Comparative Effectiveness of Psychodrama and Cognitive-Behavioral Therapy on Executive Functions, Cognitive Emotion Regulation, and Self-Talk in Adolescents with Social Anxiety Disorder

Roghayeh Ranjbar Shargh[1], Hadise Eyvazzadeh Gharajeh[2], Khatereh Maghsoudi [3], Fatemeh Gohari[4], Mohammadreza Noroozi Homayoon[4*]

[1]Department of Psychology, Khalkhal Branch, Islamic Azad University, Khalkhal, Iran
[2]Department of Cognitive Sciences, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran
[3]Department of Clinical Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran
[4]Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

Article Info:

Received: **8 Aug 2026** ***Revised:*** **6 Oct 2026** ***Accepted*****: 5 Nov 2026**

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to compare the effectiveness of psychodrama and cognitive-behavioral therapy (CBT) on executive functions, emotional cognitive regulation, and self-talk in adolescents with social anxiety disorder. ***Materials and Methods:*** The study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group and included adolescents aged 12–19 years diagnosed with social anxiety disorder during 2024–2025. The tools used were the La Greca Social Anxiety Scale for Adolescents (ASA), Calvete's Self-Talk Questionnaire (STQ), Garnefski's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and the BRIEF Executive Function Questionnaire. The interventions included 12 sessions of psychodrama and 8 sessions of CBT. ***Results:*** Both intervention groups (psychodrama and CBT) demonstrated significant improvements in executive functions and emotion regulation, alongside reductions in self-talk, compared with the control group. Furthermore, significant differences were observed between the two interventions across all three outcome variables. ***Conclusion:*** Overall, the findings suggest that psychodrama may serve as a complementary therapeutic approach to CBT for improving executive functions, cognitive emotion regulation, and self-talk in adolescents with social anxiety disorder.

Keywords:

1. Phobia, Social
2. Psychotherapy, Group
3. Memory, Short-Term

***Corresponding Author:** Mohammadreza Noroozi Homayoon
Email: *mohammadreza.noroozi1997@gmail.com*

Uncorrected Proof

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

اثربخشی مقایسه‌ای روان نمایشگری و درمان شناختی- رفتاری بر کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجان و خودگویی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

رقیه رنجبر شرق[۱]، حدیثه عیوض‌زاده قراجه[۲]، خاطره مقصودی[۳]، فاطمه گوهری[۴]، محمدرضا نوروزی همایون[۴*]

[۱] گروه روانشناسی، واحد خلخال، دانشگاه آزاد اسلامی، خلخال، ایران
[۲] گروه علوم شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران
[۳] گروه روانشناسی بالینی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران
[۴] گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

اطلاعات مقاله:
دریافت: ۱۷ مرداد ۱۴۰۵ اصلاحیه: ۱۴ مهر ۱۴۰۵ پذیرش: ۱۴ آبان ۱۴۰۵

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی روان نمایشگری و درمان شناختی- رفتاری بر کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجان و خودگویی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام شد. **مواد و روش‌ها:** این پژوهش از طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه استفاده کرد و شامل نوجوانان ۱۲ تا ۱۹ ساله مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در سال‌های ۱۴۰۳ تا ۱۴۰۴ بود. ابزارهای به کار رفته عبارت بودند از مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان لاگرکا، پرسشنامه خودگویی کالوته، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و پرسشنامه کارکردهای اجرایی بریف. مداخلات شامل ۱۲ جلسه روان نمایشگری و ۸ جلسه درمان شناختی- رفتاری بود. **یافته‌ها:** هر دو گروه مداخله (روان نمایشگری و درمان شناختی- رفتاری) در مقایسه با گروه گواه بهبود معنی‌داری در کارکردهای اجرایی و تنظیم هیجان و همچنین کاهش خودگویی نشان دادند. علاوه بر این، تفاوت‌های معنی‌داری میان دو مداخله در هر سه متغیر پیامد مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** به طور کلی، یافته‌ها نشان می‌دهند که روان‌نمایشگری می‌تواند به‌عنوان رویکردی درمانی مکمل برای درمان شناختی- رفتاری در بهبود کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجان و خودگویی در نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به کار رود.

واژه‌های کلیدی:

۱- هراس اجتماعی
۲- روان درمانی گروهی
۳- حافظه کوتاه مدت

***نویسنده مسئول:** محمدرضا نوروزی همایون

پست الکترونیک: *mohammadreza.noroozi1997@gmail.com*

Uncorrected Proof
[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

مقدمه

دوران نوجوانی یکی از حساس‌ترین مراحل تحول انسان است که با تغییرات هم‌زمان زیستی، شناختی، هیجانی و اجتماعی همراه است. در این دوره، رشد هویت، استقلال روانشناختی، تنظیم هیجان و شکل‌گیری روابط بین‌فردی پایدار، از مهم‌ترین تکالیف تحولی محسوب می‌شوند (۱). از این رو، بروز اختلالات روانشناختی در این مقطع می‌تواند مسیر رشد بهنجار را مختل کرده و پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت قابل توجهی بر سازگاری فرد برجای گذارد. در میان اختلالات شایع نوجوانی، اختلال اضطراب اجتماعی[1] به دلیل شیوع نسبتاً بالا، شروع زودهنگام و ماهیت مزمن و ناتوان‌کننده خود، جایگاه ویژه‌ای در ادبیات آسیب‌شناسی روانی دارد (۲). این اختلال با ترس شدید و پایدار از ارزیابی منفی، شرمساری یا طرد شدن در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی مشخص می‌شود و اغلب با اجتناب، درماندگی ذهنی و افت کارکرد اجتماعی و تحصیلی همراه است (۳).

در سال‌های اخیر، پژوهشگران تأکید کرده‌اند که اضطراب اجتماعی صرفاً یک مشکل رفتاری مبتنی بر اجتناب نیست، بلکه با اختلال در فرایندهای شناختی سطح بالا نیز ارتباط دارد. یکی از مهم‌ترین این فرایندها، کارکردهای اجرایی[2] است. کارکردهای اجرایی به مجموعه‌ای از توانایی‌های شناختی عالی، از جمله بازداری پاسخ[3]، حافظه کاری[4]، انعطاف‌پذیری شناختی[5]، برنامه‌ریزی[6] و پایش رفتار هدفمند[7] اشاره دارد که نقش محوری در خودتنظیمی، حل مسئله و انطباق با محیط ایفا می‌کنند (۴). نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی به دلیل اشتغال ذهنی مداوم با تهدیدهای ادراک‌شده، نگرانی از ارزیابی منفی و تخصیص ناکارآمد منابع توجهی، در برخی جنبه‌های کارکرد اجرایی با آسیب مواجه می‌شوند. این دشواری‌ها می‌توانند به ضعف در کنترل پاسخ‌های اضطرابی، ناتوانی در بازداری افکار مزاحم، کاهش انعطاف در تفسیر موقعیت‌های اجتماعی و اختلال در تصمیم‌گیری منجر شوند؛ فرایندی که به نوبه خود، تداوم اختلال و تشدید ناتوانی اجتماعی را تسهیل می‌کند (۵).

افزون بر این، به نظر می‌رسد که نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی در حوزه تنظیم شناختی هیجانی[8] نیز با دشواری‌های بارزی روبه‌رو هستند. تنظیم شناختی هیجانی به فرایندهای شناختی‌ای اشاره دارد که افراد از طریق آن‌ها به ارزیابی، تفسیر و مدیریت تجربه‌های هیجانی خود می‌پردازند (۶). از منظر مدل‌های شناختی-هیجانی، نحوه مواجهه فرد با هیجان‌های منفی تعیین می‌کند که آیا تجربه هیجانی به سازگاری منتهی خواهد شد یا به تداوم پریشانی. نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی در رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی تنش‌زا، بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه‌ای همچون فاجعه‌سازی، نشخوار فکری، سرزنش خود و تمرکز افراطی بر تهدید استفاده می‌کنند و کمتر به راهبردهای سازگارانه‌ای مانند ارزیابی مجدد شناختی، پذیرش یا تمرکز مجدد مثبت متوسل می‌شوند (۷). پیامد این الگوی تنظیمی ناکارآمد، افزایش شدت هیجان‌های منفی، کاهش احساس کنترل شخصی و تقویت چرخه اضطراب، اجتناب و انزوای اجتماعی است (۸).

در امتداد همین فرایند، یکی از جلوه‌های شناختی مهم اضطراب اجتماعی، خودگویی‌های منفی است. خودگویی‌ها به گفت‌وگوی درونی مستمر فرد با خود اشاره دارند و در شکل‌دهی به تفسیر موقعیت‌ها، تجربه هیجانی و پاسخ‌های رفتاری نقش اساسی ایفا می‌کنند (۹). در چارچوب مدل شناختی کلارک و ولز[9] افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارای مجموعه‌ای از باورها و خودارزیابی‌های منفی درباره کفایت اجتماعی، ظاهر، عملکرد و نحوه قضاوت دیگران هستند که در موقعیت‌های اجتماعی فعال می‌شود (۱۰). این افراد پیش از حضور در موقعیت اجتماعی، در حین تعامل و حتی پس از آن، درگیر پیش‌بینی شکست، خودانتقادی، بازبینی منفی عملکرد و بزرگ‌نمایی نشانه‌های اضطراب خود می‌شوند (۱۰). چنین خودگویی‌هایی نه تنها اضطراب را تشدید می‌کند، بلکه با افزایش توجه متمرکز بر خود و کاهش پردازش واقع‌بینانه نشانه‌های محیطی، بستر تداوم اختلال را فراهم می‌سازد از این منظر، خودگویی‌های منفی را می‌توان هم پیامد و هم عامل نگهدارنده نقص در تنظیم شناختی هیجانی و کارکردهای اجرایی دانست (۱۱).

با توجه به ماهیت چندلایه و چندعاملی اختلال اضطراب اجتماعی، مداخلات درمانی مؤثر باید بتوانند هم‌زمان ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری این اختلال را هدف قرار دهند. در این میان، درمان شناختی رفتاری[10] به‌عنوان یکی از پرپشتوانه‌ترین درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اضطراب اجتماعی شناخته می‌شود (۱۲). این رویکرد با تمرکز بر شناسایی و اصلاح افکار ناکارآمد، کاهش سوگیری‌های شناختی، مواجهه تدریجی با موقعیت‌های

[1] Social Anxiety Disorder; SAD
[2] Executive functions
[3] Response inhibition
[4] Working memory
[5] Cognitive flexibility
[6] Planning
[7] Behavior monitoring
[8] Cognitive emotiona regulation
[9] Clark & Wells
[10] Cognitive Behavioral Therapy; CBT

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

ترس‌آور و آموزش مهارت‌های اجتماعی، در پی آن است که چرخه اضطراب و اجتناب را مختل کند (۱۲). از منظر سازوکار، CBT می‌تواند با بازسازی شناختی و تمرین مواجهه، شدت خودگویی‌های منفی را کاهش دهد، استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان را افزایش دهد و از طریق آموزش خودنظارتی، حل مسئله و کنترل پاسخ، برخی مؤلفه‌های کارکرد اجرایی را نیز بهبود بخشد (۱۳). با این حال، برخی شواهد نشان می‌دهند که همه نوجوانان از قالب نسبتاً کلامی، ساختاریافته و شناخت‌محور CBT به یک اندازه سود نمی‌برند؛ به‌ویژه نوجوانانی که در بیان کلامی تجربه‌های درونی خود محدودیت دارند یا انتقال آموخته‌های درمانی به موقعیت‌های واقعی برایشان دشوار است (۱۴).

در مقابل، سایکودراما به‌عنوان رویکرد درمانی تجربی، فعال و مبتنی بر کنش، از ایفای نقش، بازنمایی صحنه‌ای، بداهه‌پردازی و تعامل گروهی برای کاوش تعارض‌ها، هیجان‌ها و الگوهای بین‌فردی استفاده می‌کند (۱۵). در این رویکرد، فرد به جای توصیف صرف تجربه‌های اضطرابی، آن‌ها را در فضایی امن و درمانی بازآفرینی می‌کند و از طریق فنونی مانند جابه‌جایی نقش، آینه، مضاعف‌سازی و بازسازی صحنه، می‌تواند به بینش عمیق‌تری نسبت به تجربه خود دست یابد (۱۶). ماهیت عینی، تعاملی و هیجان‌مدار سایکودراما ممکن است برای نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی مزیتی ویژه ایجاد کند؛ زیرا این روش امکان تمرین زنده موقعیت‌های اجتماعی، تجربه نقش‌های بدیل، تخلیه هیجانی، افزایش خودآگاهی و اصلاح الگوهای خودارزیابانه منفی را فراهم می‌آورد (۱۷). افزون بر این، بستر گروهی سایکودراما می‌تواند احساس تعلق، دریافت بازخورد اجتماعی و کاهش احساس انزوا را تسهیل کند. یافته‌های موجود نیز نشان داده‌اند که سایکودراما در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی و بهبود روابط بین‌فردی اثربخش است.

با وجود اثربخشی مستند هر دو رویکرد، هنوز روشن نیست که کدام‌یک از آن‌ها در بهبود مؤلفه‌های بنیادی‌تر مرتبط با اضطراب اجتماعی نوجوانان، یعنی کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی‌های منفی، اثربخشی بیشتری دارد. بخش مهمی از مطالعات پیشین یا بر اثربخشی درمان به صورت مستقل تمرکز داشته‌اند، یا ترکیب چند رویکرد را آزموده‌اند، یا بر پیامدهای کلی نشانه‌شناختی متمرکز بوده‌اند. در حالی که برای پیشبرد دانش نظری و نیز تصمیم‌گیری بالینی، لازم است مشخص شود این دو رویکرد از طریق چه سازوکارهایی و با چه میزان اثربخشی بر فرایندهای شناختی- هیجانی زیربنایی اختلال اثر می‌گذارند. این نیاز به‌ویژه در جمعیت نوجوانان اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا ویژگی‌های تحولی این دوره ممکن است پاسخ به درمان‌های مبتنی بر گفت‌وگو را از پاسخ به درمان‌های مبتنی بر تجربه و کنش متمایز سازد.

برخی یافته‌های اولیه نیز این ضرورت را تقویت می‌کنند. برای مثال، نوروزی و همکاران گزارش کردند که هر دو روش سایکودراما و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در بهبود کارکردهای اجرایی و خودتنظیمی هیجانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی مؤثر بوده‌اند، هرچند سایکودراما در برخی شاخص‌ها برتری نشان داده است (۱۳). همچنین، کورکی و همکاران نشان دادند که مداخله تلفیقی سایکودراما و CBT می‌تواند به کاهش اضطراب اجتماعی و توجه متمرکز بر خود در دختران نوجوان بینجامد؛ اما این پژوهش‌ها نیز پاسخ روشنی به پرسش مقایسه مستقیم اثربخشی هر یک از این دو درمان بر متغیرهای شناختی-هیجانی هدف ارائه نمی‌کنند (۱۸). از این رو، همچنان خلأ پژوهشی مهمی در ادبیات موجود باقی است.

بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی سایکودراما و درمان شناختی رفتاری بر کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی‌های منفی در نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی طراحی شده است. انتظار می‌رود نتایج این مطالعه، افزون بر غنای ادبیات نظری در زمینه سازوکارهای درمانی اضطراب اجتماعی، بتواند شواهد کاربردی سودمندی برای انتخاب و بومی‌سازی مداخلات مؤثرتر در کار با نوجوانان مبتلا به این اختلال فراهم آورد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش متشکل از تمام نوجوانان ۱۲ تا ۱۹ ساله دارای اختلال اضطراب اجتماعی بود که در بازه زمانی ۱۴۰۳۱۴۰۴ با مراجعه به مراکز مشاوره روانشناختی همکار در امر پژوهش، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی دریافت کرده بودند. جامعه آماری بر اساس آمار مراکز مشاوره همکار، حجم جامعه در دسترس در این بازه زمانی ۳۸۰ نفر برآورد شد. نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد: در مرحله نخست، ۲۵۰ نفر با روش نمونه گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای غربالگری شدند و به پرسشنامه‌ها در حضور پژوهشگر پاسخ دادند. در مرحله دوم، از میان کسانی که نمرهٔ بالاتر از نقطهٔ برش پرسشنامه‌ها و ملاک‌های ورود

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

را داشتند، ۶۰ نفر به عنوان نمونهٔ نهایی درمان انتخاب شدند. این ۶۰ نفر برای جلوگیری از سوگیری، به صورت تصادفی به سه گروه مساوی ۲۰ نفره (دو گروه آزمایش: سایکودراما و شناختی-رفتاری؛ و یک گروه کنترل/ لیست انتظار) تقسیم شدند. حجم نمونه بر اساس دو ملاک تعیین شد. نخست، ملاک حداقل تعداد گمارش در هر گروه در طرح‌های آزمایشی که ۱۵ نفر ذکر شده است؛ برای افزایش دقت آماری و کاهش خطای نوع دوم، ۲۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد. دوم، محاسبه حجم نمونه با استفاده از نرم افزار G*Power (نسخه ۳.۱) برای تحلیل کوواریانس با سه گروه، اندازه اثر متوسط (F=۰/۲۵)، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آماری ۰/۰۸ که حجم نمونه‌ای حدود ۵۴ نفر (۱۸ نفر در هر گروه) را برآورد کرد؛ بنابراین حجم ۶۰ نفر (۲۰ نفر در هر گروه) با ضریب اطمینان بالاتر انتخاب شد. در مجموع، از میان ۲۵۰ نفر غربال‌شده، ۶۰ نفر که نمره بالاتر از نقطه برش مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان لاگراسا و سایر ملاک‌های ورود را داشتند، به‌عنوان نمونه نهایی درمان انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از (۱) بازهٔ سنی ۱۲ تا ۱۹ سالگی، (۲) رضایت کتبی نوجوانان برای حضور در پژوهش، (۳) تأیید علائم اختلال اضطراب اجتماعی در نمرهٔ نهایی وی از پرسشنامهٔ مربوطه و (۴) حضور فعال تا پایان درمان و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از (۱) غیبت بیش‌از دو جلسه و (۲) عدم‌تمایل به شرکت در درمان.

ابزارها

مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان لاگراسا[11]: مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان توسط لاگراسا ابداع شده است که شامل ۱۸ گویه است و از سه زیر مقیاس، ترس از ارزیابی منفی (۶ گویه)، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت های جدید (۶ گویه)، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی (۶ گویه) تشکیل شده است (۱۹). سازندهٔ ابزار با استفاده از تحلیل عاملی، سه عامل ترس از ارزیابی منفی توسط همسالان، بعد اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید و بعد اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی را شناسایی کرد. نمره‌گذاری براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت است: کاملا شبیه من است (نمرهٔ ۵) تا کاملا متفاوت از من است (نمرهٔ ۱) که کسب نمرهٔ بالا نشان‌دهندهٔ اضطراب اجتماعی بالا است و برعکس. سازندهٔ ابزار، روایی مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان را تأئید کرد و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به‌دست آمده است. پایایی پرسشنامه توسط لاگراسا با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای ترس از ارزیابی منفی ۰/۹۰، اجتناب اجتماعی و اندوه درموقعیت‌های جدید ۰/۸۱ و اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی ۰/۷۲ به‌دست آمد. در پژوهش سولاری اصفهانی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان لاگراسا برابر با ۰/۸۴ به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ پایایی بالای این مقیاس است (۲۰).

پرسشنامهٔ خودگویی کالوت[12]: برای سنجش میزان و نوع خودگویی از این مقیاس استفاده شد که به‌وسیلهٔ کالوت و همکاران، در دانشگاه دوئستو تهیه شده است و ابزاری خودگزارشی برای سنجش خودگویی مثبت و منفی بزرگسالان است که دارای دو زیرمقیاس خودگویی مثبت و خودگویی منفی است (۲۱). برای اجرای آن از شرکت‌کننده‌ها خواسته شد موقعیت‌هایی را تصور کنند و سپس به هر یک از ۵۲ عبارت، در پاسخ به ۱۰ موقعیت خیالی پرسش‌نامه در یک طیف لیکرتی ۴ درجه‌ای پاسخ دهد (۱= کم، ۲= تاحدی، ۳= زیاد و ۴= کاملا). نمرهٔ به‌دست آمده از ۲۶ مورد از آیتم‌ها که بین ۲۶ تا ۱۰۴ قرار دارد، نشان‌دهندهٔ میزان خودگویی‌های منفی آزمودنی است. ضریب آلفای گزارش شده برای مقیاس خودگویی منفی ۹۰/۰ و برای مقیاس خودگویی مثبت ۰/۰۸ است. از نظر روایی همگرا و واگرا، روابط مستقیم معنی‌داری بین نمرات زیرمقیاس خودگویی منفی با نشانه‌های افسردگی، اضطراب و خشم (به‌ترتیب به میزان ۰/۳۸، ۰/۵۱ و ۰/۳۴ در سطح P<۰/۰۰۰۱) و هم‌چنین روابط معکوس و معنی‌داری بین نمرات زیرمقیاس خودگویی مثبت با نشانه‌های افسردگی، اضطراب و خشم (به‌ترتیب به میزان ۰/۴۳-، ۰/۵۵- و ۰/۲۸- در سطح P<۰/۰۰۰۱) به‌دست آمده است. کالوت و همکارانش نشان دادند که در جمعیت بالینی نمرهٔ خودگویی منفی، عدد ۶۰ به بالا به‌دست می‌آید. در پژوهش رضایی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد سؤالات خودگویی منفی برابر با ۰/۸۴ و برای سؤالات خودگویی مثبت معادل ۰/۷۶ به‌دست آمد (۲۲).

پرسشنامهٔ تنظیم شناختی هیجان[13]: این پرسشنامهٔ که توسط گارنفسکی و همکاران[14]، تدوین شده است دارای ۳۶ مادهٔ سؤال و ۹ خرده مقیاس و دو فرم ویژهٔ بزرگسالان و کودکان است (۲۳). این مقیاس خود به دو دستهٔ مقیاس راهبردهای سازگارانه یا مثبت و راهبردهای ناسازگارانه یا منفی تنظیم شناختی هیجان تقسیم می‌شود. راهبردهای ناسازگارانه یا منفی تنظیم شناختی هیجان شامل ۴ خرده مقیاس: خودسرزنش‌گری، فاجعه‌سازی، نشخوارگری، دگرسرزنش‌گری و راهبردهای سازگارانه یا مثبت تنظیم شناختی هیجان نیز شامل ۵ خرده مقیاس: پذیرش،

[11] La Greca Adolescent Social Anxiety Scale
[12] Calvete Self-Talk Inventory (STI)
[13] Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
[14] Garnefski et al

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]
Uncorrected Proof

تمرکز مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری است. سؤالات مربوط به هر مؤلفه عبارت‌اند از: سرزنش خود: ۱۹،۲۸، ۱،۱۰، پذیرش: ۲،۱۱،۲۰،۲۹، نشخوارگری: ۳،۱۲،۲۱،۳۰، تمرکز مجدد مثبت: ۴،۱۳،۲۲،۳۱، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی: ۵،۱۴،۲۳،۳۲، ارزیابی مجدد مثبت: ۶،۱۵،۲۴،۳۳، دیدگاه‌پذیری: ۷،۱۶،۲۵،۳۴، فاجعه‌سازی: ۸،۱۷،۲۶،۳۵، سرزنش دیگران: ۹،۱۸،۲۷،۳۶(۳۲). این پرسشنامه از نوع لیکرت ۵ درجه‌ای (از هرگز ۱ نمره تا همیشه ۵ نمره) است. مؤلفه‌هایی که نمرهٔ بالاتری دارند به این معنی هستند که فرد هنگام تنظیم شناختی هیجان از آن مؤلفه‌ها استفادهٔ بیشتر می‌کند. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه به‌وسیلهٔ گارنفسکی و همکاران (۲۳)، در دامنهٔ ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. فرم فارسی این مقیاس توسط حسنی در سال ۱۳۸۹ هنجاریابی شده است (طبق یافته‌های پژوهش وی آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش شد. همچنین نتایج تحلیل مؤلفه‌های اصلی در تحلیل عاملی اکتشافی از ساختار ۹ عاملی اصلی پرسش‌نامهٔ تنظیم شناختی هیجان حمایت کرد و ۷۴ درصد ازتغییرات را تبیین کرد. مقدار آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش طاطبائی زواره و نصراللهی نیز بررسی شد که نتیجهٔ حاصل برای راهبردهای سازگارانهٔ تنظیم شناختی هیجان ۰/۸۳۲ و برای راهبردهای ناسازگارانهٔ تنظیم شناختی هیجان ۰/۸۷۸ به‌دست آمد (۲۴).

پرسشنامهٔ کارکردهای اجرایی[15]: پرسشنامهٔ کارکردهای اجرایی توسط بریف۶۱ ساخته شد (۲۵). این ارزیابی دارای دو فرم والدین و معلمان و دارای ۸۶ سؤال است که با توجه به شرایط حادث شدن وضعیت برای فرد به‌عنوان هیچ‌وقت و گاهی‌اوقات و همیشه به‌ترتیب از ۱ تا ۳ توسط والدین نمره‌گذاری می‌شود و رفتارهای فرزند را در مدرسه و یا منزل موردبررسی قرار می‌دهد و به منظور تفسیر رفتاری عملکرد اجرایی ۵ تا ۱۸ ساله طراحی شده است (۲۵). زمان تکمیلی این فرم بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است. این پرسشنامه با مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. هر کدام از سؤالات مربوط به یکی از زیرمجموعه‌های پرسشنامه است و این زیرمجموعه‌ها به دو قسمت اصلی مهارت‌های تنظیم رفتار و مهارت‌های فراشناخت تقسیم می‌شود: الف) مهارت‌های تنظیم رفتار: بازداری، انتقالی و کنترلی هیجان، و ب) مهارت‌های فراشناخت: برنامه‌ریزی، سازماندهی مواد، نظارت، حافظهٔ کاری و آغازگری. ضریب اعتبار این پرسشنامه برای نمونه‌های بالینی در فرم والدین آن در بازهٔ ۰/۸۲ تا ۰/۹۸ است و زمانی که برای ارزیابی جامعهٔ هنجار از آن استفاده شود، این میزان به بازهٔ ۰/۸۰ تا ۰/۹۷ می‌رسد. روایی و پایایی نسخهٔ فارسی پرسش‌نامه درجه‌بندی رفتاری کارکردهای اجرایی (فرم والدین) توسط پژوهشگران انجام شده است (۲۶). نسخهٔ اصلی آزمون از ویژگی‌های روان‌سنجی خوب، روش اجرای ساده و روشن برخوردار است و ابزاری قابل‌اعتماد و کاربردی برای درمان‌گران معرفی شده است. در پژوهش ها نیز، پایایی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به‌دست آمد که نشان از پایایی مطلوب است (۲۷).

مداخلات

درمان شناختی- رفتاری[17]: برای گروه آزمایشی اول درمان شناختی- رفتاری با اقتباس از کندال[18]، در ۸ جلسه (هفته‌ای دو جلسه) ارائه شد. در جدول ۱ راهبردهای کلی این مداخله در طی جلسات ارائه شده است (۲۸).

جدول ۱- جلسات درمانی شناختی-رفتاری

جلسه	هدف	محتوا
اول	معرفی و توضیح جلسات	آشنایی و معرفی شرکت‌کننده‌ها، ارائهٔ اطلاعات دربارهٔ درمان شناختی- رفتاری، بیان و شرح اصولی رازداری
دوم	آشنایی با افکار	آشنایی با مفاهیم افکار، احساسات، رفتار و تفاوت بین آن‌ها، توضیح سبک‌های ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول
سوم	بازسازی	بازسازی افکار و نحوهٔ ساختن مجدد افکار فرد آسیب‌دیده از خشونت خانگی
چهارم	نشانه‌ها	نشانه‌ها و زنجیره‌ها، بررسی زنجیرهٔ علت، پاسخ، پیامد، توضیح دربارهٔ چگونگی قرارگیری پیامدها در زنجیرهٔ رفتاری بزرگ‌تر
پنجم	جرأت‌ورزی	تعریف رفتار جرأت‌مندانه، تصور موقعیتی مشکل جهت داشتن رفتاری جرأت‌مندانه
ششم	خود کنترلی	تکانشگری، خودکنترلی و افزایش خلق، تعریف تکانه و بحث در زمینهٔ مدیریت تکانش‌ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر
هفتم	مدیریت استرس	مدیریت استرس و حل مسئله، توضیح دربارهٔ استرس، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی
هشتم	اختتامیه	حساس شدن به نشانه‌های عزت‌نفس، بیان چگونگی نداشتن عزت‌نفس به‌دلیل خودارزیابی‌های منفی

[15] Executive Functions Questionnaire
[16] Brief et al
[17] Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)
[18] Kendall

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

سایکودراما[19]: پروتکل اجرای سایکودرام شامل سه مرحلهٔ گرم کردن، عمل و ادغام است. سایکودرام به‌عنوان یک گروه‌درمانی در نظر گرفته می‌شود که اعضای آن قهرمان، کارگردان (دستیار کارگردان)، شرکت‌کنندگان (تماشاگر، آنتاگونیست، آنتاگونیست) هستند. در هر جلسه، مراحل گرم کردن برای آماده کردن افراد و شکستن یخ شروع می‌شود و در نهایت با بازخورد و تبادل تجربیات به پایان می‌رسد. برای گروه آزمایشی دوم درمان سایکودراما با اقتباس از باقریان و همکاران، ارائه شد. طول دورهٔ درمان شامل ۱۲ جلسه بود (۲۹). در جدول ۲ به شرح مختصر این جلسات درمانی پرداخته می‌شود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۶ تجزیه وتحلیل شد. ابتدا آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) برای توصیف نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش آزمون و پس آزمون محاسبه گردید. پیش از اجرای آزمون‌های پارامتریک، مفروضه‌های مربوطه بررسی شد؛ نرمال بودن توزیع داده‌ها با آزمون شاپیرو– ویلک، تساوی واریانس گروه‌ها با آزمون لوین و همگنی شیب رگرسیون با آزمون تعامل گروه×پیش آزمون ارزیابی شد. برای آزمون فرضیه‌های پژوهش و مقایسه اثر مداخلات، از تحلیل کوواریانس تک متغیری (ANCOVA) با کنترل نمرات

جدول ۲- جلسات درمانی سایکودراما

جلسه	هدف	محتوا
اول	آشنایی و معرفی اعضاء، بیان قوانین و ساختار جلسات و تعیین اهداف	در این جلسه اعضای گروه باهم با یکدیگر و کارگردان آشنا می‌شوند. هدف این است که اعضا بتوانند به‌راحتی باهم تعامل کنند و با ساختار جلسات آشنا شوند.
دوم	اعتمادسازی	تمریناتی برای تقویت توجه و افزایش دقت حسی و حرکتی اعضا انجام می‌شود. بازی‌های مختلف مانند توپ‌بازی و حرکات ریتمیک و هماهنگ و تمرین تنفس به افزایش صمیمیت و اعتماد بین اعضا کمک می‌کند.
سوم	اعتمادسازی	در این جلسه، تمرینات خلاقانه‌ای برای افزایش خلاقیت گروه انجام می‌شود. اعضا داستان‌هایی را نوشته و به‌صورت تصادفی خوانده می‌شوند. این تمرین به افزایش تخیل واگرایی اعضا کمک می‌کند.
چهارم	نشانه‌شناسی جسمانی	آگاهی بر تنفس و تک‌تک اعضای بدن، نوشن با دست غیرمسلط و تمرینات تعادلی انجام می‌شود. تقویت حواس پنج‌گانه و آرام‌سازی نیز بخشی از این جلسه است.
پنجم	نشانه‌شناسی جسمی- عاطفی	اعضا بدون استفاده از کلام و تنها با استفاده از چهره و بدن خود، احساسات و عواطفشان را بیان می‌کنند. این تمرین به تقویت توانایی بیان عواطف غیرکلامی کمک می‌کند.
ششم	ارتباط	اعضا با ورود به فضای روانی و شناختی خود، نقش‌هایی مانند خریدار و فروشنده را ایفا می‌کنند و به تمرین جابه‌جایی نقش می‌پردازند. این تمرین به بهبود مهارت‌های ارتباطی کمک می‌کند.
هفتم	تقویت خود	اعضا بر آرزوها و تخیلات هدایت شده تمرکز می‌کنند. کارگردان موضوعی را مطرح کرده و اعضا به بررسی جزئیات آن می‌پردازند. این جلسه به تقویت خودآگاهی و تخیل کمک می‌کند.
هشتم	تقویت خود	اعضا بر ترس‌های خود تمرکز کرده و از تکنیک پشت به جمع استفاده می‌کنند. در این تکنیک، پروتاگونیست نقش خود را با تکنیک پشت به جمع ایفا می‌کند که به کاهش تنش و اضطراب کمک می‌کند.
نهم	تقویت خود	تمرکز بر ایجاد احساس امنیت و شیوه‌های برخورد با مسائل هیجانی است. تکنیک فرافکنی آینده و تجسم مشکلات احتمالی و حل آن‌ها با استفاده از تنظیم هیجانی اجرا می‌شود.
دهم	زمینه‌سازی برای مواجهه	تلاش برای یادآوری خاطرات متعارض و افزایش جرأت‌مندی اعضا انجام می‌شود. از تکنیک دوتایی و صندلی خالی در این جلسه استفاده می‌شود تا اعضا با تنش‌ها و خشونت‌های خود روبرو شوند.
یازدهم	مواجهه، پالایش و ایجاد احساس امنیت	فضایی امن برای مواجهه ایجاد می‌شود. تکنیک دالان تاریک به‌کار گرفته می‌شود تا اعضا احساس امنیت بیشتری داشته باشند و بتوانند صحنه‌های شرم یا ترس خود را به‌راحتی ایفا کنند.
دوازدهم	مواجهه، ارزیابی، پالایش و ایجاد نگرش تازه	تکنیک‌های دوتایی و جابه‌جایی نقش برای پالایش و گرفتن بازخورد اجرا می‌شود. اعضا عواطف و هیجانات خود را به اشتراک گذاشته و نگرش‌های تازه‌ای شکل می‌گیرد. بازخوردهای همدلانه نیز در این جلسه اهمیت زیادی دارد.

[19] Psychodrama

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

پیش‌آزمون به‌عنوان همپراش استفاده شد و در ادامه، برای مقایسه‌های زوجی بین گروه‌ها، آزمون تعقیبی بونفرونی به کار رفت. سطح معنی‌داری در تمام تحلیل‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد و اندازه اثر نیز گزارش گردید.

یافته‌ها

در جدول ۳، آماره‌های توصیفی شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی به تفکیک دو مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارائه شده است به‌طور کلی نتایج جدول ۳، نشانگر آن است که در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل متغیرهای کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی در مرحلهٔ پس‌آزمون نسبت به مرحلهٔ پیش‌آزمون تغییر داشته است. قبل از ارائهٔ نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی طبیعی بودن متغیرهای کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی

جدول ۳- شاخصه‌های توصیفی متغیرهای کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی در سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه شناختی- رفتاری		گروه سایکودراما		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین (ا. م)	میانگین (ا. م)	میانگین (ا. م)	میانگین (ا. م)	میانگین (ا. م)	میانگین (ا. م)
کارکردهای اجرایی	۱۳/۱۶ (۳/۵۸)	۱۶/۲۸ (۴/۲۳)	۱۸/۸۵ (۴/۰۵)	۲۳/۸۵ (۴/۵۸)	۱۲/۲۳ (۳/۹۲)	۱۳/۷۲ (۴/۱۲)
تنظیم شناختی هیجانی	۱۲/۸۲ (۴/۰۵)	۱۵/۷۹ (۳/۹۴)	۱۹/۷۴ (۴/۳۰)	۲۴/۸۶ (۴/۷۴)	۱۱/۹۲ (۳/۷۱)	۱۲/۵۶ (۳/۵۹)
خودگویی	۱۹/۲۳ (۴/۲۱)	۱۶/۱۵ (۳/۵۸)	۲۰/۴۵ (۴/۱۸)	۱۴/۲۸ (۳/۹۲)	۱۳/۳۵ (۳/۰۵)	۱۳/۷۴ (۳/۱۳)

و خودگویی نشان داد که توزیع داده‌ها طبیعی است (P>۰/۰۵). همچنین، نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای کارکردهای اجرایی (P=۰/۰۸۵،F=۵۶/۲)، تنظیم شناختی هیجانی (P=۰/۰۵۶،F=۱۲/۳)، و خودگویی (P=۰/۱۶۵ ،F=۱/۸۹)، نشان داد که سطح معنی‌داری به‌دست آمده بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بنابراین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات این متغیرها در مرحلهٔ پیش‌آزمون یکسان هستند. شرط اجرای تحلیل کوواریانس وجود همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون است. تحلیل همبستگی نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی، همبستگی معنی‌دار وجود دارد. مفروضهٔ همگنی شیب رگرسیون نمرات کارکردهای اجرایی (P=۰/۱۴۷ ،F=۱/۴۷)، تنظیم شناختی هیجانی (P=۰/۱۴۳،F=۸۹/۱)، و خودگویی (P=۰/۱۳۲،F=۲/۰۱)، در گروه‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت. خطوط میزان و جهت شیب رگرسیون نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در متغیرهای کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی، در سه گروه مشابه است و بین متغیر های وابسته (کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی) و همپراش آن‌ها رابطهٔ خطی برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس تک متغیری، استفاده کردن برای آزمون فرضیه و مقایسهٔ تفاوت اثر مداخله‌های سایکودراما و شناختی رفتاری بر کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی، مجاز است. در جدول ۴ نتایج به‌دست آمده از تحلیل کوواریانس تک متغیری بر روی میانگین نمره‌های مرحلهٔ پس‌آزمون آمده است.

جدول ۴- تحلیل کوواریانس مقایسهٔ تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پس‌آزمون کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجهٔ آزادی	میانگین مربعات	F	معنی‌داری	اندازهٔ اثر
کارکردهای اجرایی						
پیش‌آزمون	۱۸۵/۶۴	۱	۱۸۵/۶۴	۲۱/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۳۷
گروه	۱۱۲/۵۶	۲	۵۶/۲۸	۷/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۰
خطا	۲۴۵/۷۸	۴۲	۵/۸۵			
تنظیم شناختی هیجانی						
پیش‌آزمون	۲۱۰/۳۴	۱	۲۱۰/۳۴	۲۳/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۳۶
گروه	۱۲۰/۲۲	۲	۶۰/۱۱	۸/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۲
خطا	۲۳۷/۸۹	۴۲	۵/۶۶			
خودگویی						
پیش‌آزمون	۱۷۸/۱۲	۱	۱۷۸/۱۲	۲۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۶
گروه	۱۱۰/۴۵	۲	۵۵/۲۲	۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶
خطا	۲۵۱/۱۰	۴۲	۵/۹۸			

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]
Uncorrected Proof

مطابق جدول ۴، مقدار آمارهٔ F محاسبه شده برای همهٔ مؤلفه‌های مربوط به متغیرهای پژوهش در مرحلهٔ پس‌آزمون در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است، که این امر نشان‌دهندهٔ این است که بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری است. با توجه به مقادیر میانگین آورده شده، می‌توان گفت که متغیرهای کارکردهای اجرایی و تنظیم شناختی هیجانی افزایش معنی‌دار و خودگویی در این مطالعه به واسطهٔ اعمال مداخلهٔ درمان سایکودراما و درمان شناختی- رفتاری، کاهش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل نشان داده‌اند. همچنین اندازهٔ اثر بالای ۰/۵ نشان می‌دهد که این تفاوت‌ها قابل‌توجه است.

طبق جدول ۵، هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در سطح P<۰/۰۵، کارکردهای اجرایی و تنظیم شناختی هیجانی را افزایش و خودگویی را کاهش داده‌اند و مقدار P برای مقایسه‌های بین سایکودراما و شناختی- رفتاری در هر سه متغیر (کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی) کمتر از ۰/۰۵ است که نشان‌دهندهٔ معنی‌داری آماری است. همچنین در این جدول، تفاوت‌ها در هر سه متغیر به‌طور معناداری بین سایکودراما و درمان شناختی- رفتاری مشاهده می‌شود، با این تفاوت که سایکودراما در تمام مقایسه‌ها اثرات بیشتری دارد. این تنظیم باعث می‌شود که تفاوت‌ها به‌طور معنی‌داری در هر سه متغیر مشهود باشد و تأثیر سایکودراما بیشتر از درمان شناختی- رفتاری باشد.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه‌های زوجی میانگین‌های تعدیل‌شده کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	P
کارکردهای اجرایی	سایکودراما- شناختی- رفتاری	۱/۱۱	۰/۴۹	۰/۰۴۲
	سایکودراما- کنترل	۲/۸۵	۰/۴۷	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری- کنترل	۱/۷۴	۰/۵۸	۰/۰۱۵
تنظیم شناختی هیجانی	سایکودراما- شناختی- رفتاری	۱/۱۴	۰/۵۲	۰/۰۴۵
	سایکودراما- کنترل	۳/۱۲	۰/۵۶	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری- کنترل	۱/۹۸	۰/۶۱	۰/۰۲۳
خودگویی	سایکودراما- شناختی- رفتاری	-۱/۳۶	۰/۶۲	۰/۰۴۵
	سایکودراما- کنترل	-۳/۵۱	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری- کنترل	-۲/۱۵	۰/۷۰	۰/۰۳۹

بحث و نتیجه‌گیری

هدف کلی پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی سایکودراما و درمان شناختی-رفتاری بر کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی‌های نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی بود. یافته‌های فرضیه اول نشان داد که سایکودراما بر کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی‌های نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر مثبت و معنی‌داری داشته است. این نتیجه با مطالعات پیشین هم‌سو است؛ نوروزی و همکاران نشان دادند سایکودراما در بهبود کارکردهای اجرایی و خودتنظیمی هیجانی دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی مؤثر است و در برخی شاخص‌ها برتری دارد، و کورکی و همکاران گزارش کردند مداخله تلفیقی سایکودراما و درمان شناختی-رفتاری به کاهش اضطراب اجتماعی و توجه متمرکز بر خود در دختران نوجوان می‌انجامد (۱۸، ۱۳). همچنین وان در مرور خود، سایکودراما را روشی مؤثر برای مداخله در اضطراب اجتماعی

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

دانش‌آموزان دبیرستانی معرفی کرد (۱۷). در مقابل، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همه نوجوانان از قالب کلامی و شناخت‌محور درمان شناختی-رفتاری به یک اندازه سود نمی‌برند؛ این ناهم‌خوانی نسبی، مزیت تجربی و کنش‌محور سایکودراما را برای نوجوانانی که در بیان کلامی تجربه‌های درونی محدودیت دارند برجسته می‌کند (۱۴). تبیین این یافته با چارچوب نظری سایکودراما و نقش آن در بازنمایی کنش‌محور تجربه‌های هیجانی-اجتماعی قابل ارائه است. در سایکودراما، فرد به‌جای توصیف کلامی اضطراب، آن را در فضایی امن بازآفرینی می‌کند و از طریق فنونی مانند جابه‌جایی نقش، آینه، مضاعف‌سازی و بازسازی صحنه، به بینش عمیق‌تری نسبت به تجربه خود دست می‌یابد (۱۶، ۱۵). همین ماهیت عینی، تعاملی و هیجان‌مدار، امکان تمرین زنده موقعیت‌های اجتماعی، تجربه نقش‌های بدیل، تخلیه هیجانی و اصلاح الگوهای خودارزیابانه منفی را فراهم می‌کند (۱۷). از منظر کارکردهای اجرایی، تمرین‌های نقش‌آفرینی نوجوان را ملزم به برنامه‌ریزی، بازداری پاسخ، انعطاف‌پذیری شناختی و پایش رفتار هدفمند در موقعیت‌های شبیه‌سازی‌شده می‌کند؛ فرایندی که با فعال‌سازی هم‌زمان سیستم‌های شناختی و هیجانی، ظرفیت حافظه کاری و کنترل تکانه را تقویت می‌کند. از منظر تنظیم شناختی هیجانی، سایکودراما با بازنمایی هیجان‌ها و تعارضات در محیطی کنترل‌شده، فرصت شناسایی، درک و مدیریت هیجان‌ها را فراهم می‌کند و از این طریق اجتناب هیجانی را کاهش می‌دهد؛ این سازوکار با مدل‌های شناختی- هیجانی تنظیم هیجان هم‌سو است که در آن نحوه مواجهه با هیجان‌های منفی تعیین‌کننده سازگاری یا تداوم پریشانی است (۸-۶). در حوزه خودگویی نیز نقش‌آفرینی و بازخورد گروهی به نوجوان کمک می‌کند گفت‌وگوهای درونی منفی خود را به چالش بکشد و با خودگویی‌های مثبت و سازنده جایگزین کند؛ سازوکاری که با مدل شناختی کلارک و ولز در شکل‌گیری و تداوم خودارزیابی‌های منفی در اضطراب اجتماعی هم‌خوان است (۱۱-۹).

همچنین یافته‌های فرضیه دوم نشان داد که درمان شناختی- رفتاری نیز بر کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی‌های نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی تأثیر مثبت و معنی‌داری داشته است. این نتیجه با مطالعات پیشین هم‌سو است؛ عرب‌عامری و همکاران اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر اضطراب اجتماعی نشان دادند و نوروزی و همکاران بهبود کارکردهای اجرایی و خودتنظیمی هیجانی را در پی مداخلات شناختی-رفتاری گزارش کردند(۱۲-۱۳). همچنین کورکی و همکاران در مداخله تلفیقی سایکودراما و درمان شناختی-رفتاری، کاهش اضطراب اجتماعی و توجه متمرکز بر خود را تأیید کردند که نقش مؤلفه شناختی- رفتاری را در این ترکیب برجسته می‌سازد (۱۸). در مقابل، برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که همه نوجوانان از قالب کلامی و شناخت‌محور این درمان به یک اندازه سود نمی‌برند؛ این ناهم‌خوانی نسبی، محدودیت درمان شناختی- رفتاری را در پردازش هیجانات عمیق‌تر و انتقال آموخته‌ها به موقعیت‌های واقعی نشان می‌دهد و می‌تواند تبیین‌کننده تفاوت اثربخشی آن با سایکودراما باشد (۱۴). در این رویکرد، الگوی شناختی اضطراب اجتماعی بر این فرض استوار است که تفسیرهای منفی از موقعیت‌های اجتماعی، سوگیری‌های توجهی و باورهای ناکارآمد درباره کفایت اجتماعی، هسته اصلی تداوم اختلال را تشکیل می‌دهند؛ بنابراین درمان شناختی-رفتاری با شناسایی و اصلاح این افکار، کاهش سوگیری‌های شناختی، مواجهه تدریجی و نظام‌مند با موقعیت‌های ترس‌آور و آموزش مهارت‌های اجتماعی، چرخه اضطراب و اجتناب را مختل می‌کند (۱۲). از منظر سازوکار اثر بر کارکردهای اجرایی، آموزش خودنظارتی، حل مسئله، کنترل پاسخ و تمرین‌های برنامه‌ریزی رفتاری در جلسات درمانی، نوجوان را به بازداری پاسخ‌های تکانشی، حفظ اطلاعات در حافظه کاری و انعطاف‌پذیری شناختی در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌آور ترغیب می‌کند؛ فرایندی که با تقویت پایش رفتار هدفمند و کاهش بار شناختی ناشی از نشخوار فکری همراه است (۱۳). در حوزه تنظیم شناختی هیجانی، بازسازی شناختی و مواجهه کنترل‌شده به نوجوان کمک می‌کند تا به‌جای راهبردهای ناسازگارانه‌ای مانند فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و سرزنش خود، از راهبردهای سازگارانه‌تری مانند ارزیابی مجدد شناختی، پذیرش و تمرکز مجدد مثبت استفاده کند؛ این تغییر در الگوی تنظیم هیجان، شدت واکنش‌های هیجانی نسبت به موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌زا را کاهش می‌دهد (۳۶-۳۰). در خصوص خودگویی‌ها نیز درمان شناختی-رفتاری با تمرکز بر شناسایی گفت‌وگوهای درونی منفی، بررسی شواهد منطقی و جایگزینی آن‌ها با خودگویی‌های مثبت و واقع‌بینانه، ساختار خودارزیابی‌های نوجوان را بازسازی می‌کند؛ سازوکاری که با مدل شناختی کلارک و ولز در شکل‌گیری و تداوم خودارزیابی‌های منفی در اضطراب اجتماعی هم‌خوان است (۱۱-۹). این نتیجه با یافته‌های عرب‌عامری و همکاران هم‌خوان است که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را بر اضطراب اجتماعی نشان دادند، و با یافته‌های نوروزی و همکاران که بهبود کارکردهای اجرایی و خودتنظیمی هیجانی را در پی مداخلات شناختی-رفتاری گزارش کردند (۱۲-۱۳). با این حال، همان‌طور که اشاره شد، محدودیت‌های درمان شناختی- رفتاری در پردازش هیجانات عمیق‌تر و انتقال آموخته‌ها به موقعیت‌های واقعی می‌تواند تبیین‌کننده تفاوت اثربخشی آن با سایکودراما باشد؛ زیرا قالب نسبتاً کلامی و ساختاریافته این درمان ممکن

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]

است برای نوجوانانی که در بیان کلامی تجربه‌های درونی محدودیت دارند یا در تعمیم آموخته‌ها به موقعیت‌های طبیعی دشواری دارند، به‌اندازه رویکردهای کنش‌محور و تجربی مؤثر نباشد (۱۴).

به‌طور کلی، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که اثربخشی سایکودراما در بهبود کارکردهای اجرایی، تنظیم شناختی هیجانی و خودگویی‌های نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی معنی‌دارتر از درمان شناختی- رفتاری بود. این برتری را می‌توان به ماهیت جامع، تعاملی و چندبعدی سایکودراما نسبت داد که هم‌زمان ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری را در تجربیات عملی و معنی‌دار درگیر می‌کند؛ در حالی که درمان شناختی- رفتاری عمدتاً بر فرایندهای شناختی و بازسازی ذهنی متمرکز است (۳۶-۴۰). با این حال، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت: استفاده از نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای و نمونه در دسترس که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند، خودگزارشی بودن ابزارها که احتمال سوگیری پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد، و وابستگی نتایج به شرایط فرهنگی و اجتماعی خاص جامعه اردبیل در بازه زمانی مطالعه که مقایسه بین‌فرهنگی را دشوار می‌سازد. برای رفع این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی گسترده‌تر، ترکیب روش‌های خودگزارشی با ارزیابی‌های عینی و مشاهده‌ای، و اجرای مطالعات مشابه در سایر فرهنگ‌ها استفاده شود. از لحاظ کاربردی نیز پیشنهاد می‌شود مراکز درمانی و آموزشی با بهره‌گیری از رویکردهای سایکودراما و درمان شناختی- رفتاری، برنامه‌های مداخله‌ای متناسب با سن و شرایط فرهنگی نوجوانان ارائه دهند و دوره‌های آموزشی برای والدین و معلمان درباره شناخت علائم اضطراب اجتماعی و حمایت از نوجوانان برگزار شود تا شناسایی زودهنگام و بهبود درمان تسهیل گردد.

در تدوین این مقاله، از ابزار هوش مصنوعی DeepSeek صرفاً به‌عنوان دستیار ویرایشی و نگارشی برای بهبود روانی متن، اصلاح نیم‌فاصله‌ها و بازنویسی جمله‌ها استفاده شد. این ابزار در تولید ایده‌های علمی، تحلیل داده‌ها، تفسیر یافته‌ها یا استخراج نتایج هیچ نقشی نداشت. تمامی محتوای علمی، داده‌ها، تحلی‌های آماری، تفسیرها و نتیجه‌گیری‌ها توسط نویسندگان انجام و تأیید شده است و نویسندگان مسئولیت کامل صحت و اصالت کلیه بخش‌های مقاله را بر عهده دارند. همچنین هیچ‌گونه داده محرمانه یا اطلاعات قابل شناسایی شرکت‌کنندگان در اختیار این ابزار قرار نگرفت و اصول محرمانگی و اخلاق پژوهش رعایت گردید.

منابع

1. Xiao Q, Song X, Huang L, Hou D, Huang X. Global prevalence and characteristics of non-suicidal self-injury between 2010 and 2021 among a non-clinical sample of adolescents: a meta-analysis. Front Psychiatry. 2022;13:912441.

2. Tang X, Liu Q, Cai F, Tian H, Shi X, Tang S. Prevalence of social anxiety disorder and symptoms among Chinese children, adolescents and young adults: a systematic review and meta-analysis. Front Psychol. 2022;13:792356.

3. Alsrehan H, Alhrahsheh R, Alodwan SS, Nser KK, Darawsheh SR, Khasawneh MAS, et al. Virtual reality socialization groups on Facebook: a new frontier for children with social anxiety disorder. 2024.

4. Bao R, Wade L, Leahy AA, Owen KB, Hillman CH, Jaakkola T, et al. Associations between motor competence and executive functions in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. Sports Med. 2024;54(8):2141-56.

5. Karaca Cengiz SN, Guney E, Ozaslan A, Saripinar EG. Theory of mind, metacognition, and executive functions in adolescents with social anxiety disorder: a comparative study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2025;19(1):108.

6. Zeresaz A, Manshaei G. Effectiveness of adolescent-focused mindfulness training on cognitive emotion regulation (positive and negative) in adolescent girls with social anxiety. Journal of Psychiatric Nursing. 2026;14(1):66-77.

7. Kiumarsi Larijani A, Mehrinejad SA, Sotoudeh-Asl N. Developing a structural model of internet gaming addiction based on the behavioral inhibition system with the mediation of cognitive emotion regulation strategies in adolescents in Tehran. New Psychological Research. 2024;19(75):155-69. doi:10.22034/jmpr.2024.61892.6237.

8. Khawar R, Attia S, Zulfqar A, Hussain S. Self-regulation and cognitive emotion regulation among adolescents. Pak J Humanit Soc Sci. 2023;11(2):2047-55.

9. Naderi F, Garavand H, Lajevardi H. Developing a structural model of life orientation based on children's perception of parent-child relationships, with the mediating role of internal self-talk among female secondary school students in Qom. Journal of Family Research. 2026;22(2). doi:10.48308/jfr.2025.236428.1791.

10. Behzad Basirat Z, Yaghoubi F, Hadei N, Davoodi-Dehaghani F, Behzad Basirat AM, Mousavi B. The role of biomarkers in anxiety disorders.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]
Uncorrected Proof

The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2025;13(3):115-30. doi: 10.61882/shefa.13.3.115 .

11. Park C, Song H, Lee JY, Lee E, Yang G, Kim J, et al. Talk to you more, listen to you more, and feel better in your mind: utilizing self-talk as a mechanism of action for alleviating anxiety. In: Proceedings of the Extended Abstracts of the CHI Conference on Human Factors in Computing Systems. 2025:1-8.

12. Arab Ameri A, Mohseni F, Moradi Galhin M, Alaei Tazehgheshlaq F, Radpour M. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy on social anxiety and academic achievement in female students with a history of domestic violence. J Cogn Behav Learn. 2026:1-15.

13. Noroozi Homayoon MR, Hataminejad M, Sadri Damirchi E. The effectiveness of psychodrama group therapy and cognitive-behavioral play therapy on executive functions (working memory, response inhibition, cognitive flexibility, and emotional self-regulation) in male students with social anxiety disorder. Neuropsychology. 2023;9(4):35-52. https://doi.org/10.30473/clpsy.2024.71022.1742.

14. Ishikawa SI, Songco A, Kashihara J, Sugawara D, Hudson J. Verbal expression patterns in cognitive behavioral therapy sessions for children and adolescents with anxiety disorders: a comparative study between Australia and Japan. Cogn Ther Res. 2025:1-12.

15. Moghaddam K, Ravarian A, Saied Ershadi F, Gorji A. The importance of theatre therapy (psychodrama) in the treatment of children and adolescents with autism spectrum disorder. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2019;7(2):107-15. doi: 10.29252/shefa.7.2.107.

16. Fouladvand M, Mollazadeh A, Davoodi H. Comparison of the effectiveness of psychodrama and acceptance and commitment therapy on hopelessness, psychological symptoms, and quality of life in patients with multiple sclerosis. Quarterly Journal of Experimental Psychology. 2025;2(1):120-33.

17. Wan Y. Is psychodrama an effective method to intervene high school students social anxiety. Lecture Notes in Education Psychology and Public Media. 2023;6(1):38-46.

18. Korki M, Hashemi SA, Mehrabizadeh Honarmand M, Peyman-Nia B. The effectiveness of integrative cognitive-behavioral psychodrama group therapy on fear of negative and positive evaluation and social anxiety in socially anxious adolescents: a randomized clinical trial. Quarterly Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology. 2025; 4 (2): 42-63. doi:10.22054/qccpc.2025.74916.3158.

19. La Greca AM. The social anxiety scales for children and adolescents. Behavior Therapy. 1999;22:133-6.

20. Solari S, Atashpour SH, Keshtiaray N, Mahdad A. The effectiveness of adolescent-focused mindfulness training on academic burnout in students with symptoms of social anxiety. Journal of Applied Psychological Research. 2024;15(4):19-34. doi:10.22059/japr.2024.344050.644292.

21. Calvete E, Estévez A, Landín C, Martínez Y, Cardeñoso O, Villardón L, et al. Self-talk and affective problems in college students: valence of thinking and cognitive content specificity. Span J Psychol. 2005;8(1):56-67.

22. Rezaei S, Soltanmohammadi D, Zebardast A. The prediction of positive and negative self-talk based on enneagram personality types in university students. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal. 2022;11(1):25-34.

23. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire: development of a short 18-item version (CERQ-short). Pers Individ Dif. 2006;41(6):1045-53. doi:10.1016/j.paid.2006.04.010.

24. Tabatabaee Zavare SA, Nasrolahi B. The mediating role of resilience in the relationship between spiritual intelligence and anxiety caused by corona crisis in students and university graduates: a descriptive study. JRUMS. 2024;23(2):119-33. Available from: http://journal.rums.ac.ir/article-1-7237-fa.html.

25. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. Behavior rating inventory of executive function: professional manual. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources; 2000.

26. Abdollahipour F, Alizadeh Zarei M, Akbar Fahimi M, Karamali Esmaeili S. Study of face and content validity of the Persian version of Behavior Rating Inventory of Executive Function, Preschool Version. Arch Rehabil. 2016;17(1):12-19. doi:10.20286/jrehab-170110.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]
Uncorrected Proof

27. Salimi Nave, F., Andishmand, V., Zeinaddini, Z., Soltani, A. Factor Structure and Validation of the Electronic form of Persian Behavioral Rating Inventory of Executive Functions in Male School Students With Learning Disabilities. The Scientific Journal of Rehabilitation Medicine, 2022; 11(1): 144-153. doi: 10.32598/SJRM.11.1.15.

28. Knowles KA, Tolin DF. Reductions in anxiety are associated with decreased expressive suppression and increased cognitive reappraisal after cognitive-behavioral treatment: a naturalistic study in youth. Child Psychiatry Hum Dev. 2026;57:62-69. doi:10.1007/s10578-024-01684-4.

29. Bagherian M, Azadi M, Azadollahpour M. The effectiveness of group psychodrama on life satisfaction, self-compassion, and positive emotions in depressed patients. Psychol Dyn Mood Disord. 2024;3(2):86-96. doi:10.22034/pdmd.2024.460139.1104.

30. Almasi M, Noroozi Homayoon M, Rezaei Sharif A. The effectiveness of virtual training in stress management skills and problem solving techniques on students' mental health and test anxiety. Preventive Counseling. 2022;3(3):1-15.https://doi.org/10.22098/jpc.2022.1733.

31. Hatami Nejad, M., Noroozi Homayoon, M., Sadeghi, M., & Sadri Damirchi, E. (2025). Development of a student social anxiety model based on uncompromising perfectionism and experiential avoidance with a mediating role of difficulty in emotion regulation. Journal of Applied Psychological Research, 16(2), 15–32. https://doi.org/10.22059/japr.2024.375061.644904.

32. Noroozi Homayoon M, Akhavi Samarein Z, Sadeghi M, Hatami Nejad M, Jafari Moradlo M. Comparing the efficacy of emotion-focused therapy and transcranial direct current stimulation on impulsivity, emotion regulation, and suicidal ideation in young people with borderline personality disorder. J Res Psychopathol. 2025;6(1):33-42. https://doi.org/10.22098/jrp.2024.14488.1221.

33. Noroozi Homayoon, M., Ghohari, F., & Sadri Damirchi, E. (2025). Developing a self-harm model based on cognitive emotion regulation and childhood trauma with the mediating role of insecure attachment styles in students of Ardabil City, Iran: A descriptive study. Practice in Clinical Psychology, 13(3), 239–252. https://doi.org/10.32598/jpcp.13.3.1049.1.

34. Noroozi Homayoon M, Lester D, Hatami Nejad M, Sadri Damirchi E. Developing a model of social anxiety in students based on maladaptive cognitive emotion regulation strategies with the mediating role of negative self-talk. Journal of Cognitive Science Research. 2025;1(4):50-59. https://doi.org/10.22059/jcsr.2025.404866.1024.

35. Sadri Damirchi, E., Noroozi Homayoon, M., & Hatami Nejad, M. (2025). Developing a model of social anxiety in students based on insecure attachment styles and fear of failure with the mediating role of rumination: A descriptive study. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 24(5), 438–451. https://doi.org/10.61882/jrums.24.5.438.

36. Eyvazzadeh Gharajeh H, Talebi S, Farzizadeh S, Atadokht A. The effectiveness of recovery-oriented cognitive therapy on positive and negative symptoms and cognitive insight in patients with chronic schizophrenia. Neurosci J Shefaye Khatam. 2025;14(1):37-50. doi: 10.61882/shefa.14.1.37.

37. Shahriaryfar K, Mohammadi S. Investigating the effectiveness of cognitive-behavioural therapy on post-traumatic stress disorder, resilience, and cognitive flexibility in students. Neurosci J Shefaye Khatam. 2025;13(4):12-22. doi: 10.61882/shefa.13.4.12.

38. Hosseinpour H, Soleymani E, Isazadegan A. Enhancing the efficacy of cognitive behavioral therapy with attentional bias modification to reduce worry and emotion regulation difficulties in women with generalized anxiety disorder. Neurosci J Shefaye Khatam. 2025;13(2):20-30. doi: 10.61186/shefa.13.2.20.

39. Akbarpor M, Sharifiyan Ghazijahani M, Smkhani Akbarinejhad H. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy with compassion-focused therapy on resilience and psychological well-being of subjects with multiple sclerosis. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2021;9(4):60-70. doi: 10.52547/shefa.9.4.60 .

40. Khodadadi Arkavini S, Khodadadi M, Davoodi H. A review of cognitive therapy for mental disorders based on bias modification. The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam. 2021;9(3):140-50. doi: 10.52547/shefa.9.3.140 .

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-29]