[1]، ۲۰۱۴).

محدودیت این پژوهش استفاده از ابزارخودسنجی (پرسشنامه) برای سنجش متغیرهای پژوهش است. در ابزار خودگزارش‌ده فرد ممکن است شرایط خود را بدتر از آنچه هست نشان دهد. همینطور صرف مطالعه دختران تعمیم‌پذیری داده‌ها را خدشه‌دار می‌کند. همچنین استفاده از پرسشنامه کیفی، تجزیه و تحلیل آماری را با محدودیتهایی مواجه کرده است.

1. Michail & Birchwood

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

منابع

REFERENCES

آهی، قاســم. (۱۳۸۵). *هنجاریابی نسخه کوتاه پرسشنامه طرحواره یانگ*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی.

پالاهنگ، حسن؛ نصر، مهدی؛ براهنی، محمدنقی و شاه‌محمدی، داوود. (۱۳۷۵). بررسی همه‌گیرشناسی اختلالهای روانی در شهر کاشان. *اندیشه و رفتار*، ۲ (۴)، ۱۹-۲۷.

تقوی، سیدرضا. (۱۳۸۰). بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ). *مجله روانشناسی*، ۵ (۴)، ۳۸۱-۳۹۸.

صلواتی، مژگان. (۱۳۸۶). *طرحواره‌های غالب و اثربخشی طرحواره درمانی در بیماران زن مبتلا به اختلال شخصیت مرزی*. رساله دکتری روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران ایران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.

کاپلان، پاول اس. (۱۳۹۰). *روانشناســی رشد، سفر پرماجرای کودک*، ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران: مؤسسه خدمات فرهنگی رسا.

یانگ، جفری؛ کلوســکو، ژانت و ویشار، مارجوری. (۱۳۸۶). *طرحواره درمانی*، ترجمه حسن حمیدپور و زهرا اندوز. تهران: انتشارات ارجمند.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical mannual of mental disorders*: DSM-5 (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2005). *Childhood anxiety disorder: A guide to research and treatment*. New York: Routlege.

Bögels, S., Stevens, J., & Majdandzic, M. (2011). Parenting and social anxiety: Fathers' versus mothers' influence on their children's anxiety in ambiguous social situations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(5), 599-606.

Clark, D. M., & Wells, A.A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.

Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry, 176*, 379-386.

DiBartolo, P., Li, C., & Frost, R. (2008). How do the dimensions of perfectionism relate to mental health? *Cognitive Therapy and Research, 32*(3), 401-417.

Erwin, B. H., Heimberg, R. G., Schneier, M. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy, 34*(3), 331-350.

Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*(1), 139-145.

Heider, D., Matschinger, H., Bernert, S., Alonso, J., Brugha, T. S., & Bruffaerts, R., … ESEMeD/MHEDEA 2000 investigators. (2008). Adverse parenting as a risk factor in the occurrence of anxiety disorder: A study in six European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services, 43*(4), 266-272.

Hofmann, S., & DiBartolo, P. (2010). *Social anxiety: Clinical, developmental and social perspectives*. United States of America.

Irons, C., & Gilbert, P. (2005). Evolved mechanisms in adolescent anxiety and depression symptoms: The role of the attachment and social rank systems. *Journal of Adolescence, 28*(3), 325-341.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]

Kessler, R. C., Burglund, P., Demler, O., Jin, K. R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602.

Knappe, S., Beesdo-Baum, K., Felm, L., Lieb, R., & Wittchen, H. U. (2012). Characterizing the association between parenting and adolescent social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(5), 608-616.

Michail, M. B., & Birchwood, M. (2014). Social anxiety in first-episode psychosis: The role of childhood trauma and adult attachment. *Journal of Affective Disorders, 163*, 102-109.

Nepon, T., Flett, G. L., Hewitt, P. L., & Molnar, D. S. (2011). Perfectionism, negative social feedback, and interpersonal rumination in depression and social anxiety. *Canadian Journal of Behavioral Science, 43*(4), 297-308.

Oei, T. P. S., & Baranoff, J. (2007). Young schema questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology, 59*(2), 78-86.

Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy Research, 30*, 571-584.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy, 35*(8), 741-756.

Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*(7), 737-767.

Rezaei Dogaheh, E. (2013). Psychometric properties of Farsi version of the Social Phobia Inventory (SPIN). Procedia-*Social and Behavioral Sciences, 84*, 763-768.

Ryan, J. L. (2010). *Cognitive factor in childhood social anxiety: The role of hostile intent and fear of social evaluation*. (Doctoral dissertation). The University at Albany, State University of New York.

Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J., & Meyer, C. (2005). Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research, 29*(6), 787-802.

Stein, M.B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *Lancet, 371*(9618), 1115-1125.

Torres, C. (2002). *Early maladaptive schemas and cognitive disorders in psychopathy and narcissism*. (Unpublished doctoral dissertation). Australian National University.

Trower, P., & Gilbert, P. (1989). New theoretical conceptions of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review, 9*(1),19-35.

Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research, 29*(1), 89-106.

Turner, S. M., Johnson, M. R., Beidel, D. C., Heiser, N. A., & Lydiard, R. B. (2003). The social thought and beliefs scale: A new inventory for assessing cognitions in social phobia. *Psychological Assessment, 15*(3), 384-391.

Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy Research, 34*(4), 316-332.

Weeks, J. W., & Howell, A. N. (2012). The bivalent fear of evaluation model of social anxiety. Further integrating findings on fears of positive and negative evaluation. *Cognitive Behavior Therapy, 41*, 83-95.

Wood, J. J., McLeod, B.D., Sigman, M., Hwang, W. C., & Chu, B. C. (2003). Parenting and childhood anxiety: Theory, empirical findings and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*, 134-151.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

_____. (1994). *Young Parenting Inventory*. New York: Cognitive Therapy Center.

_____. (1998). *Young Schema Questionnaire Short Form* (1st ed.). New York: Cognitive Therapy Center.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-10-10]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1400.18.3.3.6]