

تاریخ دریافت مقاله: ۹۳/۰۷/۰۴
تاریخ بررسی مقاله: ۹۳/۰۷/۱۸
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۴/۰۱/۲۲

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۹۴
دوره‌ی چهارم، سال ۲۲، شماره‌ی ۱
صص: ۱۵۲-۱۳۳

تأثیر واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان

فرزانه رجب‌زاده*

شاهرخ مکوند حسینی**

جعفر طالبیان شریف***

بهرامعلی قنبری هاشم‌آبادی****

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر واقعیت درمانی نوین گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب بر اضطراب اجتماعی دانشجویان بود. بدین منظور از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. تعداد ۴۰ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد با توجه به سطوح بالای اضطراب و ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. گروه آزمایش، ۱۱ جلسه واقعیت درمانی گروهی (۹۰ دقیقه‌ای-هفته‌ای یک جلسه) دریافت کرد. تمرکز بر جنبه‌های مختلف اضطراب اجتماعی و توانبخشی این افراد برای بهبود موقعیت‌شان بود (توضیح رفتارهای اضطرابی به عنوان یک انتخاب درونی، توضیح مسئولانه بودن و واقع‌گرا بودن درخصوص رفتار کارآمد و افزایش مسئولیت‌پذیری در قبال انتخاب رفتارها). اما گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. هر دو گروه پیش و پس از درمان و همچنین ۳ ماه بعد از اتمام دوره‌ی درمان، مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN) را تکمیل کردند. داده‌ها با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مورد

* کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان
(نویسنده مسئول)
rajabzadeh.farzaneh@yahoo.com

** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان

shmakvand@yahoo.com

*** عضو هیأت علمی گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد

**** استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد

تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب موجب کاهش اضطراب در دانشجویان گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شده است. بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان از واقعیت‌درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب، برای کاهش اضطراب اجتماعی در مبتلایان به این اختلال استفاده نمود.

کلید واژگان: واقعیت‌درمانی گروهی، اضطراب اجتماعی، دانشجویان.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (SAD) یا هراس اجتماعی^۲ به عنوان یک اختلال از طبقه اختلال‌های اضطرابی، یکی از رایج‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی (لمپ^۳، ۲۰۰۹؛ گارسیا-لوپز، اولیورز، بیدل، آل‌بانو، ترنر و همکاران^۴، ۲۰۰۶)، شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی و سومین اختلال روانی از نظر شیوع بین جمعیت عمومی است (هافمن و بارلو^۵، ۲۰۰۲؛ فهم، بی‌سدو، ژاکوبی، فیدلر^۶، ۲۰۰۸).

ویژگی تشخیصی اصلی این اختلال، ترس بارز و پایدار از موقعیت‌های اجتماعی است که در آن‌ها احتمال دست‌پاچگی برای شخص وجود دارد. الگوهای شناختی معاصر هراس اجتماعی این فرض را مطرح می‌کنند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی موقعیت‌های اجتماعی را زیان‌بار می‌دانند. این افراد براین باورند که رفتارشان از نظر اجتماعی پیامدهای مصیبت‌باری خواهد داشت (هافمن و لو^۷، ۲۰۰۶). این افراد نگرانند که مرتکب عملی شوند یا حرفی بزنند که منجر به خجالت یا تحقیرشان شود؛ از این رو از رفتارهای بین فردی خودداری می‌کنند (استین^۸ و استین، ۲۰۰۸). این افراد می‌ترسند که عصبی و احمق به نظر رسند، اشتباه کنند، مورد قضاوت یا تمسخر قرار گیرند (چاویرا^۹ و استین، ۲۰۰۵). همچنین از موقعیت‌هایی مانند شرکت در

1- social anxiety disorder

2- social phobia

3- Lampe

4- Garcia-Lopez, Olivares, Beidel, Albano, Turner, & et al

5- Hofmann & Barlow

6- Fehm, Beesdo, Jacobi, & Fiedler

7- Loh

8- Stein

9- Chavira

گروه، انجام کار تحت نظارت فرد یا افراد دیگر، صحبت یا سخنرانی در جمع (بلوتی، کینت، میرز، ویستنبرگ^۱، ۲۰۰۹)، خوردن یا نوشیدن در مکان‌های عمومی، قرار ملاقات با جنس مخالف، و تماس چشمی با غریبه‌ها شدیداً واهمه دارند (سافرن، هیمبرگ، هورنر، جاستر، اشنایر و همکاران^۲، ۱۹۹۹). در این قبیل موقعیت‌ها نشانه‌های اضطراب مانند لرزش، تعریق، سرخ‌شدگی، و تپش قلب را بروز می‌دهند (استین و استین، ۲۰۰۸). هادسن^۳ و راپی^۴ (۲۰۰۴) و بیدرمن، هیرش‌فلد، روزنباوم، هیروت، فریدمن و همکاران^۵ (۲۰۰۱) نشان دادند کمرویی می‌تواند یکی از نمونه‌های اضطراب اجتماعی باشد، چرا که اضطراب اجتماعی معمولاً به شکل کمرویی، دست‌پاچگی و شرم جلوه‌گر می‌شود.

به اعتقاد دیکسون و مک لئود^۶ (۲۰۰۴)، اضطراب بطور برجسته بایک نظام هدفی که بر اجتناب متمرکز است مشخص می‌شود. در نتیجه اضطراب اجتماعی حالتی پایدار و ناتوان‌کننده است که با اضطراب و اجتناب در موقعیت‌های تعامل اجتماعی یا کارآمدی، و ترس شدید از شرم‌منده شدن یا بی‌عرضه به نظر رسیدن همراه است (راسل و شو^۷، ۲۰۰۶).

میزان شیوع کلی این اختلال ۱۳/۳ درصد است (بارلو و دوراند^۸، ۲۰۱۱) و در جایگاه سوم اختلال‌های روان‌پزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار دارد (نیکلسون^۹، ۲۰۰۸؛ کسلر، مک گوناگل، ژائو، نلسون، هیوز و همکاران^{۱۰}، ۱۹۹۴) و اگر درمان نشود با دوره‌ای مزمن و پنهان همراه می‌گردد (لمپ، ۲۰۰۹).

هاگس، کاپلن، بوساکی، رز-کراسونر^{۱۱} (۲۰۰۹) نشان دادند که کودکان مضطرب در ارتباط با هم‌تایان‌شان ناراحت هستند و بیشتر تمایل به تنها بودن دارند. در تحقیقی طولی پایین^{۱۲} (پاین

- 1- Blote, Marcia, Kint, Miers, & Westenberg
- 2- Safren, Heimberg, Horner, Juster, Schneier, & et al
- 3- Hudson
- 4- Rapee
- 5- Biederman, Hirshfeld, Rosenbaum, Herot, Friedman, & et al
- 6- Dickson & Mcleod
- 7- Russell & Shaw
- 8- Durand
- 9- Nicholson
- 10- Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson, Hughes, & et al
- 11- Hughes, Coplan, Bosaki, & Rose-Krasnor
- 12- Pine

۱۹۹۸؛ به نقل از رانتا، تیومستو و پالکونن^۱، ۲۰۰۶) نشان داد که اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانی ممکن است سبب ایجاد اختلالات هیجانی و اضطرابی در بزرگسالی شود.

سیر بیماری اغلب پیوسته و اختلال مزمنی است که می‌تواند سبب کاهش کیفیت زندگی فرد شود (استین، روی-بایرن^۲، کراسک^۳، بایستریس کی^۴، سالیوان^۵ و همکاران، ۲۰۰۵) و همچنین هزینه‌های قابل ملاحظه اقتصادی و ضعف‌های شدید کارکردی در حوزه آموزشی و حرفه‌ای را نیز به دنبال دارد (آکارتراک، کوچی‌پرس، ون استراتن، دگراف^۶، ۲۰۰۹). از این رو در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (فرمارک^۷، ۲۰۰۲؛ به نقل از رپی و اسپنس^۸، ۲۰۰۴) و ضرورت پرداختن به تبیین و شیوه‌های درمان آن، با مرور سابقه پژوهشی این اختلال که در سال ۱۹۸۰ با انتشار سومین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی توسط انجمن روان‌پزشکی آمریکا به عنوان یکی از اشکال آسیب‌شناسی روانی شناخته شد، آشکار می‌شود. این مسأله اهمیت به کار بستن یک روش درمانی مؤثر که جنبه‌های مختلف این اختلال را به صورت مناسب و کارآمد پوشش دهد را بیش از پیش روشن می‌سازد. همچنین با توجه به این که این اختلال بسیار فراگیر و ناتوان‌کننده، در سنین اوج استقلال طلبی فرد بروز می‌کند و در صورت عدم درمان، موارد بهبود خودبخودی اندک است، درمان چنین افرادی کاملاً ضروری بنظر می‌رسد. در این میان بعضی از اقشار جامعه به اقتضای شغلی که دارند و کاری که به آن می‌پردازند، بیشتر از دیگران با فعالیت‌هایی مثل: سخنرانی در جمع، انجام کاری در حضور دیگران، تعامل اجتماعی،... سر و کار دارند و ممکن است شیوع اختلال هراس اجتماعی در آن‌ها بیشتر باشد.

در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، هم از درمان‌های دارویی و هم از درمان‌های روان‌شناختی بهره گرفته می‌شود. هر چند بررسی‌های چندی در رابطه با تعیین برتری یکی از این‌ها نسبت به دیگری انجام شده، هنوز یافته‌های با ثباتی که بتواند برتری یک روش را بر

- 1- Ranta, Tuomisto, & Pelkonen
- 2- Roy-Byrne
- 3- Craske
- 4- Bystritsky
- 5- Sullivan
- 6- Acarturk, Cuijpers, Van Straten, & de Graaf
- 7- Furmark
- 8- Rapee & Spence

دیگری نشان دهد به دست نیامده است (تورک^۱، هیمبرگ و هوپ^۲، ۲۰۰۱؛ رووا و آنتونی^۳، ۲۰۰۵). از طرف دیگر، با نظر به این که مبتلایان به هراس اجتماعی در زمینه‌ی مهارت‌های اجتماعی خود دچار نقصان بوده (آنتونی، ۱۹۹۷) و با توجه به اهمیت روش‌های درمانی گروهی و مقرون به صرفه بودن این روش‌ها نسبت به روش‌های درمان انفرادی (از لحاظ وقت، انرژی، هزینه،...)، بررسی روش‌های درمان گروهی این اختلال فراگیر، مفید و کارآمد به نظر می‌رسد.

با توجه به یافته‌های تحقیقات گذشته در مورد کارآمدی روش‌های مختلف درمانی و اهداف مورد نظر این پژوهش، روش درمانی که در این پژوهش مورد استفاده قرار می‌گیرد، واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر تئوری انتخاب می‌باشد.

رویکرد واقعیت درمانی بر نظریه انتخاب^۴ استوار است و بنیان‌گذار آن گلاسر^۵ بوده است. بر اساس نظریه انتخاب هر موجود آدمی از پنج نیاز اساسی برخوردار است که عبارت اند از: ۱- تعلق خاطر و رغبت اجتماعی ۲- پیشرفت و قدرت ۳- آزادی ۴- تفریح ۵- نیاز به بقا. بر اساس این نظریه هر فرد، زمانی می‌تواند احساس توانمندی و اعتماد و احترام به خویشتن و در نهایت احساس شادکامی کند که بتواند نیازهای اساسی خود را به طور مؤثر برآورده سازد (گلاسر ۲۰۰۸). در تئوری انتخاب اعتقاد بر این است که تمام اعمالی که انجام می‌دهیم، رفتار است و تقریباً تمامی رفتارهای ما انتخاب می‌شوند. گلاسر رفتار را شامل چهار مؤلفه‌ی عملکرد، تفکر، احساس و فیزیولوژی می‌داند که ما بر دو مؤلفه‌ی عملکرد و تفکر به طور مستقیم و بر احساس و فیزیولوژی به طور غیرمستقیم کنترل داریم. تأکید اساسی نظریه‌ی انتخاب بر دو مؤلفه‌ی عملکرد و تفکر می‌باشد (گلاسر، ۲۰۰۶).

رهبر گروه در مشاوره‌ی گروهی واقعیت درمانی، تلاش می‌کند تا اعضا بتوانند نیازها و خواسته‌های خود را شناخته و بیان کنند. همچنین معلوم می‌گردد که این خواسته‌ها چقدر واقع‌بینانه است و آیا رفتارشان، آن‌ها را در تحقق نیازهایشان کمک می‌کند یا خیر؟ به این

-
- 1- Turk
 - 2- Hope
 - 3- Rowa & Antony
 - 4- choice theory
 - 5- glasser

شکل اعضا به ارزیابی و قضاوت ارزشی می‌پردازند (بدون سرزنش و تحقیر و تنبیه) (شارف^۱، ۱۹۹۶).

ویلیام گلاسر می‌گوید مشکلات روانی ناشی از این است که فرد فکر می‌کند توسط نیروهای بیرونی جهان کنترل می‌شود. روش گلاسر به افراد می‌فهماند که می‌توانند وضعیت بهتری را انتخاب کنند. این روش درمانی افراد را مسئول بار می‌آورد (کریش^۲، ۲۰۰۱). واقعیت درمانی با ایجاد یک رابطه‌ی درمانی انسان‌گرایانه با مراجع آغاز می‌شود. سپس، مراجعان باید تعیین کنند که چه خواسته‌هایی دارند و برای رسیدن به آن‌ها چه می‌خواهند بکنند. مجموعه‌ای از سؤالات از مراجع پرسیده می‌شود تا او را وادار به تفکر درباره‌ی یک طرح عمل ساده و دقیق برای بهبود وضع کنونی خود کند (هووات، ۲۰۰۱).

زارب^۳ معتقد است واقعیت درمانی^۴ نوعی درمان است که کاربرد آن برای تمام افرادی که دچار مشکل هستند امکان‌پذیر است. عدم انکار واقعیت، مسئولیت‌پذیری و بر این اساس، برنامه‌ریزی جهت دستیابی به اهداف، از اصلی‌ترین نیازهای انسان در فرآیند زندگی است که در این رویکرد درمانی به آن اهمیت داده شده است (خدایاری فرد^۵، ۲۰۰۳).

گلاسر معتقد است که در هر ارتباطی از هر نوع و شکل، فرد می‌تواند خود را تغییر دهد و این به معنای کنترل درونی^۶ است. بنابراین برای رسیدن به موفقیت بایستی دست از خصلت (کنترل) بیرونی برداریم و به جای آن به رفتار بر اساس آموزه‌های نظریه‌ی انتخاب‌بیردازیم. یکی از مؤلفه‌های دیگر واقعیت درمانی، مسئولیت‌پذیری است. گلاسر معتقد است مسئولیت، همان انتخاب است و بیان می‌دارد که هر کس می‌تواند از مسئولیت، برداشتی داشته باشد اما هیچ کس نمی‌تواند صادقانه بگوید که به هنگام انتخاب، نسبت به آنچه انتخاب کرده است، مسئولیت ندارد. اگر ما مسئولیت آنچه را برای ارضای نیازهایمان انجام می‌دهیم نپذیریم به موجودی خطرناک تبدیل می‌شویم (گلاسر، ۲۰۰۶). ویلیام گلاسر در روش درمانی‌اش "واقعیت درمانی" بر مواجه شدن با واقعیت، قبول مسئولیت و قضاوت اخلاقی درباره کارآمد

1- Sharf

2- Kreyche

3- Zareb

4- reality therapy

5- KhodayariFard

6- internal control

یا ناکارآمد بودن رفتار تأکید می‌کند (موترن^۱ و موترن، ۲۰۰۶).

نلسون^۲ (۲۰۰۱) بیان می‌کند که واقعیت درمانی در تلاش است که به افراد کمک کند به جای روان‌شناسی کنترل بیرونی^۳، نظریه انتخاب^۴ یا روان‌شناسی کنترل درونی^۵ را برگزینند. در نظریه انتخاب، اعتقاد بر این است که تنها خود فرد می‌تواند کاری برای خودش انجام دهد و هیچ کس بدون اجازه او نمی‌تواند، چنین کاری کند (جونز و پریش^۶، ۲۰۰۵). انسان‌ها می‌توانند با انتخاب کردن راه‌های مؤثر و مناسب برای نیل به تفریح^۷، قدرت^۸، آزادی^۹، عشق و تعلق^{۱۰}، موقعیت بهتری خلق کنند (دوناتو^{۱۱}، ۲۰۰۴). اما رفتارهای ویژه‌ای که هر فرد انتخاب خواهد کرد تا به ارضای نیازهای اساسی نایل شود به نسبت هر فرد، بی‌نظیر است (لوید^{۱۲}، ۲۰۰۵).

واقعیت درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی تاکنون در زمینه‌های گوناگونی مورد استفاده قرار گرفته است؛ گلاسر (۱۹۶۵) به مثال‌های متعددی در این زمینه اشاره می‌کند که از جمله می‌توان به اثربخشی برنامه‌ی واقعیت درمانی در درمان دختران نوجوان بزهکار، بیماران سایکوتیک در محیط بیمارستان و مطب و محیط‌های آموزشی اشاره نمود. پژوهش‌ها حاکی از آن است که واقعیت درمانی در کاهش نشخوار ذهنی بیماران مبتلا به PTSD (پریزلا^{۱۳}، ۲۰۰۶)، کاهش اعتیاد و افزایش عزت نفس (کیم^{۱۴}، ۲۰۰۸)، بهبود ادراک خود و خودپنداره معنادان و زندانیان (هانیمن، ۱۹۹۰؛ چانس^{۱۵} و همکاران، ۱۹۹۰ و بلاک^{۱۶}؛ ۱۹۹۴؛ نقل از کیم،

-
- 1- Mottern
 - 2- Nelson
 - 3- external control psychology
 - 4- choice theory
 - 5- internal control psychology
 - 6- Jones & Parish
 - 7- fun
 - 8- power
 - 9- freedom
 - 10- love & belonging
 - 11- Donato
 - 12- Loyd
 - 13- Prenzlau
 - 14- Kim
 - 15- Chance
 - 16- Black

۲۰۰۲) مؤثر واقع شده است.

تحقیقات دیگری را سویتانویچ^۱ و همکاران، ۲۰۰۲ (بررسی تأثیر واقعیت درمانی گروهی بر کاهش اختلالات روان‌تنی دانش‌آموزان)، ایتونگ^۲، ۱۹۹۸ (بررسی تأثیر شیوه‌ی درمانی گروهی بر رفتار خود مراقبتی بستگان افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا)، و... انجام دادند که همه‌ی نتایج حاکی از آن است که شیوه‌ی واقعیت درمانی تأثیر مثبت و مؤثری بر کاهش اختلالات روانی داشته است.

کیم (۲۰۰۹) در پژوهشی که بر روی بیماران اسکیزوفرنی بستری شده (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) که در یکی از بیمارستان‌های روانی در کره جنوبی انجام داد، به این یافته رسید که واقعیت درمانی باعث ایجاد تغییرات مثبت در مؤلفه‌های کنترل درونی، عزت نفس، و مقابله با استرس گردیده است.

مطالعات اینگرام و هینکل^۳ (۱۹۹۰) و هریس^۴ (۱۹۹۵) به نقل از بدنر^۵ و پترسون (۱۹۹۶) بر آموزش مسئولیت‌پذیری در بیماران افسرده و دانش‌آموزان نشان‌دهنده‌ی کاهش افسردگی و افزایش مسئولیت‌پذیری در آزمودنی‌ها بوده است.

با توجه به آنچه گفته شد، واقعیت درمانی بر روی مسائلی از جمله مواجهه با واقعیت، قبول مسئولیت، شناخت نیازهای اساسی، تمرکز بر اینجا و اکنون، کنترل درونی و هویت توفیق و ... سر و کار دارد. در این رویکرد اعتقاد بر این است اعمالی که ما انجام می‌دهیم رفتار به شمار می‌روند و تقریباً تمام رفتارهای ما انتخاب می‌شوند (گلاسر، ۱۹۹۸). با توجه به این که در فوبی اجتماعی افراد در شناخت نیازهای اساسی‌شان و راه‌های ارضای آن‌ها، قبول مسئولیت رفتارها و حالات‌شان، و کنترل درونی دچار مشکل می‌باشند، لذا یکی از روش‌های درمانی که اخیراً در این زمینه مورد توجه قرار گرفته است واقعیت درمانی می‌باشد. جستجوی منابع علمی نشان می‌دهد که در سطح جهانی و بخصوص در ایران پژوهش‌های اندکی در خصوص اثر واقعیت درمانی بر اضطراب اجتماعی انجام شده است. لذا هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر واقعیت درمانی بر اضطراب اجتماعی دانشجویان می‌باشد.

-
- 1- Cvitanovich
 - 2- Inthong
 - 3- Ingram & Hinkle
 - 4- Harris.P
 - 5- Bedner

روش

طرح پژوهش در این مطالعه، آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری، توأم با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را دانشجویان دخترى تشکیل می‌دهد که پس از پخش اطلاعیه برای کاهش مشکلاتی از جمله ترس از کنفرانس دادن و یا اظهار نظر در کلاس، سؤال پرسیدن، جزوه گرفتن از همکلاسی‌ها، خجالت از برقراری تعامل اجتماعی و.... به گروه درمانگر مراجعه کردند. سپس افراد مراجعه‌کننده با استفاده از ابزار پژوهش (پرسشنامه هراس اجتماعی SPIN) مورد ارزشیابی قرار گرفتند. تعداد ۴۰ نفر که بیشترین نمرات را کسب کردند انتخاب شدند. در مرحله بعد این ۴۰ نفر به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره تقسیم و در نهایت مجدداً به صورت تصادفی به یک گروه واقعیت درمانی ارائه شد (گروه آزمایشی) و گروه دوم تحت هیچ درمانی قرار نگرفت (گروه کنترل).

گروه آزمایش تحت درمان به شیوه واقعیت درمانی گروهی به مدت ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای یک جلسه) قرار گرفت و در مورد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید. در پایان بعد از ۳ ماه، از هر ۲ گروه مجدداً پس آزمون به عمل آمد. همچنین ۳ ماه بعد از اتمام دوره‌ی درمان نیز برای پیگیری دوباره مقیاس هراس اجتماعی (SPIN) اجرا شد. در گروه آزمایشی تأکید بر واقعیت درمانی گروهی در خصوص جنبه‌های مختلف اضطراب و توانبخشی این افراد در بهبود وضعیت آنها بود. ساختار و محتوای جلسات درمان گروهی به شیوه واقعیت درمانی به شرح ذیل بود:

جلسه اول. آشنایی اعضا با یکدیگر و ایجاد رابطه‌ی مبتنی بر اعتماد میان اعضا و مشاور و بیان قواعد گروه، اهمیت و نقش مهارت‌های ارتباطی.

جلسه دوم. توضیح نیازهای ژنتیکی، انجام تست نیازها و آشنایی اعضا با نیازهای ژنتیکی‌شان. بررسی اهمیت برآوردن نیازها، توضیح این‌که رفتارهای اضطرابی و اجتنابی به عنوان راهی ناکارآمد برای ارضای نیازهای ژنتیک است.

جلسه سوم. بازخورد از جلسه قبل، توضیح درباره اختلال اضطراب اجتماعی و پاسخ به سؤال "چرایی و چگونگی" درمورد اضطراب اجتماعی، چگونگی برآوردن نیازها به روش کارآمد.

جلسه چهارم. بازخورد از جلسه قبل، توضیح در مورد رفتار کلی و چهار مؤلفه آن (فکر، عمل، فیزیولوژی و احساس)، آموزش ماشین رفتار در انسان، توضیح اضطراب اجتماعی به عنوان یک رفتار کلی.

جلسه پنجم. بازخورد از جلسه قبل، کمک به اعضا برای شناخت رفتار و احساس کنونی‌شان، بیان مفهوم کنترل درونی و بیرونی، توضیح رفتارهای اضطرابی به عنوان یک انتخاب درونی.

جلسه ششم. بازخورد از جلسه قبل، توضیح دنیای کیفی، آموزش قطعه‌ای تئوری انتخاب، بیان جایگاه اضطراب در دنیای کیفی، راهکارها در خصوص تغییر تصویر اضطراب از دنیای کیفی.

جلسه هفتم. بازخورد از جلسه قبل، توضیح تفاوت بین رفتار کارآمد و ناکارآمد، توضیح مسئولانه بودن و واقع‌گرا بودن در خصوص رفتار کارآمد، آشنایی اعضا با مسئولیت‌های خویش و کمک به پذیرش و افزایش مسئولیت‌پذیری در قبال انتخاب رفتارها.

جلسه هشتم. بازخورد از جلسه قبل، توضیح این‌که عذر و بهانه راه دستیابی به اهدافمان نیست. آموزش هفت رفتار مخرب و هفت رفتار موثر برای ارضا نیازها.

جلسه نهم. بازخورد از جلسه قبل، مشخص کردن راه‌های رسیدن به خواسته‌ها از زبان خود اعضا. توضیح در خصوص راه‌حل کار آمد و ناکارآمد با در نظر گرفتن دو ویژگی واقع‌گرا بودن و مسئولانه بودن.

جلسه دهم. بازخورد از جلسه قبل، توضیح در مورد این‌که برای رسیدن به هدف باید برنامه داشت. مشخص کردن برنامه‌ی رسیدن به راه‌حل‌های اعضا. معرفی ویژگی‌های برنامه SMART شامل (معین^۱، قابل اندازه‌گیری^۲، قابل دستیابی^۳، واقع‌گرایانه^۴، دارای زمان مشخص^۵).

جلسه یازدهم. بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با مساله تعهد، گرفتن تعهد کتبی از اعضا

-
- 1- specifics
 - 2- measurable
 - 3- attainable
 - 4- realistic
 - 5- time-framed

برای اجرای برنامه، نپذیرفتن عذرو بهانه. آموزش و توضیح هدف در زندگی و لزوم داشتن هدف برای خود و آنگاه دعوت به تفکر در خصوص چگونگی دستیابی به هدف و تأکید مجدد بر قبول مسئولیت توسط اعضا.

پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN). برای سنجش اضطراب اجتماعی از پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) ۱۷ ماده که دارای سه مقیاس فرعی: ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است، استفاده خواهد شد. این مقیاس نخستین بار توسط کالوت و کانور (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی یا هراس اجتماعی تهیه گردید. پایایی به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ است.

یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی دو گروه، در هریک از مؤلفه‌های پژوهش در قسمت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی دو گروه در متغیرها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مؤلفه اضطراب	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
ترس	آزمایش	۲۰/۴۴	۰/۵۰	۱۴/۹۰	۰/۴۸	۱۴/۶۰	۰/۴۴
	کنترل	۲۰/۳۶	۰/۴۹	۱۷/۹۵	۰/۴۸	۱۸/۱۵	۰/۴۴
اجتناب	آزمایش	۲۳/۵۳	۰/۵۵	۱۷	۰/۴۹	۱۶/۰۵	۰/۳۳
	کنترل	۲۴/۴۸	۰/۵۵	۲۰/۸۰	۰/۴۹	۱۹/۱۰	۰/۳۴
ناراحتی فیزیولوژیکی	آزمایش	۱۵/۱۹	۰/۳۴	۱۱/۲۰	۰/۴۸	۱۱/۸۰	۰/۴۵
	کنترل	۱۴/۵۳	۰/۳۴	۱۳/۵۵	۰/۴۸	۱۵/۴۰	۰/۴۸

با توجه به جدول ۱ مشاهده می‌شود که میزان ترس در افراد گروه آزمایشی در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری و پس از اجرای واقعیت درمانی گروهی، حدود ۵ نمره کاهش یافته است. همچنین میزان اجتناب در این گروه در مرحله‌ی پس آزمون ۶ نمره و در مرحله‌ی

پیگیری ۷ نمره کاهش یافته است. ناراحتی فیزیولوژیکی نیز در این گروه در مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری حدود ۴ نمره کاهش یافته است.

انجام تحلیل واریانس چند متغیری بر روی نمره‌های تفاضل میان پیش آزمون و پس آزمون نشان از معنی‌داری گروه‌ها از لحاظ ترکیب خطی متغیرهای وابسته است. ارزش لامبدای ویلکس برابر با ۰/۵۱۹، و شاخص آماری ۱۱/۱۳ از لحاظ آماری $p > 0/0001$ است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری یعنی آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها در ابعاد اضطراب در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. اثرات بین آزمودنی‌ها در مؤلفه‌های اضطراب

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی‌داری
گروه	ترس	۱۰۲/۴۰	۱	۱۰۲/۴۰	۱۳/۴۴	۰/۰۰۱
	اجتناب	۸۷/۰۲	۱	۸۷/۰۲	۲۳/۹۷	۰/۰۰۰
	ناراحتی فیزیولوژیکی	۱۹۸۴۷/۰۲	۱	۱۹۸۴۷/۰۲	۹/۲۶	۰/۰۰۴

نتایج تحلیل واریانس تک متغیری در جدول ۱ نشانگر آن است که مداخله‌ی آزمایشی تمام ابعاد اضطراب اجتماعی را بهبود داده است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش بطور کلی نشان داد که اجرای واقعیت درمانی گروهی مبتنی بر نظریه انتخاب اثرات خوب و مؤثری بر اضطراب اجتماعی دانشجویان دارد و می‌تواند تا حد قابل توجهی موجب کاهش آن در دانشجویان شود. مقایسه دانشجویان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب اجتماعی پس از اجرای این نوع درمان بر روی گروه آزمایش تفاوت محرز را میان آنان ایجاد کرد و اثرات آن در گذر زمان نیز افت زیادی نداشت. این نتایج با نتایج تحقیقات رپی و تامپسون^۱ (۲۰۰۲)، گرکو و موریس^۲ (۲۰۰۵) و ونزل، ماچو و

1- Thompson

2- Gerco & Morris

برندل^۱ (۲۰۰۴)، همسو است. آن‌ها نیز دریافته بودند که آموزش مهارت‌های ارتباطی مؤثر و مفید به افراد مضطرب اجتماعی موجب کاهش علائم اضطراب اجتماعی می‌گردد. همچنین در زمینه‌ی رویکرد واقعیت درمانی در مشاوره می‌توان به پژوهش‌های انگلیس^۲، ۱۹۷۰؛ روتر^۳، ۱۹۶۶؛ هاوس^۴، ۱۹۷۱؛ مینک و واتس^۵، ۱۹۷۳؛ و برایینگ^۶، ۱۹۷۹ (به نقل از شیلیینگ، ۱۹۹۶) اشاره کرد که در تمام این پژوهش‌ها میزان کارایی واقعیت درمانی در مشاوره بسیار بالا بوده است و پژوهشگران گزارش کرده‌اند که رویکرد واقعیت درمانی در مشاوره تأثیر مثبتی بر رفتار دانش‌آموزان و نیز فضای کلی مشاوره داشته است. تحقیقات دیگری را سویتا نویچ و همکاران (۲۰۰۲) و ایتونگ (۱۹۹۸) انجام دادند که همه‌ی نتایج حاکی از آن است که شیوه‌ی واقعیت درمانی تأثیر مثبت و مؤثری بر کاهش اختلالات روان تنی دانش‌آموزان، اختلال اسکیزوفرنیا و افزایش رفتارهای خود مراقبتی بستگان افراد مبتلا به اختلال اسکیزوفرنیا داشته است.

این اثر تقریباً بطور هماهنگ در سه مؤلفه اضطراب اجتماعی مشهود بود. با استفاده از این نوع درمان می‌توان ناراحتی‌های جسمانی شایع ناشی از اضطراب اجتماعی در دانشجویان را در مراحل مختلف تحصیل کاهش داد. برای مثال بررسی‌های تحقیق حسن‌پور دهکردی، صالحی، فروزنده، نادری پور، گنجی و همکاران^۷ (۲۰۰۹) نشانگر آنست که آموزش مهارت‌های تن آرامی در کاهش علائم هراس اجتماعی اثربخش می‌باشد و متعاقباً کاهش هراس اجتماعی منجر به افزایش تمرکز و حافظه، افزایش یادگیری، تسهیل مطالعه و احساس خوب جسمی و روانی می‌شود. که این یافته با نتایج تحقیق حاضر مبنی بر کاهش ناراحتی فیزیولوژیکی در افراد گروه آزمایشی که تحت تأثیر واقعیت درمانی گروهی قرار گرفته بودند، هماهنگ و همسو می‌باشد.

به علاوه نتایج تأیید می‌کند که ترس‌های دانشجویان با بکارگیری این نوع درمان گروهی

1- Wenzel, Macho, & Brendle

2- English

3- Rotter

4- Hawes

5- Mink & Wats

6- Braying

7- Hasanpour Dehkordi, SalehiTali, Frouzandeh, Naderipour, Ganjei, & et al

بسیار کمتر می‌شود. یافته‌های حاصل از این تحقیق با پژوهش‌های ریپی و تامپسون (۲۰۰۲) و تیگنول، فیاتوت و اسوندسون^۱ (۲۰۰۶)، در یک راستا قرار دارد. آن‌ها نیز نشان دادند که "ترس از ارزیابی منفی" در اثر بهبود مهارت‌های ارتباطی به طور معناداری کاهش می‌یابد. برخی از محققان اعتقاد دارند که؛ "ترس از ارزیابی منفی" علت اصلی اضطراب اجتماعی است و به عبارت دیگر برخی افراد از ارزیابی منفی دیگران می‌ترسند. در مشخصه‌ی اول این افراد، ترس بارز و مستمر از یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی که در آن شخص با افراد نا آشنا مواجه است یا ممکن است موضوع کنجکاوی آن‌ها قرار بگیرد، بیان شده است. شخص می‌ترسد به گونه‌ای رفتار کند که موجب تحقیر و یا شرمندگی او گردد (کاپلان و سادوک^۲، ۱۹۹۴). بنا بر پژوهشی که تیگنول و همکاران (۲۰۰۶) انجام دادند معلوم کردند که این ترس از ارزیابی منفی بر صفت شخصیتی "آسیب‌گریزی"^۳ اثر متقابل می‌گذارد و همگی این‌ها باعث افزایش اضطراب اجتماعی در فرد می‌گردد. به عبارتی دیگر، بالا بودن "ترس از ارزیابی منفی" و صفت شخصیتی "آسیب‌گریزی"، با بالا بودن اضطراب اجتماعی مرتبط است. تبیین احتمالی این است که، تعیین دقیق خواسته‌های خود از موقعیت‌های اجتماعی، ارزیابی و قضاوت ارزشی درباره کارآمد یا ناکارآمد بودن رفتارها و افکار فعلی، کنترل مستقیم بر تفکر که موجب شکل‌گیری افکار منفی از جمله ترس در مورد موقعیت‌های اجتماعی می‌شود، می‌تواند در کاهش اضطراب اجتماعی و به ویژه در کاهش "ترس از ارزیابی منفی" به افراد یاری برساند.

از آنجا که یکی از مؤلفه‌های مهم دیگر اضطراب اجتماعی را اجتناب تشکیل می‌دهد، طبیعتاً قابل پیش‌بینی است که با کاهش ناراحتی‌های بدنی و نیز ترس‌ها، اجتناب از موقعیت‌ها و مکان‌ها و افراد نیز کاهش یابد. نتایج این بررسی نیز نشان داد که میزان اجتناب و پریشانی اجتماعی در افراد گروه آزمایش پس از دریافت واقعیت‌درمانی گروهی به طور معناداری کاهش یافته است. نتیجه‌ی این فرضیه با تحقیقات دام‌باگن و کریمیت^۴ (۲۰۰۰) و هربرت،

1- Tignol, Faytout, & Swendsen

2- Kaplan & Sadok

3- harmavoidance

4- Dam-Baggen & Kraaimaat

گودبانو، رین گولد، و مایرز^۱ (۲۰۰۵) در یک راستا قرار دارد که معتقدند؛ "اجتناب و پریشانی اجتماعی" افراد در نتیجه‌ی آموزش مهارت‌های ارتباطی کاهش می‌یابد. همچنین این یافته با کارهای اولیه کشدان و رابرت^۲؛ سکستون و دوگاس^۳؛ و بساک‌نژاد (به نقل از بساک‌نژاد، معینی، مهربابی‌زاده هنرمند^۴، ۲۰۱۱) هماهنگ است. بر اساس این دیدگاه در اضطراب اجتماعی افراد تلاش می‌کنند تا ذهن خود را از نگرانی‌های ناشی از حوادث محیطی و رخداد‌های نگران‌کننده در روابط بین فردی رهایی دهند. بنابراین آنچه را که در ذهن خود نشخوار می‌کنند و آن را مکرراً به یاد می‌آورند، با استفاده از فرونشانی فکر (فکر نکردن به روابط بین فردی که می‌تواند آن‌ها را نگران کند و اجتناب از حضور در شرایط اجتماعی که با نگرانی همراه است)، جانشینی فکر (فکرهایی را در ذهن نشخوار می‌کنند که تصورات ناشی از روابط اجتماعی را در ذهن آن‌ها محدود کرده و آن‌ها را جانشین تفکرات قبلی می‌کنند) و تبدیل تصور به فکر (تمامی تصورات ذهنی خود پیرامون رخداد اجتماعی را به تفکرات تکراری تبدیل می‌کنند) تغییر می‌دهند که چندان هم اضطراب آن‌ها را کاهش نمی‌دهد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که وقتی افراد مضطرب اجتماعی در روابط بین فردی خود شکست می‌خورند در پردازش‌های ذهنی خویش بر تفکرات منفی متمرکز می‌شوند و از هر گونه روابط اجتماعی و روابط بین فردی آتی اجتناب می‌کنند.

-
- 1- Herbert, Gaudiano, Rheingold, & Myers
 - 2- Kashdan & Roberts
 - 3- Sexton & Dugas
 - 4- Bassak-Nejad, Moini, & Mehrabizadeh-Honarmand

منابع

- Acarturk, C., Cuijpers, P., Van Straten, A., de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 39 (2), 241-254.
- Antony, M. M. (1997). Assessment and treatment of social phobia. *Can J Psychiatry*, 42, 826-834.
- Barlow, D. H., Durand, V. M. (2011). *Abnormal psychology: an integrative approach*. 6th Ed. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning, P, 139.
- Bassak-Nejad, S., Moini, N., & Mehrabizadeh-Honarmand, M. (2011). The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. *Journal of Behavioral Sciences*, Vol 4, No 4, Pages: 335-340. Persian.
- Bedner, R. L., & Peterson, S. R. (1996). *Self – esteem: paradox and innovations in clinical theory and practice*. Washington: American Psychology Association.
- Biederman, J., Hirshfeld, B. D. R., Rosenbaum, J. F., Herot, C., Friedman, D., Snidman, N., & et al. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1673-1679.
- Blote, A. W., Marcia J. W., Kint, A. C., Miers, P., & Westenberg, M. (2009). The relation between public speaking anxiety and social anxiety: a review. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 305-313.
- Chavira, D. A., & Stein, M. B. (2005). Childhood social anxiety disorder: from understanding to treatment. *Child Adolesc Psychiatr Clin*, 14 (4), 797-818.
- Cvitanovich, A. P. et al. (2002). Application of choice theory and reality therapy in the guidance of school children suffering from psychosomatic Diseases. *Paediatr Croat*, 46, 201-207
- Dam-Baggen, R., & Kraaimaat, F. (2000). Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, Volume 14, Issue 5, Pages 437-451.

- Dickson, J. M., & Mcleod, A. K. (2004). Approach and avoidance goals and plans: Their relationship to anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28 (3), 415- 432.
- Donato, T. (2004). Maintenance for the CT/RT students in the classroom. *International Journal of Reality Therapy*, Vol 24, Number 1.
- Fehm, L., Beesdo, k., Jacobi,F., & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, co morbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 257-265.
- Garcia-Lopez, L. G., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A. M., Turner, S., & Rosa, A.I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: a 5-year follow-up assessment. *Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- Glasser, W. (2008). *Station of the mind: new direction for reality therapy*. New York.
- Glasser, W. (2006). *Choice theory of the new personal freedom psychology*. Firouzbakht M. (translator). Tehran: Rasa Cultural Services Institute; 17-27. (Persian).
- Glasser, W. (1998). *Choice theory*. New York : Harper Collins.
- Glasser, W. (1965). *Reality therapy*. New York: Harper & Row.
- Greco, L., & Morris, T. (2005). Factors influencing the link between social anxiety and peer acceptance: contributions of social skills and close friendships during middle childhood. *Behavior Therapy*, Volume 36, Issue 2, Pages 197-205.
- Hasanpour Dehkordi, A., SalehiTali, S., Frouzandeh, N., Naderipour, A., Ganjei, F., Kasiry, K., & et al. (2009) The effect of progressive muscle relaxation on anxiety and stress in nursing students at the beginning of the internship program. *Journal of Shahrekord University of Medical Sciences*, 11 (1), 71-7.Persian.
- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., & Myers, V. H. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, Volume 36, Issue 2, Spring 2005, Pages 125-138.
- Hofmann S. G., & Loh, R. (2006).The tridimensional personality questionnaire: Changes during psychological treatment of social phobia. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 214-220.

- Hofmann, S. G, & Barlow, D. H. (2002). *Social phobia (Social Anxiety Disorder)*. In: D. H. Barlow (Ed). *Anxiety and Its Disorders*. New York: Guilford press.
- Howatt, W. A. (2001). The evolution of reality therapy to choice theory. *International Journal of Reality Therapy, XXIII (1)*, 7-11.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2004). *From anxious temperament to disorder: an etiological model of generalized anxiety disorder*. In R. G.
- Hughes, K., Coplan, R. J., Bosaki, S., & Rose-Krasnor, L., (2009). "Quiet" and "exuberant" boys and girls in the classroom: exploring elementary teachers attitudes and beliefs. Paper presented at the Annual Conference for the Canadian society for the study of education. Ottawa, Canada.
- Inthong, S. (1998). Effects of reality group therapy on psychological self-care behaviors of schizophrenia relatives, <http://chiangmai.ac.th/abstract/hum980290.html>.
- Jones, L. C. & Parish, T. S. (2005). Ritalin's choice theory and reality therapy. *International Journal of Reality Therapy, Vol 25*, number 1.
- Kaplan, H., & Sadok, B. (1994). *Brief of psychiatry*. Translated by: Por afkari, Nasrollah, Tabriz, Publishing Zoghi. Persian.
- Kessler, R. C., Mc Gonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., & Wittchen, H. U. (1994). Lifetime and 12-month and 12-month prevalence of DSM.III.R psychiatric disorders in the united states: Results from the national co morbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- KhodayariFard M (2003). Effectiveness of cognitive-behavioral therapies combined with medication therapy and schizophrenic disorder interventions (case study). *Psychology and Education Journal of University of Tehran; 33*, 1.(Persian).
- Kim, H. (2002).The effect of a reality therapy program the responsibility for elementary school children in Korea/ international journal of reality therapy. VOI: xyII number J .
- Kim, J. U. (2008). The effect of a R/T group counseling program on the interet addiction level and self-steem of internrt addiction university student. *International Journal of Reality Therapy, Vol. XXVII*, Number 2.

- Kim, J. (2009). *Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patio net.*
- Kreyche, G. F. (2001). *Find more like this reality therapy in action (book review).* USA Today Magazine, 129 (2670), 78-79.
- Lampe, L. A. (2009). Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry, 43*, 887-898.
- Loyd, B. D. (2005). The effects of reality therapy/choice theory principles on high school student's perception of need satisfaction and behavioral change. *International Journal of Reality Therapy, Vol 25*, number 1.
- Mottern, A., & mottern, R. (2006). Choose Wealth: A choice theory based financial management program. *International Urnal of Reality Therapy, Vol, XXV*, Number 2.
- Nicholson, C. (2008). *What to do about social anxiety disorder.* Harvard Women's Health Watch, 16, 4.
- Prenzlau, S. (2006). Using reality therapy to reduce PTSD-Related symptoms. *International Journal of Reality Therapy, VOI 25*, issue 2, pp 23-29.
- Ranta, K., Tuomisto, M., & Pelkonen, M. (2006). Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence, the social phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research, Volume 14*, Issue3 Pages 247-257.
- Rapee, M., & Thompson, S. (2002). The effect of situational structure on the social performance of socially anxious and non-anxious participants. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Volume 33*, Is Issue 2, Pages 91-102.
- Rapee, R., & Spence, S. h. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review, 24*, 737-767.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*, 308-316.
- Russell, G., & Shaw, S. (2006). *What is the impact of Social anxiety on student wall being and learning?* From <http://www.pedres.net/cgi-bin/searchspec.pl?terms=129/>.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears:

- the liebowitz social anxiety scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 253-270.
- Sharf, R. (1996). Theories of psychology and counseling concept and cases. New York, cole publishing comp.
- Shiling, L. (1996). Theories of counseling, Khadijeh Arian, Tehran, publishing etelaat, vol 2. Persian.
- Stein, M. B., Stein, D. J. (2008). *Social anxiety disorder. Lancet*, 371, 1115-1125.
- Stein, M. B., Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., Bystritsky, A., Sullivan, G., Pyne, J. M., Katon, W., Sherbourne, C. D. (2005). Functional impact and health utility of anxiety disorder in primary care outpatients. *Med Care*, 43, 1164-1170.
- Tignol, J., Faytout, M., & Swendsen, J. (2006). Social phobia, fear of negative evaluation and harm avoidance. *European Psychiatry*, Volume 24, Issue 3, Pages 97-115.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., & Hope, D. A. (2001). *Social anxiety disorder*. In: H. D. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorder: A step-by-step treatment* (3rd.ed.). New York: Guilford Press.
- Wenzel, A., Macho, M., & Brendle, J. (2004). Communication and social skills in socially anxious and no anxious individuals in the context of romantic relationships. *Behavior Research and Therapy*, Vol 43, issue 4, pp 505-519.