

بررسی اثربخشی تلفیق گروه درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی

Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Combination with Social Skill Training on Fear of Negative Evaluation and Social Avoidance

تاریخ پذیرش: ۸۸/۶/۲۳

تاریخ دریافت: ۸۸/۳/۱۵

Vakilian, S.*M.A., Ghanbari-Hashemabadi, B.A. Ph.D.

سارا وکیلان*، بهرام علی قنبری هاشم آبادی**

Abstract

Introduction: Individuals with social phobia suffer from both cognitive distortions and social avoidance and perform poorly in using the appropriate social skills. Thus, the present study aims at studying the combined effect of the Cognitive-Behavioral Group Therapy and Social Skills Training [CBGT+SST] on Social Avoidance [SAD] and Fear of Negative Evaluation [FNE] in students.

Method: This study is an Experimental type [Pre-test and Post-test, with Control group and random assignment].

The clients were subjected to structured clinical interviews according to DSM-IV and social anxiety inventory. They were assigned randomly into Experimental groups [intervention of combining Cognitive-Behavioral Group Therapy And Social Skills Training] and the Control group [Cognitive-Behavioral Group Therapy] by using convenient sampling method [13 persons in each group]. After a 12-session treatment [three months, each session being 2 hours], the social anxiety inventory was repeated as a post-test in both groups.

Results: The results of the statistical analysis of t test shows that, a combination of the cognitive behavioral group therapy and social skills training in comparison to merely cognitive-behavioral group therapy would significantly reduce Social Avoidance and Fear of Negative Evaluation in students.

Conclusion: It is recommended that social skills training be added to common treatments of social phobia.

Keywords: Cognitive-Behavioral Group Therapy, Social Skills Training, Social Avoidance, Fear of Negative_Evaluation.

چکیده

مقدمه: افراد دارای هراس اجتماعی علاوه بر تحریف‌های شناختی و اجتناب‌های اجتماعی، در به کارگیری مهارت‌های اجتماعی مناسب موقعیت نیز دچار کاستی و ضعف می‌باشند. به همین منظور این پژوهش با هدف بررسی تأثیر تلفیقی گروه درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر اجتناب اجتماعی و ترس از ارزشیابی منفی دانشجویان، انجام پذیرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و انتصاب تصادفی) می‌باشد. آزمودنی‌ها پس از انجام مصاحبه بالینی ساخت یافته بر اساس DSM-IV و اجرای آزمون اضطراب اجتماعی با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس (۱۳ نفر برای هر گروه)، انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (مداخله تلفیق گروه درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی) و گروه کنترل (گروه درمانی شناختی- رفتاری) گماشته شدند. بعد از اتمام دوره ۱۲ جلسه‌ای (سه ماه و هر جلسه دو ساعت) درمان در گروه‌ها مجدداً آزمون اضطراب اجتماعی به عنوان پس آزمون، در هر دو گروه اجرا شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیلی آماری آزمون t نشان داد که، تلفیق گروه درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی در مقایسه با گروه درمانی شناختی- رفتاری، باعث کاهش معنی‌دار اجتناب اجتماعی و ترس از ارزشیابی منفی در دانشجویان می‌گردد.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود مؤلفه آموزش مهارت‌های اجتماعی به درمان‌های رایج افزوده گردد.

واژه‌های کلیدی: گروه درمانی شناختی- رفتاری، آموزش مهارت‌های اجتماعی، اجتناب اجتماعی، ترس از ارزشیابی منفی.

*Correspondence E-mail:
saravakilian@yahoo.com

**نویسنده مسؤؤل: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی از دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

**گروه روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و با دیگر هم‌نوعان خود در جامعه رابطه برقرار می‌کند، بنابراین وجود هراس اجتماعی^۱ در برخورد و ارتباط با دیگر اعضای جامعه برای وی مشکلات زیادی را به همراه می‌آورد.

هراس اجتماعی که آن را اختلال اضطراب جمع^۲ نیز می‌خوانند، عبارتست از؛ ترسی مداوم و شدید از موقعیتهایی که احتمال خجالت‌زدگی در آنها وجود دارد. افراد مبتلا به هراس اجتماعی از تحقیر شدن و خجالت کشیدن در موقعیتهای اجتماعی مختلف ترس زیادی دارند. مشخصه نوع فراگیر آن - که اغلب مزمن و ناتوان کننده است - اجتناب هراس آمیز از اکثر جمع‌هاست [۱، ۲]. در این اختلال شخص در موقعیتهایی که در معرض دید دیگران قرار گرفته و امکان انتقاد و ارزیابی از او وجود دارد، به گونه‌ای نامتناسب دچار اضطراب می‌گردد [۳].

این اختلال معمولاً در اواخر دوره کودکی و اوایل نوجوانی (۱۰-۲۰ سالگی) شروع می‌شود. سیر بیماری اغلب پیوسته و مزمن است که می‌تواند در طی سال‌های متعددی مشکلات عمیقی در زندگی فرد مبتلا به آن ایجاد نماید [۲، ۴، ۵].

هراس اجتماعی از دیگر انواع هراسها پیچیده‌تر است، چون حول محور ترس از رویدادهای غیر قابل مشاهده مانند ارزیابی منفی، انتقاد و یا طرد شدن از جانب دیگران دور می‌زند و کلاً در هراس اجتماعی، افکار ناراحت کننده نقش مهمی دارند [۶]. افراد دارای هراس اجتماعی معتقدند، نتیجه مشاهده شدن توسط دیگران: تحقیر، تنفر، بی‌ارزشی یا احمق بودن آنها توسط دیگران خواهد بود. این سبک شناختی نه تنها به وخامت اضطراب اجتماعی شدت می‌بخشد، بلکه در تداوم این اختلال نیز نقشی مهم ایفا می‌کند [۷]. بر طبق مدل شناختی مشخصه افراد اجتماع هراس ادراک سوگیرانه در عملکرد اجتماعی می‌باشد [۸].

فرض افراد مبتلا به هراس اجتماعی این است که دیگران ذاتاً انتقادکننده هستند (یعنی احتمالاً آنها را منفی ارزیابی می‌کند). در نتیجه زمانی که فرد مبتلا به هراس اجتماعی در یک موقعیت اجتماعی قرار می‌گیرد یا فقط آن را پیش‌بینی می‌کند، تصویری از ظاهر و رفتار بیرونی خود (به صورتی که به نظر دیگران می‌رسد)، شکل می‌دهد و توجه فرد به جنبه‌های مشخص تصویر خود (عموماً جنبه‌های مرتبط با موقعیت و بالقوه منفی) و تصور تهدید بیرونی بالقوه (مانند کسل شدن حاضرین) اختصاص داده می‌شود. این ارزیابی منفی پیش‌بینی شده از سوی دیگران درباره عملکرد خود، اضطراب بیشتری تولید می‌کند که اجزای فیزیولوژیک، شناختی و رفتاری دارد و تصور ذهنی فرد از ظاهر و یا رفتار مشاهده شده از سوی دیگران را تحت تأثیر قرار داده و این چرخه از نو تکرار می‌شود [۹، ۱۰].

همچنین بک^۳ و کلارک^۴ [۱۱]، معتقدند که احتمالاً افراد دارای هراس اجتماعی، از طریق سوگیری توجهی نسبت به نشانه‌های تهدیدی خود و دیگران، به جستجوی جنبه‌هایی از رفتار (خود و دیگران) به عنوان مدرکی بر ارزیابی اجتماعی منفی می‌پردازند و برخلاف دیگر هراسها پیامدهای ترسناک (مانند عملکرد اجتماعی ناموفق)، احتمالاً به خاطر اشتغال ذهنی با وقوع این پیامدها، رخ می‌دهند.

چنین فرض شده است که درمان‌های رفتاری و از جمله مواجهه درمانی ممکن است به تنهایی برای درمان هراس اجتماعی کافی نباشد، زیرا خصوصیت اصلی این اختلال در اصل یک سازه شناختی (ترس از ارزیابی منفی) است [۱۲].

هراس در فرد منجر به میل اجباری برای اجتناب از موقعیتهای ترس آور می‌شود. اجتناب مغل‌ترین واکنشی است که فرد به موقعیت هراس‌زا نشان می‌دهد و اضطراب را پایدار می‌سازد، چون مانع

³ - Beck, A. T.

⁴ - Clark, D. A.

¹ - Social phobia

² - Social Anxiety Disorder

متناسب با سطح شناخت و شرایط فکری دانشجویان، مفید به نظر می‌رسد.

در میان مشهورترین درمانهای اختلال اضطراب اجتماعی، کارآمدی^۷ درمانهای رفتاری و شناختی- رفتاری مورد تأیید قرار گرفته [۱۶] و از این بین، درمان گروهی شناختی- رفتاری (GCBT)^۸ که توسط هیمبرگ^۹ و بکر^{۱۰}، [۱۷] تدوین شد، مداخله ایست گروه مدار که به طور خاص برای این اختلال طراحی شده است که در آن بازسازی شناختی در زمینه‌های از تمرینات مواجهه ساختگی (شبه سازی شده و نمادین) صورت می‌گیرد.

گروه درمانی شناختی - رفتاری چرخه معیوب^{۱۱} اضطراب اجتماعی را هم در فضای درمان و هم در دنیای مراجع می‌شکند. این نوع درمان سه جزء اساسی دارد: ۱. تمرینات مواجهه‌ای درون جلسات با موقعیتهای ترس آور اجتماعی، ۲. بازسازی شناختی قبل و بعد از تمرینات مواجهه‌ای درون جلسه و ۳. تکالیف خانگی به منظور مواجهه واقعی که به وضوح شامل مهارت‌های بازسازی شناختی فراگرفته شده در گروه است [۱۷، ۱۲].

این برنامه بر پایه مدل شناختی اضطراب اجتماعی [به نقل از ۱۸] می‌باشد، که نقش پایه‌ها و تحریفات شناختی را در سبب شناسی و حفظ و تداوم هیجانات منفی و رفتارهای اجتنابی اختلال اضطراب اجتماعی برجسته می‌سازد [۹، ۱۸].

بازسازی شناختی، نقشی مهم در شکستن چرخه اضطراب اجتماعی بازی می‌کند و از طریق چالش بین درمانگر و مراجعان در طی جلسات گروه به افراد کمک می‌کند که باورهای منفی و ناکارآمد خود را تغییر دهند [۱۷، ۲۰، ۱۹]. همچنین از

یادگیری این امر می‌شود که موقعیت یا شیء ترسناک، در حقیقت (یا به همان اندازه ای بیمار فکر می‌کند) خطرناک نیست. بدین ترتیب اجتناب از طریق ایجاد دوری معیوب، ترس را تداوم می‌بخشد و باعث پایداری هراس می‌شود. هنگامیکه این ترس و رفتار اجتنابی حالت افراطی پیدا کند با درجاتی از ناتوانی برای فرد همراه بوده و با عملکرد روانی یا تطابق اجتماعی فرد، به طور جدی تداخل می‌نماید [۱۳، ۵، ۶].

این افراد به خاطر نگرانی از بابت موشکافی شدن از سوی دیگران در موقعیتهای اجتماعی به رفتارهای اجتنابی متعددی، دست زده [به نقل از ۱۳]، حضور خود در اجتماعات را محدود می‌کنند و در صورت نیاز مبرم به حضور در چنین اجتماعاتی اضطراب بسیار شدیدی را تجربه می‌کنند و احساس ناکامی، نگرانی، اعتماد به نفس پایین به آنها دست خواهد داد. ولی در نهایت امکان اجتناب موفق در مقایسه با سایر انواع هراسها کمتر می‌باشد [۱۴، ۴، ۳، ۶]. فیدم^۵ و سیمیرینگ^۶ [۱۵]، معتقدند که معمولاً اجتناب از موقعیتهای اجتماعی عامل اصلی تداوم هراس اجتماعی خواهد شد. همچنین خود ارزیابی منفی در این اختلال بارز است.

با توجه به اینکه این اختلال فراگیر و ناتوان کننده، در سنین اوج استقلال طلبی فرد بروز کرده و بهبود خود به خودی آن بسیار اندک است، تأکید بر دو مؤلفه اصلی (اجتناب اجتماعی و ترس از ارزشیابی منفی) این اختلال در درمان به منظور کاهش مشکلات فردی و ارتباطی ایشان نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. هم چنین با توجه به تعداد روزافزون دانشجویان که معمولاً بیشتر از دیگران با فعالیتهای اجتماعی از قبیل: سخنرانی در جمع، فعالیت در حضور دیگران و ... سر و کار دارند، به کار بردن شیوه‌های درمانی کارآمد و

7- Efficacy

8- Group Cognitive- Behavior Therapy: (GCBT)

9- Heimberg, R. G.

10- Becker, R. E.

11- Vicious Cycle

5- Fadem, B.

6- Simiring, S.

در سه دهه گذشته، مشخص شد که آموزش مهارت‌های اجتماعی برای انواع مختلفی از آسیب‌های روانی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی [به نقل از ۲۱] مؤثر و کارآمد بوده است. هم‌چنین مطالعات متعددی دریافتند که آموزش مهارت‌های اجتماعی برای اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر واقع می‌شود، حتی اگر به عنوان تنها مداخله درمانی به کار رود [به نقل از ۲۳] و یا بخشی از برنامه درمانی چند مؤلفه‌ای که در آن آموزش مهارت‌های اجتماعی به مواجهه ملحق شده باشد [به نقل از ۲۳].

اگر چه ممکن است افراد دارای هراس اجتماعی، از مهارت اجتماعی کافی برخوردار باشند، ولی دائماً عملکرد اجتماعی‌شان را کم ارزش تلقی می‌کنند. آنها در بحبوحه موقعیتهای اجتماعی با خود ارزیابی^{۱۴} منفی درگیر می‌شوند و هم‌چنین با افکاری مانند "من کسل کننده هستم" [۲۴].

شواهد رو به افزایشی در حمایت از این احتمال وجود دارد که ناتوانی در تعاملات و رفتارهای اجتماعی واقعاً بازتاب کمبود مهارت‌ها در شخص باشند [۸]، ولی به همین ترتیب این احتمال وجود دارد که این مشکلات عملکردی بازتاب فرایندی دیگر باشند، مثلاً تأثیرات مخرب اضطراب و یا تأثیرات رفتارهای ایمن [به نقل از ۸].

در این زمینه، هوپکو^{۱۵} و همکاران [۲۵]، بیان کردند که سبب شناسی ضعف در عملکرد اجتماعی بیماران اختلال اضطراب اجتماعی احتمالاً از فردی به فرد دیگر متفاوت است. برخی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است قابلیت رفتار مناسب را داشته باشند، در حالیکه مثلاً در اثر اضطراب، از توانایی تمرین ایشان بر روی این قابلیت کاسته شده باشد.

برخی دیگر ممکن است در قابلیت عملکرد مناسب و مؤثر ناتوانی داشته باشند، در حالیکه گروهی دیگر ممکن است هم در مهارت‌ها دچار ناتوانی باشند و هم

اجتناب و اضطراب پیش بینانه^{۱۲} مراجعین می‌کاهد و به توانایی آنها برای دریافت تقویت مثبت از دیگران و تفکر سازگارانه درباره تجربیات خودشان (به جای تبدیل کردن موفقیت‌ها به شکست) می‌افزاید [۱۷].

مواجهه درون جلسات از طریق ایفای نقش (با شدت مناسب و در محیط کمتر مخاطره آمیز و کنترل شده تحت نظارت درمانگر) و در فاصله بین جلسات از طریق موقعیتهای اجتماعی واقعی و طبق قرارداد تکلیفی تعیین شده صورت می‌گیرد [۱۶، ۱۹].

با وجود اینکه مطالعات متعددی اثربخشی درمان گروهی و فردی شناختی-رفتاری را ثابت کرده‌اند، این درمان منجر به بهبودی در همه بیماران نشده است و حتی در میان افرادی که جواب داده است نیز، برخی از نشانه‌ها و علائم در طی فرایند درمان برطرف نشده است [به نقل از ۲۱].

یکی از روشهای بهبود بخشیدن کارآمدی گروه درمانی شناختی-رفتاری، اضافه کردن مؤلفه‌های روان‌درمانی‌های دیگر از قبیل، آموزش مهارت‌های اجتماعی^{۱۳} به این روش درمانی می‌باشد.

سابقه طولانی اجتناب اجتماعی ممکن است استفاده شخص از فرصتهای خود برای یادگیری مهارت‌های اجتماعی مناسب را محدود کند. در نتیجه، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای برخی از افراد دارای هراس اجتماعی می‌تواند مفید باشد. آموزش مهارت‌های اجتماعی، به افراد مبتلا به هراس اجتماعی کمک می‌کند تا روشهایی را برای مقابله با استرس میان فردی یاد گرفته، به طوری که بتوانند در تعاملاتشان احساس اطمینان و آرامش بیشتری نمایند [۱۴]. فنونی که در آموزش مهارت‌های اجتماعی به کار گرفته می‌شوند شامل سرمشق دهی و بازخورد درمانگر، تمرینات عملی رفتاری و تکلیف دادن می‌باشند [۲۲].

¹⁴ - Self-Evaluation

¹⁵ - Hopko, D. R.

¹² - Anticipatory Anxiety

¹³ - Social Skill Training (SST)

درمان هراس اجتماعی) که به کلینیک دانشگاه فردوسی مراجعه کرده و پس از غربالگری به وسیله انجام مصاحبه بالینی - تشخیصی اختلال هراس اجتماعی و انجام تستها، ملاکهای شرکت در گروه را دارا بودند. در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است. پس از اعلان عمومی جلسات (با اشاره به علائم بالینی هراس اجتماعی به زبان ساده همراه با بیان نمونه های عملکردی بدون نام بردن از عنوان اختلال)، از تمامی دانشجویان دختر و پسر متقاضی و علاقه مند به شرکت در گروه درمانی کلینیک دانشکده روانشناسی ثبت نام به عمل آمد. بدین ترتیب اعضای دو گروه آزمایش و کنترل (۱۳ نفر برای هر گروه)، از میان تمام مراجعه کنندگان دانشجو (که ۵۰ نفر بودند)، پس از انجام مصاحبه بالینی ساخت یافته بر اساس راهنمای تشخیصی - آماری اختلالات روانی (SCID-I)^{۱۶} توسط روانپزشک و روانشناس بالینی و توانایی شرکت در جلسات گروه به لحاظ تعداد و زمان برگزاری جلسات، انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند و در هر دو گروه آزمون اضطراب اجتماعی به عنوان پیش آزمون اجرا شد [به نقل از ۲۸].

مقیاس های پژوهش: ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: پرسشنامه اضطراب اجتماعی و مصاحبه بالینی ساخت یافته بر اساس DSM-IV (SCID-I) بودند.

۱- پرسشنامه اضطراب اجتماعی: این آزمون دارای دو خرده مقیاس اجتناب اجتماعی (SAD) و ترس از ارزشیابی منفی (FNE) است. این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده می باشد که ۲۸ ماده مربوط به اجتناب اجتماعی و ۳۰ ماده مربوط به ترس از ارزشیابی منفی است. پیوستار پاسخها بر پایه طیف درست و نادرست رتبه بندی شده و به ترتیب نمره های صفر و یک بر هر پاسخ اختصاص یافته است [۲۸].

دچار اضطراب بیش از حد باشند. این درجه بالای تغییرپذیری در رفتار اجتماعی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی پیشنهاد می کند که، مداخلاتی که مستقیماً مهارتهای اجتماعی را هدف قرار می دهند، ممکن است خصوصاً برای بیماران با درجاتی از ناتوانی در عملکرد اجتماعی مناسب و مفید باشد [۲۵].

مفهوم سازی سنتی از آموزش مهارتهای اجتماعی معمولاً بر پایه این تصور است که، مداخلات درمانی کمبود مهارتهای پایه ای را تصحیح می کند. با وجود این، آموزش مهارتهای اجتماعی ممکن است آثار مفیدی برای افرادی با مشکلاتی چشمگیر در عملکرد اجتماعی که بازتاب کمبود رفتاری ایشان نباشد، نیز ایجاد کند. در چنین مواردی، تأثیر آموزش مهارتهای اجتماعی ممکن است به دلیل دیگر فرایندهای روانشناختی باشد، نظیر افزایش خودکارآمدی در رفتارهای اجتماعی [۲۶] و یا کاهش اضطراب از طریق مواجهه [۲۷].

در نهایت با توجه به دو عامل: ۱) اجتناب اجتماعی و ترس از ارزشیابی منفی از اصلی ترین و مؤثرترین مؤلفه های این اختلال بوده و نقش مهمی در تداوم آن بازی می کند ۲) افراد دارای هراس اجتماعی هم در زمینه شناخت و رفتار و هم در زمینه مهارتهای اجتماعی دچار مشکل هستند، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر تلفیقی گروه درمانی شناختی رفتاری و آموزش مهارتهای اجتماعی بر اجتناب اجتماعی و ترس از ارزشیابی منفی و مقایسه آن با گروه درمانی شناختی رفتاری صرف انجام شد.

روش

طرح پژوهش: بررسی حاضر جزء دسته پژوهش های کاربردی و از نوع آزمایشی (به دلیل انتصاب تصادفی و داشتن گروه کنترل)، طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و انتصاب تصادفی، می باشد.

آزمودنیها: نمونه پژوهش حاضر عبارتند از: افرادی از جامعه آماری (تمام دانشجویان مراجعه کننده برای

¹⁶- Structured Clinical Interview For DSM-IV (SCID) Axis I Disorders

اجتماعی را مورد بررسی قرار دادند. ضرایب همبستگی به دست آمده برای این دو پرسشنامه به ترتیب برابر با $0/69$ و $0/54$ گزارش شد که هر دو معنی‌دار ($p < 0/05$) هستند [۲۸]. مهرایی زاده هنرمند و همکاران [۲۸] برای بررسی روایی پرسشنامه اضطراب اجتماعی از مقیاس "اضطراب اجتماعی / آشفتگی شناختی و مقیاس "روایی سازه‌ای اضطراب اجتماعی" بطور همزمان استفاده کردند. ضرایب همبستگی بین نمره های آزمودنیها در "پرسشنامه اضطراب اجتماعی و ترس از ارزشیابی منفی" با مقیاس "اضطراب اجتماعی / آشفتگی شناختی" به ترتیب برابر با: $0/67$ ، $0/56$ و $0/62$ می‌باشد. ضرایب همبستگی بین نمره های آزمودنیها در همین سه پرسشنامه با مقیاس "روایی سازه اضطراب اجتماعی" به ترتیب برابر با: $0/85$ ، $0/75$ و $0/75$ می‌باشد [۲۸].

روند اجرای پژوهش: اعضای هر دو گروه با اطلاع از طرح پژوهشی- درمانی رضایت خود را جهت شرکت در گروه اعلام کردند. بدین ترتیب تمامی اطلاعات مربوط به انجام مصاحبه‌های بالینی و نتایج تستهای مراجعان در پرونده‌های ایشان ثبت شده و تنها در دسترس درمانگران گروه قرار داشت. همچنین در جلسه اول تشکیل گروه، نحوه اداره گروه (با نظارت سرپرست^{۲۲}) و تجهیزات مورد استفاده برای اعضا توضیح داده شد و تمامی اعضا و درمانگران تعهد خود را جهت محرمانه نگه داشتن مسائل مطرح شده در گروه اعلام کردند (اصل رازداری).

همچنین به منظور تأیید همگن و معادل بودن نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل، از آزمون t مستقل بین نمرات پیش آزمون ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی در دو گروه استفاده شد. بدین ترتیب ارزشهای معنی‌داری به دست آمده برای مؤلفه ترس از ارزشیابی منفی^{۲۳} (FNE) ($p = 0/395$) و برای مؤلفه اجتناب

خرده مقیاس اجتناب اجتماعی (SAD)، ۲۸ ماده دارد که نیمی از آنها پاسخ (+) و نیمی از آنها پاسخ (-) دارند. دامنه نمره بین (۰-۲۸) می باشد که نمرات ۱۲ به بالا نشان دهنده هراس اجتماعی در سطح بالاست و نمرات بین (۰-۳) نشان دهنده هراس اجتماعی در سطح بسیار پایین است [۲۹].

خرده مقیاس ترس از ارزشیابی منفی (FNE)، ۳۰ ماده دارد که ۱۷ ماده آن پاسخ (+) و ۱۳ ماده آن پاسخ (-) دارد. دامنه نمره این خرده مقیاس نیز بین (۰-۳۰) می‌باشد که نمرات ۱۸ به بالا نشان دهنده افرادی می‌باشد که ترس زیادی از ارزشیابی منفی دیگران داشته و نمرات ۹ به پایین، نشان دهنده افرادی است که، ترس کمی از ارزشیابی منفی دیگران دارند [به نقل از ۲۹]. برای آزمون فرضیه‌های این پژوهش نمرات ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی، مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند.

"واتسون"^{۱۷} و فرند^{۱۸} "اعتبار"^{۱۹} این پرسشنامه را برای اجتناب اجتماعی برابر $0/68$ و برای ترس از ارزشیابی منفی برابر با $0/78$ گزارش کردند [۲۸]. مهرایی زاده هنرمند و همکاران [۲۸]، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از دو روش "آزمون مجدد" با فاصله چهار هفته و روش "آلفای کرونباخ" بر روی ۵۱ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی اهواز که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، محاسبه کردند. نتایج بدست آمده نشان داد که ضرایب اعتبار پرسشنامه اضطراب اجتماعی و دو خرده مقیاس آن یعنی اجتناب اجتماعی و ترس از ارزشیابی منفی با روش آزمون مجدد به ترتیب برابر با: $0/89$ ، $0/88$ و $0/83$ می‌باشد. همچنین اعتبار این سه آزمون به روش آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با: $0/92$ ، $0/86$ و $0/90$ می‌باشد.

واتسون و فرند با استفاده از "آزمون آشکار تیلور"^{۲۰} روایی^{۲۱} پرسشنامه ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب

¹⁷ - Watson, D.

¹⁸ - Friend, R.

¹⁹ - Reliability

²⁰ - Taylor's Manifest Anxiety (TMA)

²¹ - Validity

²² - Supervisor

²³ - Fear Of Negative Evaluation (FNE)

جمع‌بندی و تکالیف مربوط به جلسه بعدی، پرداخته می‌شد. بکارگیری این مهارتها در داخل گروه با ایفای نقش‌های متعدد (با توجه به آموزشها و گرفتن بازخورد در گروهی مختلط از هر دو جنس که فضایی شبیه محیط اجتماعی واقعی احاطه کننده هر یک از اعضا را ایجاد کرده بود)، اجرای کنفرانسهای متعدد توسط اعضا در هر جلسه و تمرینات خارج از گروه در مورد به کار بستن آموزشها و تمرینات درون جلسه ای در محیط واقعی زندگی اعضا (اعم از کلاس درس و دانشگاه تا جمعهای خانوادگی و دوستانه و ...) انجام

می‌پذیرفت. مهارتهای اجتماعی آموزش داده شده در این گروه عبارت بودند از: مهارتهای ارتباط بین فردی (وجه کلامی و غیر کلامی ارتباط)، چگونگی تأثیر انواع و اجزای ارتباط در اثر بخشی آن، تکنیکهای صحبت کردن کارآمد، تکنیکهای گوش دادن فعال و هدفمند، تکنیکهای ابراز وجود و قاطعیت، تکنیکهای تکمیلی ابراز وجود و قاطعیت.

گروه کنترل تحت درمان روانشناختی رایج یعنی، گروه درمانی شناختی - رفتاری قرار گرفتند. در گروه کنترل نیز، در ۲۰ دقیقه ابتدایی هر جلسه، تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفته و به سوالات و مشکلات اعضا پاسخ داده می‌شد. سپس به مدت ۱ ساعت به بخش شناختی مورد نظر هر جلسه و بازسازی شناختی و تمرین آن با اعضا پرداخته می‌شد و پس از یک استراحت ۱۰ دقیقه ای همراه با پذیرایی، در ۳۰ دقیقه پایانی هر جلسه به بخش رفتاری خاص هر جلسه و تمرین آن و در نهایت به جمع‌بندی و تکالیف مربوط به جلسه بعدی، پرداخته می‌شد. بعد اتمام دوره درمان در گروههای آزمایشی، مجدداً آزمون اضطراب اجتماعی بعنوان پس آزمون در هر دو گروه اجرا شد و نتایج بدست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

با توجه به توزیع بهنجار جامعه آماری و فاصله ای بودن مقیاس متغیر اندازه گیری شده، برای آزمون

اجتماعی (SAD)^{۲۴}، $(p=0/329)$ بوده و این امر بدان معناست که: تفاوت معنی‌داری بین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل در هر دو مقیاس ترس از ارزشیابی منفی واجتناب اجتماعی وجود نداشته و دو گروه در مرحله پیش آزمون همگن بودند.

هر دو گروه با تعداد اعضای ۱۳ نفر (در هر گروه دو نفر ریزش اولیه وجود داشت و در نتیجه نتایج به دست آمده از ۱۱ آزمودنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت)، یک درمانگر زن و یک کمک درمانگر مرد (هر دو کارشناس ارشد روانشناسی بالینی)، آغاز به کار کردند. تعداد جلسات ۱۲ جلسه (۳ ماه و هفته ای یک جلسه) حدوداً ۲ ساعته بوده و مکان تشکیل گروه در اتاق مخصوص گروه درمانی کلینیک دانشکده روانشناسی بود. در این اتاق مبلمان به صورت گرد چیده شده بودند که امکان دیدن و دیده شدن تمامی اعضا و درمانگر و کمک درمانگر را فراهم کرده بود. همچنین اتاق مجهز به ویدئو پروژکتور، دوربین مدار بسته و گوشیهای هدفون مخصوص درمانگر و کمک درمانگر بود و بدین ترتیب، تمامی جلسات گروه تحت نظارت سوپروایزر گروه (دکترای مشاوره) اجرا می‌شد. برای بیان مطالب آموزشی از تخته سفید و اسلایدهای پاور پوینت^{۲۵} تهیه شده توسط درمانگر برای کمک به فهم اعضای گروه استفاده شد.

در گروه آزمایش مداخله تلفیق گروه درمانی شناختی - رفتاری و آموزش مهارتهای اجتماعی اجرا شد، بدین ترتیب که در ۱۵-۲۰ دقیقه ابتدایی هر جلسه، تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار گرفته و به سوالات و مشکلات اعضا پاسخ داده می‌شد. سپس به مدت ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به بخش مربوط به درمان شناختی - رفتاری مورد نظر هر جلسه پرداخته می‌شد و پس از یک استراحت ۱۰ دقیقه ای همراه با پذیرایی، در ۴۰ دقیقه پایانی هر جلسه به آموزش مهارتهای اجتماعی خاص هر جلسه و تمرین آن و در نهایت به

²⁴ - Social Avoidance & Distress (SAD)

²⁵ - Power point

فرضیات این پژوهش از آزمون t استفاده خواهد شد. بدین منظور برای بررسی معنی‌داری تفاضل میانگین نمرات ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی آزمودنیها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون گروههای آزمایش و کنترل از آزمون t برای گروههای مستقل، استفاده شد.

دامنه سنی آزمودنیهای شرکت کننده در گروه آزمایش، ۱۸-۲۳ سال و میانگین سنی ایشان، ۲۰/۷۳، و در دامنه سنی در گروه کنترل، ۱۸-۲۵ سال و میانگین سنی، ۲۱/۴۵ بود. همچنین ۶ آزمودنی دختر و ۵ پسر در گروه آزمایش و ۷ آزمودنی دختر و ۴ پسر در گروه کنترل شرکت داشتند.

نمرات خام پیش-پس آزمون آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل برای مؤلفه ترس از ارزشیابی منفی (FNE) و اجتناب اجتماعی (SAD) آزمون اضطراب اجتماعی، در جدول ۱ آمده است.

بعد از بررسی فردی داده‌های خام آزمودنیها، به بررسی گروهی داده‌های (پیش و پس آزمون) آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه ترس از ارزشیابی منفی (FNE) و اجتناب اجتماعی (SAD) آزمون اضطراب اجتماعی می‌پردازیم. نتایج بررسی‌ها در جدول ۲ آمده است. به منظور آزمون فرضیه اول این پژوهش (۱). تلفیق گروه درمانی شناختی - رفتاری و آموزش مهارتهای اجتماعی به طور معنی‌داری بیش از گروه درمانی شناختی - رفتاری، در کاهش رفتارهای اجتنابی دانشجویان مؤثر است، از آزمون t برای گروههای مستقل استفاده می‌شود. بدین ترتیب که میانگین تفاضل نمرات پیش- پس آزمون (d) آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل، در مقیاس FNE آزمون اضطراب اجتماعی واتسون و فرند به وسیله آزمون t برای گروههای مستقل با هم مقایسه می‌شوند. نتایج در جدول ۴ آمده است. با توجه به نتایج جدول ۴ نتیجه گرفته می‌شود که، تلفیق گروه درمانی شناختی - رفتاری و آموزش مهارتهای اجتماعی به طور معنی‌داری ($p < 0/01$) بیش از گروه درمانی شناختی - رفتاری، در کاهش ترس از ارزشیابی منفی دانشجویان مؤثر است. نتایج تحلیلها و میزان تغییرات در مؤلفه (FNE) در نمودار ۲ آمده است.

فرضیات این پژوهش از آزمون t استفاده خواهد شد. بدین منظور برای بررسی معنی‌داری تفاضل میانگین نمرات ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی آزمودنیها در مرحله پیش آزمون و پس آزمون گروههای آزمایش و کنترل از آزمون t برای گروههای مستقل، استفاده شد.

دامنه سنی آزمودنیهای شرکت کننده در گروه آزمایش، ۱۸-۲۳ سال و میانگین سنی ایشان، ۲۰/۷۳، و در دامنه سنی در گروه کنترل، ۱۸-۲۵ سال و میانگین سنی، ۲۱/۴۵ بود. همچنین ۶ آزمودنی دختر و ۵ پسر در گروه آزمایش و ۷ آزمودنی دختر و ۴ پسر در گروه کنترل شرکت داشتند.

نمرات خام پیش-پس آزمون آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل برای مؤلفه ترس از ارزشیابی منفی (FNE) و اجتناب اجتماعی (SAD) آزمون اضطراب اجتماعی، در جدول ۱ آمده است.

بعد از بررسی فردی داده‌های خام آزمودنیها، به بررسی گروهی داده‌های (پیش و پس آزمون) آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه ترس از ارزشیابی منفی (FNE) و اجتناب اجتماعی (SAD) آزمون اضطراب اجتماعی می‌پردازیم. نتایج بررسی‌ها در جدول ۲ آمده است. به منظور آزمون فرضیه اول این پژوهش (۱). تلفیق گروه درمانی شناختی - رفتاری و آموزش مهارتهای اجتماعی به طور معنی‌داری بیش از گروه درمانی شناختی - رفتاری، در کاهش رفتارهای اجتنابی دانشجویان مؤثر است، از آزمون t برای گروههای مستقل استفاده می‌شود. بدین ترتیب که میانگین تفاضل نمرات پیش- پس آزمون (d)

جدول ۱- نمرات فردی آزمودنیهای گروه آزمایش و کنترل در پیش- پس آزمون در مقیاسهای ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی

| گروه کنترل | | | | | | گروه آزمایش | | | | | | |
|----------------------|----------|------|----------------------------|----------|------|----------------------|----------|------|----------------------------|----------|------|----|
| مقیاس اجتناب اجتماعی | | | مقیاس ترس از ارزشیابی منفی | | | مقیاس اجتناب اجتماعی | | | مقیاس ترس از ارزشیابی منفی | | | |
| پیش آزمون | پس آزمون | *(d) | پیش آزمون | پس آزمون | *(d) | پیش آزمون | پس آزمون | *(d) | پیش آزمون | پس آزمون | *(d) | |
| ۸ | ۳ | ۵ | ۲۰ | ۱۴ | ۶ | ۱۹ | ۹ | ۱۰ | ۲۲ | ۹ | ۱۳ | ۱ |
| ۱۰ | ۴ | ۶ | ۱۵ | ۶ | ۹ | ۱۴ | ۶ | ۸ | ۲۲ | ۹ | ۱۳ | ۲ |
| ۲۳ | ۱۸ | ۵ | ۲۸ | ۲۵ | ۳ | ۱۴ | ۸ | ۶ | ۲۰ | ۱۵ | ۵ | ۳ |
| ۷ | ۲ | ۵ | ۲۴ | ۱۲ | ۱۲ | ۱۳ | ۸ | ۵ | ۲۸ | ۱۲ | ۱۶ | ۴ |
| ۱۰ | ۸ | ۲ | ۲۵ | ۲۰ | ۵ | ۱۴ | ۱۰ | ۴ | ۱۹ | ۱۴ | ۵ | ۵ |
| ۹ | ۷ | ۲ | ۱۵ | ۱۰ | ۵ | ۹ | ۶ | ۳ | ۲۱ | ۱۹ | ۲ | ۶ |
| ۶ | ۳ | ۳ | ۱۰ | ۷ | ۳ | ۱۴ | ۴ | ۱۰ | ۲۷ | ۱۷ | ۱۰ | ۷ |
| ۱۵ | ۱۷ | -۲ | ۲۳ | ۲۵ | ۲ | ۹ | ۳ | ۶ | ۱۴ | ۶ | ۸ | ۸ |
| ۱۶ | ۸ | ۸ | ۲۳ | ۱۸ | ۵ | ۱۰ | ۵ | ۵ | ۲۳ | ۱۴ | ۹ | ۹ |
| ۱۲ | ۱۳ | -۱ | ۱۹ | ۱۶ | ۳ | ۲۱ | ۱۳ | ۸ | ۲۳ | ۱۳ | ۱۰ | ۱۰ |
| ۱۶ | ۱۹ | -۳ | ۲۲ | ۲۰ | -۲ | ۱۶ | ۶ | ۱۰ | ۲۴ | ۵ | ۱۹ | ۱۱ |

*: تفاضل نمرات پیش- پس آزمون

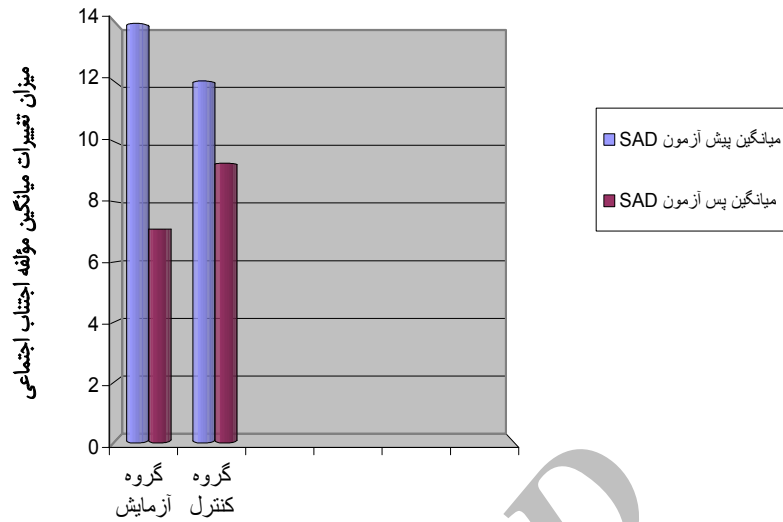
جدول ۲- بررسی گروهی داده‌های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در پیش- پس آزمون

| گروه کنترل | | | | | | گروه آزمایش | | | | | | مرحله اجرامؤلفه |
|----------------------|-----------|-------|----------------------------|-----------|-------|----------------------|-----------|-------|----------------------------|-----------|-------|------------------------------|
| مقیاس اجتناب اجتماعی | | | مقیاس ترس از ارزشیابی منفی | | | مقیاس اجتناب اجتماعی | | | مقیاس ترس از ارزشیابی منفی | | | |
| پس آزمون | پیش آزمون | (d)* | پس آزمون | پیش آزمون | (d)* | پس آزمون | پیش آزمون | (d)* | پس آزمون | پیش آزمون | (d)* | |
| ۱۱ | ۱۱ | ۱۱ | ۱۱ | ۱۱ | ۱۱ | ۱۱ | ۱۱ | ۱۱ | ۱۱ | ۱۱ | ۱۱ | فراوانی |
| ۲/۷۳ | ۹/۲۷ | ۱۲ | ۴/۶۴ | ۱۵/۷۳ | ۲۰/۴۵ | ۶/۸۲ | ۷/۰۹ | ۱۳/۹۱ | ۱۰ | ۱۲/۰۹ | ۲۲/۰۹ | میانگین |
| ۱۲/۴۱ | ۳۸/۶۷ | ۲۳/۹۶ | ۱۳/۴۴ | ۳۲/۲۵ | ۳۰/۴۷ | ۶/۳۶ | ۸/۲۹ | ۱۴/۴۹ | ۲۵/۴۰ | ۱۹/۴۹ | ۱۴/۴۹ | واریانس |
| ۳/۵۲ | ۶/۴۲ | ۵/۰۶ | ۳/۶۷ | ۶/۵۰ | ۵/۳۷ | ۲/۵۲ | ۲/۸۸ | ۳/۸۱ | ۵/۰۴ | ۳/۴۱ | ۳/۸۱ | انحراف استاندارد |
| ۱/۰۶ | ۱/۹۳ | ۱/۵۲ | ۱/۱۰ | ۱/۹۶ | ۱/۶۲ | ۰/۷۶ | ۰/۸۷ | ۱/۱۵ | ۱/۵۲ | ۱/۳۳ | ۱/۱۵ | خطای استاندارد میانگین |
| | ۱۹ | ۲۳ | | ۲۵ | ۲۸ | | ۱۳ | ۲۱ | | ۱۹ | ۲۸ | بالاترین نمره |
| | ۲ | ۶ | | ۶ | ۱۰ | | ۳ | ۹ | | ۵ | ۱۴ | پایین ترین نمره |
| | ۱۷ | ۱۷ | | ۱۹ | ۱۸ | | ۱۰ | ۱۲ | | ۱۴ | ۱۴ | دامنه تغییرات |

* : تفاضل نمرات پیش- پس آزمون

جدول ۳- آزمون t برای تعیین معناداری رفتار اجتنابی در مؤلفه SAD آزمون واتسون و فرند

| سطح معناداری | t | درجه آزادی | خطای استاندارد تفاوت | تفاوت میانگینها | انحراف استاندارد | خطای استاندارد میانگین | میانگین | فراوانی | مؤلفه / گروهها |
|--------------|-------|------------|----------------------|-----------------|------------------|------------------------|---------|---------|----------------|
| ۰/۰۰۵ | ۳/۱۳۱ | ۲۰ | ۱/۳۱ | ۴/۰۹ | ۲/۵۲ | ۰/۷۶ | ۶/۸۲ | ۱۱ | آزمایش |
| | | | | | ۳/۵۲ | ۱/۰۶ | ۲/۷۳ | ۱۱ | کنترل |

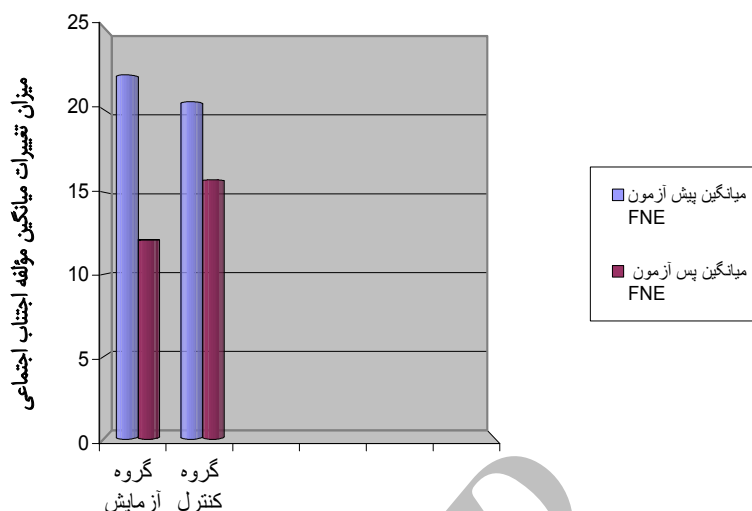


نمودار ۱- نمودارستونی مقایسه پیش - پس آزمون اجتناب اجتماعی در گروه آزمایش و کنترل

جدول ۴- آزمون t برای تعیین معناداری ترس از ارزشیابی منفی در مؤلفه FNE آزمون واتسون و فرند

| مؤلفه / گروهها | فراوانی | میانگین تفاضل | خطای استاندارد میانگین | انحراف استاندارد تفاضل | تفاوت میانگینها | خطای استاندارد تفاوت | درجه آزادی | t | سطح معناداری |
|----------------|---------|---------------|------------------------|------------------------|-----------------|----------------------|------------|-------|--------------|
| آزمایش | ۱۱ | ۱۰ | ۱/۵۲ | ۵/۰۴ | ۵/۳۶ | ۱/۸۸ | ۲۰ | ۳/۳۵۲ | ۰/۰۱ |
| کنترل | ۱۱ | ۴/۶۴ | ۱/۱۰ | ۳/۶۷ | | | | | |

Archive of SID



نمودار ۲- نمودار ستونی مقایسه پیش - پس آزمون ترس از ارزشیابی منفی در دو گروه آزمایش و کنترل

بحث

ناچیزی انجام شده است. با توجه به تأیید فرضیه اول پژوهش، (تلفیق گروه درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی به طور معنی داری بیش از گروه درمانی شناختی - رفتاری، در کاهش رفتارهای اجتنابی دانشجویان مؤثر است)، نتایج به دست آمده در این مطالعه همسو با مطالعات ونزل^{۲۶} و همکاران [۲۹]، موربرگ^{۲۷} و همکاران [۳۰]، کلارک^{۲۸} و همکاران [۳۱]، ون کن و بوگلز [۸]، هایز^{۲۹} و همکاران [۳۲]، هربرت و همکاران [۲۷] می‌باشد.

ونزل و همکاران [۲۹]، در مطالعه‌ای با هدف بررسی تفاوت در توانایی استفاده از مهارت‌های ارتباطی مؤثر و مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات عاطفی بین افراد مضطرب (۱۳ نفر) و غیر مضطرب (۱۴ نفر) اجتماعی بیان کردند اضطراب اجتماعی با کمبود و ناتوانی در رفتار تداوم دهنده ارتباط همبسته می‌باشد.

تحلیل نتایج در مقیاس‌های رفتارهای اجتنابی و ترس از ارزشیابی منفی آزمون اضطراب اجتماعی نشان داده است که مداخله تلفیقی گروه درمانی شناختی- رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی، میزان رفتارهای اجتنابی و ترس از ارزشیابی منفی دانشجویان را به طور معنی داری بیشتر از گروه درمانی شناختی - رفتاری صرف، کاهش داده است. به دلیل اینکه هر دو گروه آزمایش و کنترل تعداد جلسات برابری را در گروه درمانی شرکت کرده بودند، این تفاوت میزان بهبودی نمی‌توانست ناشی از کمیت درمان ارائه شده باشد. همچنین هر دو گروه را درمانگران یکسانی هدایت کردند تا اثر تفاوت‌های شخصیتی درمانگران مختلف نیز خنثی گردد و تلاش شد تا در گروه کنترل تنها به مفاهیم شناختی و رفتاری پرداخته شده و هیچکدام از مباحث مربوط به آموزش مهارت‌های اجتماعی مطرح نگردد. در نتیجه این تفاوت آماری به دست آمده ناشی از دو روش مختلف اعمال شده درمانی بوده است. در

زمینه بررسی مستقیم تغییرات رفتار اجتنابی و ترس از ارزشیابی منفی در طی فرایند درمان مورد نظر تحقیقات

²⁶ - Wenzel, A.

²⁷ - MoRtberg, E.

²⁸ - Clark, D. M.

²⁹ - Hayes, S. A.

دیده نشد ولی درمان شناختی- رفتاری در مقیاسهای رفتاری پیشرفت بیشتری را ایجاد کرد [۲۷].

در نهایت با توجه به نتایج و تحقیقات فوق، فرد مبتلا به هراس اجتماعی، با اجتناب از موقعیتهای اجتماعی میزان اضطراب خود را کاهش داده و از بروز علائم هراس جلوگیری کرده و آن را پیامد اجتناب خود از حضور در این موقعیتهای فرض می‌کند. در نتیجه هراس اجتماعی فرد پایدارتر گشته و چرخه معیوب تری تداوم می‌یابد. اینطور به نظر می‌رسد که لازمه شرکت در موقعیتهای اجتماعی و عدم اجتناب از آنها، داشتن مهارت اجتماعی کافی در برخورد مناسب با اینگونه موقعیتهای و شناخت صحیح از موقعیت و عدم تحریف باورها می‌باشد.

لذا در این پژوهش به دلیل اضافه شدن مؤلفه آموزش مهارتهای اجتماعی به گروه درمانی شناختی- رفتاری، انتظار می‌رود که این نوع درمان تلفیقی چون به آموزش رفتارها و مهارتهای مناسب در برقراری ارتباط و موقعیتهای اجتماعی مختلف می‌پردازد (یعنی پرداختن همزمان به مباحث شناختی- رفتاری و به کار بستن مهارتها و فنون آموزش داده شده در تمرینات داخل جلسات و فعالیتهای روزمره زندگی مراجعین)، بیش از گروه درمانی شناختی- رفتاری صرف، افراد را تشویق به شرکت در فعالیتهای اجتماعی (داخل و یا خارج از گروه) کرده و رفتارهای اجتنابی افراد مبتلا به هراس اجتماعی را کاهش دهد. به همین منظور بررسی میزان تغییرات در رفتارهای اجتنابی افراد مبتلا به هراس اجتماعی قبل و بعد از درمان، ضروری و از اهداف این تحقیق محسوب شده است. نتایج این بررسی می‌تواند به عنوان یکی از مهمترین عوامل بررسی بازده درمان و نتیجه بخش بودن و یا نبودن آن به شمار رود. همچنین در مورد بررسی این اثر که آیا (تلفیق

موربرگ و همکاران در مطالعه‌ای بر روی (IGCBT)³⁰ در بیماران دارای هراس اجتماعی با آموزش آرام سازی، بازسازی شناختی و مواجهه تدریجی تحت زمان فشرده ۴۱ ساعتی، کارآمدی این شیوه را نشان دادند. بعد از سه هفته از درمان، بیماران کاهش چشمگیری در اضطراب و اجتناب اجتماعی نشان دادند که تا پی‌گیریهای یک سال بعد حفظ شده و یا بهتر نیز شده بودند [۳۰].

کلارک و همکاران در مقایسه درمان شناختی جدید با درمان رفتاری موجود (مواجهه به همراه آرامسازی کاربردی) دریافتند که درمان شناختی منجر به بهبودی بیشتری نسبت به رفتار درمانی در درمان هراس اجتماعی شد [۳۱]. ون کن و بوگلز نیز، در بررسی ناتوانی افراد اجتماع هراس در عملکرد اجتماعی با نمونه ۷۵ نفری، بیان کردند افراد مضطرب اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل، عملکرد اجتماعی خود را کمتر برآورد کردند [۸].

هایز و همکاران در مطالعه‌ای با بررسی تغییرات ایجاد شده در اضطراب ذهنی طی سه جلسه نخست مواجهه درون جلسه‌ای درمان شناختی- رفتاری فردی و گروهی برای اختلال اضطراب اجتماعی بیان داشتند، اگرچه اضطراب در طی مواجهه به طور کلی کاهش می‌یابد، ولی در برخی از افراد نوسانات قابل ملاحظه‌ای از اضطراب را در طی هر مواجهه تجربه می‌کنند که با پیشرفت مراحل درمان رابطه بین اضطراب در خلال هر مواجهه و نتایج قویتر می‌گردد [۳۲]. در مطالعه ای دیگر هربرت و همکاران تاثیر درمان شناختی- رفتاری فردی در مقابل گروهی و روان‌درمانی حمایتی- آموزشی برای هراس اجتماعی فراگیر در نوجوانان بررسی شد. هر سه روش به کاهش معنی‌دار علائم و ناتوانی عملکردی شده و مهارتهای اجتماعی را بهبود بخشیدند. تفاوتی بین این سه درمان در سنجش علائم ایجاد شده،

³⁰ - Intensive Group Cognitive Behavior Therapy (IGCBT)

اجتماعی و ترس از مورد مشاهده قرار گرفتن در دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان شده است [۳۵]. نتایج این تحقیقات نیز با نتیجه به دست آمده از پژوهش حاضر همخوانی دارد.

همچنین در زمینه مؤثر بودن مؤلفه‌های والدینی در ترس از ارزشیابی منفی فرزندان در آینده، باس عنوان کرد، حساسیت به ارزیابی اجتماعی در طی دوران کودکی ممکن است با رفتار و نگرشهای تربیتی والدین ایجاد شده باشد که این امر منجر به گوشه‌گیری کودک می‌گردد [به نقل از ۳۶].

تیلور و آلدن در بررسی تعاملات اجتماعی افراد دارای هراس اجتماعی فراگیر دریافتند که افراد مضطرب اجتماعی، به خود ارزیابی منفی تحریف شده پرداخته ولی تفسیر اجتماعی تحریفی نداشتند. این نتیجه در حمایت از مدل شناختی هراس اجتماعی است که بیان می‌دارد، تجربیات یادگیری منفی در ایجاد تحریفات پردازش مؤثر است [۳۷].

مک اوی و همکاران در مطالعه‌ای با نمونه ۶۱ نفری از افراد مبتلا به هراس اجتماعی بیان کرد، پس از گروه درمانی شناختی-رفتاری، پردازش بعد از حادثه^{۳۶}، نشانه‌های افسردگی و اضطراب اجتماعی به طور معناداری کاهش یافته بود [۳۸].

مک اوی و پرینی در پژوهشی با هدف تأثیر تلفیقی گروه درمانی شناختی-رفتاری (GCBT) با آموزش توجه در نمونه بالینی (۸۱ نفری) افراد مبتلا به هراس اجتماعی دریافتند که افزودن آموزش توجه به (GCBT) باعث بهبود نتایج نشد ولی کنترل توجهی در طی (GCBT) که با کاهش علائم همراه است را افزایش داد [۳۹].

دی یانگ و همکاران در بررسی وابستگی بین حوادث اجتماعی و علائم طرد و پذیرش در زنان مضطرب اجتماعی، دریافتند که مراجعان مضطرب اجتماعی تمایل بیشتری به تفسیر ارتباط بین حوادث گنج کننده و علائم

گروه درمانی شناختی-رفتاری و آموزش مهارتهای اجتماعی بیش از گروه درمانی شناختی-رفتاری، در کاهش ترس از ارزشیابی منفی دانشجویان مؤثر است)، نتایج به دست آمده همسو با مطالعات هربرت و همکاران [۲۷]، عبدی [۳۴]، غلامی رنالی و همکاران [۳۵]، تیلور^{۳۱} و آلدن^{۳۲} [۳۷]، مک اوی^{۳۳} و همکاران [۳۸]، مک اوی و پرینی^{۳۴} [۳۹]، دی یانگ^{۳۵} و همکاران [۴۰] می‌باشد.

هربرت و همکاران، در مطالعه‌ای بیان کردند، الحاق آموزش مهارتهای اجتماعی (SST) به گروه درمانی شناختی-رفتاری (CGBT) باعث کاهش بیشتر ترس از ارزشیابی منفی نسبت به گروه درمانی شناختی-رفتاری صرف می‌باشد [۲۱].

عبدی، در بررسی سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به هراس اجتماعی فراگیر به این نتیجه رسید که: افراد مبتلا به هراس اضطرابی فراگیر به طور معنی‌داری بیشتر از دو گروه کنترل تمایل داشتند تا تعبیر منفی رویدادهای اجتماعی، رویدادهای مربوط به خود و رویدادهای اجتماعی مربوط به خود را انتخاب کنند. همچنین نتایج امکان وجود یک سوگیری تعبیر منفی اختصاصی در تداوم هراس اجتماعی را تأیید می‌کند [۳۴].

غلامی رنالی و همکاران، در مطالعه اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر میزان خودکارآمدی در موقعیتهای اجتماعی و هراس اجتماعی، اضطراب تعامل اجتماعی و ترس از مورد مشاهده قرار گرفتن دانشجویان به این نتیجه رسیدند که، این آموزش باعث افزایش معنی‌دار خودکارآمدی در موقعیتهای اجتماعی و کاهش معنی‌دار هراس اجتماعی، اضطراب تعامل

³¹- Taylor, Ch. T.

³²- Alden, L. E.

³³- McEvoy, P. M.

³⁴- Perini, S. J.

³⁵- deJong, P. J.

³⁶- post-event processing (PEP)

عوامل مؤثر در شیوع اختلال هراس اجتماعی به شمار رود (البته در روند جدید برنامه های آموزشی مدارس سالهای اخیر کم کم به آموزش این مهارتها نیز پرداخته شده است). بدین ترتیب نه تنها دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی، بلکه دیگر دانشجویان نوجوانان جامعه ما نیاز به گذراندن این گونه آموزشها برای برقراری ارتباطات مؤثر و موفقیتهای بیشتر، دارند. در پایان با توجه به قابلیت انعطاف پذیری این رویکرد، تلفیق آموزش مهارتهای اجتماعی برای افرادی که کمبود مهارتهای پایه ای دارند مؤثر بوده و به بهبود رفتاری و کاهش اضطراب و اجتنابشان کمک می کند؛ به همین ترتیب برای افرادی که نسبتاً از مهارتهای خوبی برخوردار بودند، نیز می تواند به عنوان تسهیل گری برای افزایش خودکارآمدی و توانایی مقابله با اضطراب و اجتناب اجتماعی آنها کمک نماید.

بدین ترتیب با توجه به خلاء آموزش مهارتهای اجتماعی موجود و نقش مهم این مهارتها در پیشرفت اختلال هراس اجتماعی و با توجه نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه، مطالعه ای حاضر انجام پذیرفت. تحلیل نتایج آماری به تأیید هر دو فرضیه ی پژوهش انجامید.

لذا نتایج این پژوهش نشان می دهد که به کارگیری شیوه های ترکیبی درمان های روان شناختی و خصوصاً آموزش مهارتهای اجتماعی می تواند مداخله ای مؤثر در زمینه ی درمان این اختلال به شمار رود. از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به اجرای تحقیق بر روی نمونه در دسترس، محدود بودن نمونه پژوهشی به شرکت کنندگان دانشجو، ۱۸ تا ۲۶ سال (که امکان تعمیم نتایج به عموم را به علت داشتن تحصیلات بالا محدود کرده)، عدم انجام مطالعات پیگیری به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان و فقدان پیشینه ی قوی در ایران اشاره کرد. به همین جهت، برای اظهار نظر قطعی تر در مورد نتایج این پژوهش پیشنهاد می شود، مطالعات پی گیری به منظور مشخص کردن پایداری تأثیرات درمانی انجام پذیرد. همچنین تحقیقات بیشتری برای روشن ساختن روش و نحوه ی الحاق آموزش

طرد و بالعکس (تمایل کمتری به تفسیر ارتباط بین حوادث منفی و علائم پذیرش) دارند [۴۰].

در نهایت با توجه به نتایج تحقیقات فوق و پژوهش حاضر این گونه به نظر می رسد که عوامل شناختی همچون باورهای ناکارآمد و افکار غیر منطقی نقشی عمده در سبب شناسی و تداوم اضطراب فرد مبتلا به هراس اجتماعی بازی می کنند، در نتیجه توجه به این افکار ناکارآمد در حین درمان و تلاش برای اصلاح این باورها و تحریفهای شناختی، از اهداف این پژوهش به شمار می رود.

با توجه به افزودن آموزش مهارتهای اجتماعی در گروه آزمایش (مداخله تلفیقی) به درمان رایج، انتظار می رفت که تجارب کوشش و خطای اعضاء در برقراری ارتباط و انجام فعالیتهای اجتماعی، افزایش یافته و به تدریج با اصلاح نقایص ارتباطی از طریق تمرینات و بازخوردها، به تجارب موفقیت آمیز آنها در گروه و خارج از آن افزوده شده و نهایتاً این تجارب مثبت جایگزین مناسب ذهنی تجربه های شکست و یا تصور شکست در صحنه های اجتماعی این افراد گردد. بدین ترتیب همراه با برنامه ها و فنون شناختی به کار گرفته شده در فرایند درمان گروه آزمایش، داشتن تجارب موفقیت آمیز اعضا در زمینه برقراری ارتباطات اجتماعی مطلوب باعث شده تا فرایند اصلاح تحریفها و باورهای ناکارآمد تسهیل شده و جایگزینی افکار کارآمد در ذهن این افراد قابل باور و عملی به نظر برسد که این امر به نوبه خود چرخه معیوب باورها را شکسته و باعث می شود تا علاوه بر بهبود شناختی و رفتاری اعضا، مهارتهای ایشان در برقراری ارتباطات اجتماعی نیز بهبود یافته و این چرخه مثبت و کارآمد به تدریج تکرار شده و جایگزین چرخه معیوب قبلی گردد.

از دیگر دلایل افزودن این مؤلفه به گروه درمانی شناختی - رفتاری این بود که، طی دوران آموزش در مقاطع مختلف تحصیلی جامعه ما، معمولاً ضعف و کمبود آموزش مهارتهای اجتماعی به شدت به چشم می خورد که این امر به نوبه خود می تواند یکی از

Biased Perception During Speech. Journal Of Anxiety Disorders. 2008; (22): 1384-1392.

9. Rapee R M, Heimberg R G. A Cognitive-Behavioral Model Of Anxiety In Social Phobia. Behaviour Research And Therapy. 1997; (35): 741-765.

10. Musa C Z, Lepine J P. Cognitive Aspects Of Social Phobia: A Review Of Theories And Experimental Research, European Psychiatry. 2000; (15): 59- 66.

11. Beck A T, Clark D A. An Information Processing Model Of Anxiety: Automatic And Strategic Processes, Behavior Research And Therapy. 1997; (35): 49-58.

12. Turk C L, Fresco D M, Heimberg R G. Social Phobia: Cognitive Behavior Therapy. In: Hersen, M. & Bellack, A. S. [Eds], Handbook Of Comparative Treatment Of Adult Disorders. Newyork: Wiley & Sons, 1999.

۱۳. دادستان پریخ. روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی (جلد اول). چاپ چهارم. تهران: انتشارات سمت؛ ۱۳۸۰.

۱۴. هالجن ریچارد، کراس ویتبورن، سوزان (۲۰۰۳). آسیب شناسی روانی دیدگاههای بالینی درباره اختلالات روانی (جلد اول). ترجمه: سید محمدی، یحیی. چاپ اول. تهران: انتشارات روان؛ ۱۳۸۳.

۱۵. بلندنظر کاظم. هنجاریابی آزمون SPAI در دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد [پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی]. دانشگاه فردوسی مشهد؛ ۱۳۸۰

16. Heimberg R G. Current Status Of Psychotherapeutic Interventions For Social Phobia. Journal Of Clinical Psychiatry. 2001; 62(Suppl. 1): 36-42.

17. Heimberg R G, Becker R E. Cognitive-Behavioral Group Therapy For Social Phobia: Basic Mechanisms And Clinical Strategies. New York: The Guilford Press, 2002.

18. Clark D M, Wells A. A Cognitive Model Of Social Phobia. In: R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), Social Phobia: Diagnosis, Assessment And Treatment. Newyork: Guilford Press, 1995.

مهارت های اجتماعی به گروه درمانی شناختی- رفتاری مورد نیاز می باشد. همچنین انجام پژوهش های مشابه دیگر با نمونه ی بالینی غیر دانشجوی مبتلا به این اختلال و نمونه ی بالینی از افرادی که به دیگر اختلالات اضطرابی مبتلا هستند، می تواند زمینه ساز بستری برای امکان مقایسه ی بهتر نتایج و افزایش قدرت تعمیم پذیری آن، گردد.

منابع

۱. کاپلان، هارولد، سادوک، بنیامین. (۲۰۰۳). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی (جلد اول، دوم و سوم). ترجمه: رفیعی حسن، رضاعی فرزین. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۲.

2. Sadock B J, Sadock VA. Kaplan And Sadock's Comprehensive Textbook Of Psychiatry; 8th ed. Lippincott: Wilians And Wilkins; 2005 609-616.

۳. گلدر، مایکل؛ مایو، ریچارد؛ کن، فیلیپ. درسنامه مختصر روانپزشکی آکسفورد. ترجمه: پورافکاری، نصرت چاپ اول. تهران: انتشارات شهرآب؛ ۱۳۸۲.

۴. انجمن روانپزشکی امریکا (۲۰۰۰). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-IV-TR. ترجمه: محمد رضا نیکخو، هامایاک آواریس یانس. چاپ چهارم. تهران: انتشارات سخن؛ ۱۳۸۱.

۵. ساراسون، ایروین. جی؛ ساراسون، باربارا. آر (۱۹۸۷). روانشناسی مرضی (جلد اول). ترجمه: نجاریان، بهمن؛ اصغری مقدم، محمد علی؛ دهقانی، محسن. چاپ چهارم. تهران: انتشارات رشد؛ ۱۳۸۱.

۶. هاوتون، کیت؛ سالکووس کیس، کلارک (۱۹۸۹). رفتار درمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال های روانی (جلد اول). ترجمه: قاسم زاده، حبیب الله. چاپ سوم. تهران: انتشارات ارجمند؛ ۱۳۸۲.

7. Cloitre M, Heimberg R, Leibowitz M R, Gitow A. Perceptions Of Control In Panic Disorder And Social Phobia. Journal Of Cognitive Therapy And Research. 1992 ;(16): 569-577.

8. Voncken M J, Bogels S M. Social Performance Deficits In Social Anxiety Disorder: Reality During Conversation And

دانشجویان. مجله روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اهواز. ۱۳۷۸.

29. Wenzel A, Graff-Dolezal J, Macho M, Brendle JR. Communication And Social Skills In Socially Anxious And Nonanxious Individuals In The Context Of Romantic Relationships. *Behaviour Research And Therapy*. 2005; (43): 505-519.

30. MoRtberg E, Karlsson A, Fyring C, Sundin O. Intensive Cognitive-Behavioral Group Treatment(Cbgt) Of Social Phobia:A Randomized Controlled Study. *Anxiety Disorders*. 2006; (20): 646-660.

31. Clark DM, Ehlers A, Hackmann A. And Et All. Cognitive Therapy Versus Exposure And Applied Relaxation In Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*. 2006; (74): 568-578.

32. Hayes SA, Hope D.A, Heimberg RG. The Pattern Of Subjective Anxiety During In-Session Exposures Over The Course Of Cognitive-Behavioral Therapy For Clients With Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*. 2008; (39):286-299.

33. Herbert J D, Gaudiano B A, Rheingold A A, Moitra E, Myers V H, Dalrymple KL, Brandsma LL. Cognitive Behavior Therapy For Generalized Social Anxiety Disorder In Adolescents: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Anxiety Disorders*. 2009; (23): 167-177.

۳۴. عبدی رضا. سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی [پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی]. انیستیتو روانپزشکی تهران؛ ۱۳۸۲.

۳۵. غلامی رنانی فاطمه. اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر میزان خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی و هراس اجتماعی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان [پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی]. دانشگاه اصفهان؛ ۱۳۸۴.

36. Hudson J L, Rapee R M. The Origins Of Social Phobia. *Behavior Modification*. 2000; (24): 102-129.

37. Taylor ChT, Alden LE, Social Interpretation Bias And Generalized Social Phobia: The Influence Of Developmental

19. Antony M M. Assessment And Treatment Of Social Phobia. *Can J Psychiatry*. 1997; (42): 826-834.

20. Hope D A, Heimberg R G, Juster H, Turk C L. Managing Social Anxiety: A Cognitive-Behavioral Therapy Approach. Sanantonio, Tx: Psychological Corporation, 2000.

21. Herbert J D, Gaudiano B A, Rheingold A A, Myers V. H, Dalrymple K, Nolan E M. Social Skills Training AugmentsThe Effectiveness Of Cognitive Behavioral Group Therapy For Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*. 2005; (36): 125-138.

22. Barlow D H, Moscovitch D A, Micco J A. Psychotherapeutic Intervention For Phobias: A Review. In: Maj, M., Akiskal, H. S., Lopez-Lbor, J. J. & Okasha, A. (2004). Wpa Series Evidence And Experience In Psychiatry. Vol 7: Phobias. John Wiley & Sons Ltd, 2002.

23. Van Dam-Baggen R, Kraaimaat F. Group Social Skills Training Or Cognitive Group Therapy As The Clinical Treatment Of Choice For Generalized Social Phobia? *Journal Of Anxiety Disorders*. 2000; (14): 437-451.

24. Woody S. Effects Of Focused Attention On Social Phobic's Anxiety And Social Performance. *Journal Of Abnormal Psychology*. 1996; (105): 61-69.

25. Hopko D R, Mcneil DW, Zvolensky MJ, Eifert GH. The Relation Between Anxiety And Skill In Performance-Based Anxiety Disorders: A Behavioral Formulation Of Social Phobia. *Behavior Therapy*. 2001; (32): 185-207.

26. Gaudiano B A, Herbert J D. Preliminary Psychometric Evaluation Of A New Self-Efficacy Scale And Its Relationship To Treatment Outcome In Social Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy And Research*. 2003; (27): 537-555.

27. Herbert J D, Rheingold A A, Goldstein SG. Brief Cognitive Behavioral Group Therapy For Social Anxiety Disorder. *Cognitive And Behavioral Practice*. 2002; (9): 1-8.

۲۸. مهرابی زاده هنرمند مهناز، نجاریان بهمن، بهارلو رویا. رابطه بین کمال گرایی و اضطراب اجتماعی در

Training: A Controlled Trial. Journal Of Anxiety Disorders. 2009; (23): 519-528.

40. De Jong P J. De Graaf-Peters, V. Van Hout, W. J.P.J. Wees, R. V. Covariation Bias For Social Events And Signs Of [Dis]Approval In High And Low Socially Anxious Individuals. Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry. 2009; (40): 359-373.

Experiences. Behaviour Research And Therapy. 2005; (43): 759-777.

38. Mcevoy P M, Mahoney A, Perini S J, Kingsep, P. Changes In Post-Event Processing And Metacognitions During Cognitive Behavioral Group Therapy For Social Phobia. Journal Of Anxiety Disorders. 2009; (23): 617-623.

39. Mcevoy PM, Perini SJ. Cognitive Behavioral Group Therapy For Social Phobia With Or Without Attention

Archive of SID