

اثربخشی گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر بر بهبود اضطراب اجتماعی و انعطاف پذیری شناختی دختران نوجوان

حسین شاره^۱، مهدی روئین فرد^۲، الهام حقی^۳

^۱ استادیار روانشناسی بالینی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران
^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران
^۳ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

نشانی نویسنده مسؤول: سبزواری، دانشگاه حکیم سبزواری، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دکتر حسین شاره

Email: hsharreh@yahoo.com.au

وصول: ۹۲/۸/۲۷، اصلاح: ۹۲/۱۰/۲۳، پذیرش: ۹۲/۱۲/۳

چکیده

زمینه و هدف: افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی رویکرد انعطاف پذیری در مواجهه با استرس نداشته و در به کارگیری مهارت‌های اجتماعی ضعف دارند. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر بر بهبود اضطراب اجتماعی و انعطاف پذیری شناختی نوجوانان دختر انجام پذیرفت.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش آزمایشی، ۲۴ نفر از دختران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از بین دختران دبیرستانی سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۳ شهرستان اسفراین که جامعه آماری این پژوهش را تشکیل می‌داد، انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر) و کنترل گماشته شدند. قبل و بعد از انجام مداخلات، بر روی آزمودنی‌های هر دو گروه پرسشنامه‌های اختلال اضطراب اجتماعی (SPIN)، انعطاف‌پذیری شناختی (CFI)، رضایتمندی مراجع (CSQ) و شاخص بهبود کلی بالینی (CGI) اجرا شدند. داده‌ها با استفاده از آزمون t مستقل و تحلیل کواریانس چند متغیری (MANOVA) در نرم افزار SPSS-19 با سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. همچنین درصدهای بهبودی مورد محاسبه قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر در مقایسه با گروه کنترل باعث بهبود بیشتر انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش معنادار اضطراب اجتماعی می‌شود ($P < 0/001$). آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل میزان رضایت از درمان و بهبودی کلی خود را بطور معناداری بالاتر ارزیابی کردند و درصد بهبودی آن‌ها در تمام متغیرهای پژوهش بیشتر از درصد بهبودی آزمودنی‌های گروه کنترل بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر در بهبود اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان دختر موثر است.

واژگان کلیدی: گروه درمانگری شناختی- رفتاری، اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری شناختی، نوجوانان، رضایت از درمان، بهبودی بالینی

مقدمه

انسان‌ها به طور طبیعی از ارزشیابی منفی هم‌نوعان خود می‌هراسند. حالت غیرانطباقی این ترس و نگرانی، اختلال اضطراب اجتماعی (SAD: Social Anxiety Disorder) است (۱). SAD توسط ترس شدید از موقعیت‌ها یا عملکردهای اجتماعی که ممکن است فرد در آنها مورد قضاوت، توجه و موشکافی دیگران قرار گرفته یا بسیار سراسیمه شود و خجالت بکشد، مشخص می‌شود. تشخیص SAD مستلزم این است که موقعیت‌های ایجاد کننده‌ی هراس، همیشه یک پاسخ اضطرابی را در فرد راه اندازی کنند (فرد باید اظهار کند که ترس او افراطی، شدید و غیر واقعی است). او باید از این موقعیت‌ها اجتناب کرده و با ناراحتی زیادی وارد آنها شود و از نظر بالینی ناراحتی و نگرانی شدیدی را در اثر این اختلال تجربه کند. در نهایت اینکه، افراد دچار اضطراب اجتماعی شدید نسبت به افرادی که دچار این اختلال نیستند، توجه بیشتری به اطلاعات تهدیدمدار (برای مثال کلمات مرتبط با تهدید اجتماعی و تصویر چهره‌های خشمگین) دارند (۲ و ۳). اضطراب اجتماعی با تمایل به گزارش بیشتر از حد طبیعی افکار منفی درباره خود و موقعیت‌های اجتماعی همبستگی و ارتباط دارد. افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی نمره‌های بیشتری در اندازه‌های کمال‌گرایی بدست می‌آورند. برای مثال آنها تمایل دارند از اشتباه کردن بپرهیزند و نسبت به افراد فاقد اختلال اضطرابی و افراد دچار دیگر اختلال‌های اضطرابی به اعمال خود بیشتر شک دارند. افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی ممکن است از دامنه‌ی وسیعی از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کنند، ممکن است مدت کوتاهی پس از قرار گرفتن در این موقعیت‌ها از آنها فرار کنند، یا در این موقعیت‌ها برای غلبه بر اضطراب خود، به بعضی از رفتارهای امنیتی مانند پوشیدن پلیور یقه اسکی با یقه‌ی بسیار بلند برای پنهان کردن شرم و خجالت خود، اجتناب از برقراری تماس چشمی در موقعیت‌های اجتماعی،

خوردن مشروب زیاد قبل از رفتن به مهمانی و پرسیدن سؤالی از افراد دیگر برای اجتناب از صحبت کردن درباره‌ی خود دست بزنند (۲).

شیوع SAD در طول زندگی در کشورهای غربی بین ۷ تا ۱۲ درصد کل جمعیت برآورد شده است. این اختلال تقریباً به طور برابر در مردان و زنان وجود دارد و نسبت جنسیتی (زنان به مردان) در دامنه بین ۱ به ۱ و یا ۲ به ۳ می‌باشد. SAD غالباً در نوجوانی شروع می‌شود ولی می‌تواند در کودکی نیز بروز پیدا کند. اگر این اختلال درمان نشود، غالباً دوره‌های مزمنی را در پی دارد و منجر به اختلال جدی در عملکرد شغلی و اجتماعی می‌گردد (۱).

در مورد مفهوم انعطاف‌پذیری شناختی پژوهش‌های زیادی صورت گرفته است اما در حال حاضر اتفاق نظری در مورد چگونگی تعریف این مفهوم یا سنجش آن وجود ندارد. به طور کلی، توانایی تغییر آمیبه‌های شناختی (cognitive sets) به منظور سازگاری با محرک‌های در حال تغییر محیطی، عنصر اصلی در تعاریف عملیاتی انعطاف‌پذیری شناختی است (۴). افرادی که توانایی تفکر انعطاف‌پذیر دارند، از توجهات جایگزین استفاده می‌کنند، به صورت مثبت چارچوب فکری خود را بازسازی می‌کنند و موقعیت‌های چالش‌انگیز یا رویدادهای استرس‌زا را می‌پذیرند و نسبت به افرادی که انعطاف‌پذیر نیستند از نظر روانشناختی تاب‌آوری بیشتری دارند (۵ و ۶). همچنین، پژوهش‌ها ارتباط میان انعطاف‌پذیری شناختی و سبک‌های مقابله با استرس و اضطراب را تأیید کرده‌اند (۷-۸). بنابراین، بنظر می‌رسد انعطاف‌پذیری شناختی یکی از عوامل عمده در رهایی از فشار روانی و اضطراب (که از مؤلفه‌های SAD است) باشد.

چندین درمان روانشناختی برای SAD مؤثر شناخته شده‌اند، از جمله شناخت درمانی، درمان شناختی-رفتاری (CBT: Cognitive Behavior Therapy)، درمان مواجهه‌سازی و آموزش مهارت‌های اجتماعی. از بین این

و کشمکش‌ها بدون توسل به اعمالی که به خود و دیگران صدمه می‌زنند پرداخته می‌شود.

با توجه به عواملی مانند ترس، اجتناب و ناراحتی - های فیزیولوژیکی ناشی از اضطراب اجتماعی، که از مؤلفه‌های اصلی و مؤثر در SAD بوده و نقش مهمی در تداوم آن دارند، و از طرف دیگر افراد مبتلا به این اختلال، هم در زمینه‌ی شناختی - انعطاف‌پذیری لازم را ندارند و هم در به کارگیری مهارت‌های اجتماعی مناسب در موقعیت‌های مختلف دچار نقصان می‌باشند، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی گروه درمانگری شناختی - رفتاری هیمبرگ - بکر بر بهبود اضطراب اجتماعی و انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان مبتلا به SAD انجام پذیرفت. لازم به ذکر است علیرغم نقش پراهمیتی که شناخت و انعطاف‌پذیری در اختلال‌های روانی دارند، در این پژوهش برای اولین بار به اثربخشی گروه درمانگری شناختی - رفتاری هیمبرگ - بکر بر روی انعطاف‌پذیری شناختی پرداخته می‌شود. بعلاوه، اگر چه تاثیر گروه‌درمانگری، شناخت درمانگری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر روی اضطراب اجتماعی و دیگر اختلال‌ها در کشورمان مورد بررسی قرار گرفته است اما تا کنون به تأثیر یک برنامه منسجم تحت عنوان گروه درمانگری شناختی - رفتاری هیمبرگ - بکر پرداخته نشده است.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی مبتنی بر پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و انتصاب تصادفی بود. جامعه‌ی آماری شامل تمام دانش‌آموزان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله مشغول به تحصیل در سال ۱۳۹۲-۱۳۹۳ در دبیرستان‌های شهر اسفراین بود. در سال ۱۳۹۲، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای تک مرحله‌ای، از بین دبیرستان‌های دخترانه‌ی سطح شهر اسفراین دو دبیرستان انتخاب شد که ۶۷۰ دانش‌آموز داشت. ابتدا

درمان‌ها گروه‌درمانگری شناختی - رفتاری (CBGT: Cognitive Behavioral Group Therapy) هیمبرگ - بکر عمدتاً شامل استانداردهای طلایی مداخله می‌باشد. اثربخشی CBGT در شماری از مطالعات به خوبی طراحی شده، ثابت شده است. در این درمان بیماران به ندرت درمان را رها می‌کنند و این مورد رابطه‌ای با متغیرهای جمعیت شناختی بیماران ندارد. CBGT توسط دو درمانگر در ۱۲ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته‌ی هفتگی و معمولاً برای گروه‌های ۴ تا ۶ نفره شرکت‌کنندگان انجام می‌شود (۱).

در مطالعه‌ای ۱۳۳ بیمار مبتلا به SAD به طور تصادفی در گروه‌های فنلین، گروه‌های حمایتی - آموزشی (ESGT: Educational Support Group Therapy)، دارونما و CBGT قرار گرفتند. بعد از ۱۲ هفته، هر دو گروه فنلین و CBGT نسبت به دارونما یا ESGT (که به عنوان یک روش دارونمای روانشناختی استفاده شده بود) پاسخ بهتری به درمان داشتند. در CGBT ترس از دیگران، ارزیابی اجتماعی و نگرانی در مورد اینکه دیگران چه تصویری از فرد داشته باشند، در یک محیط گروهی به سرعت مورد آزمون قرار می‌گیرد (۲). هنگام گروه درمانگری شناختی - رفتاری هراس اجتماعی فرصت‌های زیادی برای مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی مختلف، ایفای نقش و دریافت و ارائه‌ی بازخورد درباره‌ی تعاملات اجتماعی در اختیار افراد گروه قرار می‌گیرد. یکی از مؤلفه‌های CBGT، آموزش مهارت‌های اجتماعی (SST: Social Skills Training) است. اضافه کردن مؤلفه‌ی آموزش مهارت‌های اجتماعی به گروه‌درمانی شناختی - رفتاری اثربخشی آن را بهبود می‌بخشد. آموزش مهارت‌های اجتماعی، به افراد مبتلا به هراس اجتماعی کمک می‌کند تا روشهایی را برای مقابله با استرس میان‌فردی یاد گرفته، به طوری که بتوانند در تعاملاتشان احساس اطمینان و آرامش بیشتری نمایند (۹). در آموزش مهارت‌های اجتماعی به روابط بین فردی مناسب و موثر، انجام مسئولیت‌های اجتماعی، انجام تصمیم‌گیری‌های صحیح، حل تعارض‌ها

هیمبرگ و بکر (۱۰) در ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای توسط رهبر گروه و یک دستیار بر روی گروه آزمایش انجام شد. در هر جلسه اصول اساسی گروه درمانی رعایت می‌شد و با بررسی تکالیف جلسه‌ی قبل شروع و با ارائه‌ی تکالیف برای جلسه‌ی بعد و اتخاذ بازخورد به اتمام می‌رسید.

در جلسه‌ی اول درمان آموزش روان شناختی که شامل توضیح مدل اضطراب اجتماعی و بررسی راهبردهای درمانی بود صورت گرفت و کتاب‌های خودیاری به عنوان تکلیف منزل معرفی شد. جلسه‌ی دوم درمان شامل بررسی مدل شناختی (ABC)، آموزش چرخه‌ی رفتار (فکر، احساس، رفتار) و معرفی تحریف‌های شناختی بود. تکمیل برگه‌های بازبینی تحریف‌های شناختی به عنوان تکلیف منزل معرفی شد. در جلسه‌ی سوم درمان راهبردهایی برای مبارزه با تحریف‌های شناختی مانند چالش با افکار، بررسی شواهد، گفتگوی سقراطی و برگه‌های ثبت افکار ارائه شد و تمرین مبارزه با تحریف‌های شناختی با استفاده از برگه‌های ثبت افکار به عنوان تکلیف منزل معرفی شد. جلسه‌ی چهارم درمان شامل معرفی مواجهه، تمرین مواجهه و ایفای نقش در جلسه بود. بازسازی شناختی، تکمیل برگه‌های ثبت افکار، تمرین مواجهه و خواندن فصولی از کتاب‌های خودیاری درباره‌ی راهبردهای مواجهه‌ای به عنوان تکلیف منزل معرفی شد. در جلسه‌ی پنجم تا نهم درمان مواجهه و ایفای نقش تمرین شد و تکمیل برگه‌های ثبت افکار و تمرین مواجهه به عنوان تکلیف منزل معرفی شد. جلسات دهم و یازدهم درمان به معرفی و تمرین آموزش مهارت‌های اجتماعی، تمرین مواجهه و ایفای نقش در جلسه با توجه به تمرین و مرور ذهنی مهارت‌های اجتماعی خاص اختصاص یافت و تمرین مواجهه همراه با تمرین و مرور ذهنی مهارت‌های اجتماعی به عنوان تکلیف منزل معرفی شد. آموزش روان شناختی در جلسه‌ی دوازدهم درمان شامل بحث و بررسی در مورد عوامل مؤثر و راه انداز بازگشت و عود بیماری و بررسی راهبردهایی برای

کلیه‌ی دانش‌آموزان به پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی (SPIN: Social Phobia Inventory) پاسخ دادند و تعداد ۸۲ نفر از دانش‌آموزانی که نمره‌ی ۴۰ و بالاتر در آزمون کسب نموده بودند که نشانه‌ی ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است انتخاب، و پس از گذشت یک هفته مجدداً جهت افزایش اعتبار و روایی پژوهش آزمون تکرار شد. پس از انجام مجدد پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی و انجام مصاحبه‌ی بالینی ساخت‌یافته برای اختلالات محور I در (DSM-IV - نسخه‌ی بالینی SCID-I/CV: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version) از ۴۲ دانش‌آموزی که مجدداً نمره‌ی برش اختلال اضطراب اجتماعی را کسب نموده بودند، بعد از توضیح اهداف طرح و یادآوری لزوم شرکت در تحقیق تا آخرین مرحله، ضمن مطرح نمودن محرمانه ماندن اطلاعات دانش‌آموزان و محتوای جلسات، به صورت تصادفی تعداد ۲۴ نفر از افرادی که باز هم داوطلب شرکت در طرح بودند (۱۲ نفر برای گروه آزمایش و ۱۲ نفر برای گروه کنترل) انتخاب شدند و پرسشنامه‌ی انعطاف‌پذیری شناختی (CFI: Cognitive Flexibility Inventory) نیز بر روی آنان اجرا شد. به منظور تأیید اصل همتا بودن گروه آزمایش و کنترل، از آزمون t گروه‌های مستقل برای مقایسه‌ی نمرات پیش آزمون انعطاف‌پذیری شناختی، اضطراب اجتماعی، ترس اجتماعی، اجتناب اجتماعی و ناراحتی‌های فیزیولوژیکی ناشی از اضطراب اجتماعی در دو گروه استفاده شد. تفاوت معناداری بین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی ($t=0/04$)، اضطراب اجتماعی ($P=0/83$)، اضطراب اجتماعی ($t=0/03$)، ترس اجتماعی ($P=0/97$)، اجتناب اجتماعی ($t=0/07$)، اجتناب اجتماعی ($P=0/94$)، ناراحتی‌های فیزیولوژیکی ناشی از اضطراب اجتماعی ($t=0/23$)، ناراحتی‌های فیزیولوژیکی ناشی از اضطراب اجتماعی ($P=0/81$)، وجود نداشت که نشان می‌دهد دو گروه در مرحله‌ی پیش آزمون همگن بوده‌اند. جلسات درمانی با توجه به راهنمای گروه درمانی

پژوهش حاضر، تمام ابزارها توسط یک ارزیاب مستقل (یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی که در زمینه‌ی اجرای CGI، SPIN، SCID-I/CV، CFI و CSQ آموزش کافی را دیده بود) صورت گرفت تا از سوگیری در پاسخ آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌ها جلوگیری شود. همچنین سعی شد آزمودنی‌ها متوجه اینکه جزء کدام گروه (آزمایش یا کنترل) هستند نشوند و حتی الامکان از اینکه عملکرد آن‌ها با عملکرد گروهی دیگر مورد مقایسه واقع می‌شود بی-اطلاع باشند تا سوگیری‌ها در پاسخدهی به ابزارها کاهش یابد. ابزارهای پژوهش در زیر توضیح داده شده‌اند.

۱- مصاحبه‌ی بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور I در DSM-IV - نسخه‌ی بالینی (SCID-I/CV): SCID-I یک ابزار جامع استاندارد شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV می‌باشد که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است (۱۲). اجرای آن به قضاوت بالینی مصاحبه‌گر درباره‌ی پاسخ‌های مصاحبه‌شونده نیازمند است و به این خاطر، SCID-I یک نوع مصاحبه‌ی نیمه‌ساخت یافته است که برای اجرای آن مصاحبه‌کننده باید در زمینه‌ی آسیب شناسی روانی دانش و تجربه‌ی کافی داشته باشد. این ابزار دو نسخه دارد: نسخه‌ی بالینی SCID-I/CV که بیشتر تشخیص‌های روانپزشکی را پوشش می‌دهد و عمدتاً به منظور استفاده در محیط‌های بالینی و پژوهش‌های بالینی طراحی شده، و نسخه‌ی پژوهشی کامل‌تر و طولانی‌تر Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Research Version (SCID-I/R) که کلیه‌ی تشخیص‌ها و نیز زیرنوع‌های تشخیص و معیارهای شدت و سیر اختلالات را پوشش می‌دهد. در این مطالعه از نسخه‌ی بالینی SCID-I/CV استفاده شد. کل SCID-I معمولاً در یک جلسه اجرا می‌شود و بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد (۱۲). روایی و پایایی این ابزار در پژوهش‌های مختلف قابل قبول گزارش شده است برای مثال، زانارینی، اسکودول، بندر، دولان، سانسلو و

پیشگیری از بازگشت و عود بیماری بود. تمرین راهبردهای پیشگیری از عود بیماری به عنوان تکلیف منزل معرفی شد.

در مجموع، در ۱۵ دقیقه‌ی ابتدایی هر جلسه تکالیف جلسه‌ی قبل مورد بررسی قرار گرفته، به سؤالات و مشکلات اعضاء پاسخ داده می‌شد و سپس به مدت ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به بخش درمان شناختی-رفتاری شامل آموزش‌های روانشناختی، بازسازی شناختی، بررسی شواهد، تمرین مواجهه، ایفای نقش و سایر موارد درمان پرداخته می‌شد. در ۲۰ تا ۳۰ دقیقه‌ی انتهایی، مهارت‌های اجتماعی خاص هر جلسه آموزش داده می‌شد و مطالب جمع‌بندی و تکالیف جلسه‌ی بعدی ارائه می‌شد. به کارگیری این مهارت‌ها در داخل گروه با ایفای نقش‌های متعدد و ایجاد فضایی شبیه موقعیت‌های اجتماعی مانند اجرای کنفرانس و سخنرانی‌های متعدد توسط اعضا در هر جلسه شبیه به نقش‌های واقعی در اجتماع انجام می-پذیرفت. در گروه کنترل هم بحث‌های روانشناختی محدودی شامل آموزش روانشناختی در رابطه با استرس و راهبردهایی برای مواجهه با آن ارائه شد. پس از اتمام دوره‌ی درمان در هر دو گروه، پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی، انعطاف‌پذیری شناختی، رضایتمندی مراجع (CSQ: Client Satisfaction Questionnaire) و مقیاس بهبود کلی بالینی (CGI: Clinical Global Improvement) به عنوان پس آزمون اجرا شدند و نتایج به دست آمده با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل و وابسته و تحلیل کواریانس یکطرفه (ANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مقادیر $P < 0/05$ معنی‌دار تلقی گردید. هم‌چنین برای محاسبه و مقایسه‌ی درصد بهبودی بیماران در دو گروه از فرمول $\Delta A\% = \frac{A_0 - A_1}{A_0}$ استفاده شد که در آن A_0 نمره‌ی پرسشنامه‌ی مورد سنجش در خط پایه، A_1 نمره همان پرسشنامه در جلسه آخر و $\Delta A\%$ میزان تغییرات است (۱۱). لازم به ذکر است در

همکاران (۱۳) در بررسی پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها کاپای بالای ۰/۷ را برای اکثر تشخیص‌ها گزارش نموده‌اند. در مطالعه‌ی بختیاری (۱۴)، روایی این ابزار به وسیله‌ی متخصصان و اساتید روانشناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفت و پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۵ بود. در پژوهش حاضر از این مصاحبه به منظور غربالگری بیماران از لحاظ اختلالات محور I و تشخیص دقیق‌تر اختلال اضطراب اجتماعی استفاده شد.

۲- پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی (SPIN): این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران (به نقل از ۱۵) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه شد. تلویحات بالینی این پرسشنامه بیانگر آن است که در سه حیطه‌ی علایم بالینی ترس، اجتناب و علایم فیزیولوژیکی اطلاعاتی را ارائه می‌کند و دارای مزیت‌های عملی کوتاه بودن، سادگی و آسانی نمره‌گذاری می‌باشد. این ابزار با دارا بودن ویژگی‌های با ثبات روان‌سنجی می‌تواند به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علایم اضطراب اجتماعی به کار رود. به علاوه می‌تواند به عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال اضطراب اجتماعی کاربرد داشته باشد و در نهایت این مقیاس می‌تواند درمان‌های با کارایی متفاوت را از هم تمیز دهد. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۰- به هیچ وجه، ۱- کم، ۲- تا اندازه‌ای، ۳- زیاد، ۴- خیلی زیاد) نمره‌گذاری می‌شود. بر اساس نتایج بدست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه‌ی برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه‌ی برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا متمایز می‌کند. این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر

با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای مقیاس‌های فرعی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی به ترتیب ۰/۸۹، ۰/۹۱ و ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی سازه در مقایسه‌ی نتایج این آزمون در دو گروه آزمودنی‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روان پزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند (۱۵).

۳- پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی (CFI): این پرسش نامه که توسط دنیس و وندروال (۴) ساخته شده است یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است و برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود. شیوه نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرتی از ۱ تا ۷ می‌باشد و تلاش دارد تا سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی را (بسنجد: الف) میل به درک موقعیت‌های سخت به عنوان موقعیت‌های قابل کنترل، ب) توانایی درک چندین توجیه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتار انسان‌ها و ج) توانایی ایجاد چندین راه حل جایگزین برای موقعیت‌های سخت. این پرسش‌نامه در کار بالینی و غیر بالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی رفتاری بیماری‌های روانی به کار می‌رود (۴). دنیس و وندروال (۴) در پژوهشی نشان دادند که این پرسش‌نامه از ساختار عاملی، روایی همگرا و روایی همزمان مناسبی برخوردار است. این پژوهشگران نشان دادند که دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنی دارند و عامل کنترل به عنوان خرده‌مقیاس دوم در نظر گرفته شد. روایی همزمان این پرسشنامه با پرسشنامه‌ی افسردگی بک (BDI-II) برابر با ۰/۳۹- و روایی همگرای آن با مقیاس انعطاف‌پذیری شناختی مارتین و رابین ۰/۷۵ بود. این پژوهشگران پایایی

توسط شماره (۱۹) از طریق ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شد که روایی محتوایی آن توسط روانشناسان بالینی و روانپزشکان مورد تأیید قرار گرفت و در یک نمونه ۲۳ نفری از بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و به روش بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۸۹ به دست آمد.

۵- مقیاس بهبود کلی بالینی (CGI): این مقیاس که دومین خرده‌مقیاس پرسشنامه برداشت کلی مراجع (CGI: Clinical Global Impressions) از درمان است (۲۰) برای سنجش میزان پاسخ به درمان در انتهای درمان توسط مراجع تکمیل می‌شود و دارای یک سؤال با مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت است که بر اساس آن مراجع نمره‌ای بین ۱-۷ می‌گیرد (۱=بهبود بسیار زیادی یافته‌ام، ۲=بهبود زیادی یافته‌ام، ۳=کمی بهبود یافته‌ام، ۴=تغییری نکرده‌ام، ۵=کمی بدتر شده‌ام، ۶=بسیار بدتر شده‌ام، ۷=بسیار زیاد بدتر شده‌ام). بنابراین، حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۱ و ۷ است که نمرات بالاتر نشانه بهبود کم‌تر خواهد بود. این پرسشنامه توسط شماره (۱۹) از طریق ترجمه و ترجمه مجدد به فارسی برگردانده شد که روایی محتوایی آن توسط روانشناسان بالینی و روانپزشکان مورد تأیید قرار گرفت و در یک نمونه ۲۳ نفری از بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی پایایی آن به روش بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۱ به دست آمد.

یافته‌ها

سن آزمودنی‌ها بین ۱۵ تا ۱۸ ساله و سطح تحصیلات آن‌ها از کلاس اول تا چهارم دبیرستان را در بر می‌گرفت. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌ها برای گروه آزمایش ۱۶/۵۶ و ۲/۱۲ و برای گروه کنترل ۱۶/۴۲ و ۲/۳۵ بود. در گروه آزمایش ۴ نفر کلاس اول، ۲ نفر کلاس دوم، ۲ نفر کلاس سوم و ۴ نفر کلاس چهارم و در گروه کنترل ۳ نفر کلاس اول، ۳ نفر کلاس دوم، ۲

به روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس، ادراک کنترل-پذیری و ادراک گزینه‌های مختلف به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۵ و ۰/۷۷ بدست آوردند. در ایران شماره، فرمانی و سلطانی (۱۶) ضریب اعتبار بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌های ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار را به ترتیب ۰/۵۵، ۰/۷۲، ۰/۵۷ گزارش کرده‌اند. این پژوهشگران ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۹، ۰/۵۵ گزارش نموده‌اند. همچنین CFI از روایی عاملی، همگرا و همزمان مطلوبی در ایران برخوردار است. در نسخه‌ی فارسی، بر خلاف مقیاس اصلی که تنها دو عامل به دست آمد، پرسشنامه‌ی انعطاف-پذیری شناختی دارای سه عامل ادراک کنترل‌پذیری، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار می‌باشد. روایی همگرایی آن با پرسشنامه‌ی تاب‌آوری برابر با ۰/۶۷ و روایی همزمان آن با پرسشنامه‌ی BDI-II برابر با ۰/۵۰- بود (۱۶).

۴- پرسشنامه رضایتمندی مراجع (CSQ): این مقیاس که برای سنجش میزان رضایت مراجع از خدماتی که طی درمان دریافت کرده توسط لارسن (۱۷) طرح‌ریزی شد، دارای ۸ سؤال است و هر سؤال ۴ پاسخ دارد که پاسخ‌ها بر اساس درجه مثبت یا منفی بودنشان نمره‌ای بین ۱-۴ می‌گیرند (۴=بسیار مثبت، مثبت، منفی، بسیار منفی=۱) و بر این اساس حداکثر و حداقل نمره‌ای که آزمودنی در این مقیاس کسب می‌کند به ترتیب ۸ و ۲۴ است. نمره بالاتر رضایت بیشتر از درمان را نشان می‌دهد. بررسی‌ها پایایی و روایی این پرسشنامه را تأیید می‌کنند. در تحلیل عاملی یک عامل برای این پرسشنامه به دست آمده است. همسانی درونی بسیار عالی بر اساس نتایج آلفای کرونباخ از ۰/۸۳ تا ۰/۹۴ و روایی همگرایی بالا بر اساس همبستگی با متغیرهایی مثل تکمیل برنامه درمانی برای این پرسشنامه گزارش شده است (۱۸). این پرسشنامه

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در پیش آزمون و پس آزمون و محاسبه ی ارزش t گروه‌های وابسته

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب اجتماعی کلی	۴۵/۰۸	۶/۲۲	۲۴/۵۰	۹/۲۹	۲۴/۵۰	۶/۲۲	۴۵/۰۸	۴/۶۱
ترس اجتماعی	۱۴/۹۱	۲/۹۹	۸/۰۸	۲/۶۷	۸/۰۸	۲/۹۹	۱۴/۹۱	۲/۸۱
اجتناب اجتماعی	۱۷/۸۳	۳/۷۱	۹/۹۱	۴/۶۷	۹/۹۱	۳/۷۱	۱۷/۸۳	۲/۵۲
ناراحتی فیزیولوژیک	۱۲/۲۳	۲/۵۳	۶/۵۰	۳/۸۴	۶/۵۰	۲/۵۳	۱۲/۲۳	۲/۵۸
انعطاف‌پذیری شناختی	۸۳/۰۲	۵/۳۴	۱۲۹/۱۱	۶/۴۳	۱۲۹/۱۱	۵/۳۴	۸۳/۰۲	۵/۰۲
ادراک کنترل	۳۰/۲۶	۲/۴۵	۴۷/۷۴	۲/۷۴	۴۷/۷۴	۲/۴۵	۳۰/۲۶	۲/۹۲
ادراک چندین راه حل	۳۹/۵۸	۳/۱۱	۶۱/۶۶	۲/۹۶	۶۱/۶۶	۳/۱۱	۳۹/۵۸	۳/۰۶
ادراک توجیبات	۷/۲۱	۰/۹۶	۱۲/۱۵	۱/۰۲	۱۲/۱۵	۰/۹۶	۷/۲۱	۰/۸۵

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات متغیرهای پژوهش در پایان درمان پس از حذف اثرات پیش آزمون

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	ارزش F	سطح معناداری	اندازه‌ی اثر
اضطراب اجتماعی کلی	۲۳۷۴/۸۹	۱	۵۷/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳
ترس اجتماعی	۳۲۵/۳۱	۱	۴۷/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۶۹
اجتناب اجتماعی	۳۵۲/۰۵	۱	۲۹/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
ناراحتی های فیزیولوژیک	۱۳۸/۶۱	۱	۱۳/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰
انعطاف‌پذیری شناختی	۲۴۵۲/۳۶	۱	۴۹/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸
ادراک کنترل	۳۲۸/۸۳	۱	۳۸/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲
ادراک چندین راه حل	۳۸۴/۶۳	۱	۴۴/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷
ادراک توجیبات	۱۵۶/۱۷	۱	۱۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۵۱

شماره‌ی ۲ آورده شده است که نشان می‌دهد گروه- درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر باعث کاهش معنادار اضطراب، ترس، اجتناب و ناراحتی‌های فیزیولوژیک ناشی از اضطراب اجتماعی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن در مقایسه با گروه کنترل در مرحله‌ی پس آزمون شده است. اندازه اثرهای متوسط به بالا این نتایج را به لحاظ بالینی تأیید می‌کنند.

درصدهای بهبودی متغیرهای پژوهش همراه با مقایسه‌ی آن‌ها در دو گروه بر اساس آزمون t گروه‌های مستقل، در جدول شماره‌ی ۳ آمده است. نتایج بیانگر بهبودی بیشتر و معنادار آزمون‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در تمام متغیرهای پژوهش بود ($P < ۰/۰۰۱$). لازم به ذکر است در مورد تمام متغیرها نتایج آزمون لون حاکی از تساوی واریانس‌های دو گروه بود.

نفر کلاس سوم و ۴ نفر کلاس چهارم بودند. بر اساس نمرات کل پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی ۱ نفر (۸/۳۳ درصد) از آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۱۰ نفر (۸۳/۳۳ درصد) از آزمودنی‌های گروه کنترل پس از درمان نمرات بالای ۴۰ داشتند که نشان می‌دهد تعداد بسیار بیشتری از آزمودنی‌های گروه آزمایش که تحت درمان شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر بودند نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل که صرفاً راهکارهایی ساده برای مواجهه با اضطراب یاد می‌گرفتند، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی نمی‌گیرند. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مورد دو گروه در جدول شماره‌ی ۱ آورده شده است.

نتایج تحلیل کوواریانس برای بررسی تفاوت نمرات پس آزمون دو گروه (با حذف اثر پیش آزمون) بعد از بررسی مفروضه‌های لازم برای تحلیل کوواریانس (همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون) در جدول

جدول ۳: مقایسه میانگین درصد‌های بهبودی دو گروه با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون t	سطح معناداری
اضطراب اجتماعی کلی	گروه آزمایش	۰/۴۴۶	۰/۱۷	۷/۲۶	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۰/۰۰۹	۰/۱۱		
ترس اجتماعی	گروه آزمایش	۰/۴۴۶	۰/۱۸	۶/۸۹	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	-۰/۰۴۸	۰/۱۶		
اجتناب اجتماعی	گروه آزمایش	۰/۴۵۲	۰/۱۹	۵/۲۲	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	-۰/۰۰۵	۰/۲۳		
ناراحتی‌های فیزیولوژیکی	گروه آزمایش	۰/۴۱۸	۰/۲۲	۴/۰۱	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۰/۰۴۹	۰/۲۲		
انعطاف‌پذیری شناختی	گروه آزمایش	۰/۵۲۱	۰/۱۵	۷/۱۲	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	-۰/۰۵۱	۰/۱۳		
ادراک کنترل	گروه آزمایش	۰/۴۳۶	۰/۱۴	۵/۰۹	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۰/۰۱۷	۰/۰۹		
ادراک چندین راه حل	گروه آزمایش	۰/۴۰۲	۰/۱۶	۶/۲۷	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۰/۰۱۵	۰/۱۸		
ادراک توجیبات	گروه آزمایش	۰/۴۲۹	۰/۱۸	۴/۴۸	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	-۰/۰۳۴	۰/۲۰		

جدول ۴: میانگین و انحراف استاندارد رضایتمندی و بهبودی کلی و مقایسه دو گروه با استفاده از آزمون t گروه‌های مستقل

متغیرها	گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	آزمون t	سطح معناداری
رضایتمندی از درمان (CGI)	گروه آزمایش	۱/۱۶	۰/۳۸	-۷/۹۴	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۳/۴۱	۰/۹۰		
بهبودی کلی (CSQ)	گروه آزمایش	۲۲	۱/۲۷	۱۱/۲۹	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	۱۲/۳۳	۲/۶۷		

گرفته‌اند و یک نفر نمره ۵ گرفته است که نشان می‌دهد نه تنها از مداخلات راضی نبوده بلکه این نوع مداخله حال او را بدتر هم کرده است. همچنین نمرات پرسشنامه CSQ در گروه کنترل در دامنه‌ی ۸ تا ۱۸ بود که نشان می‌دهد آزمودنی‌ها بهبود کلی خود را ناچیز توصیف نموده‌اند. میانگین و انحراف استاندارد رضایتمندی و بهبودی کلی همراه با مقایسه‌ی آن‌ها در دو گروه بر اساس آزمون t گروه‌های مستقل در جدول شماره‌ی ۴ آمده است. نتایج بیانگر رضایتمندی و بهبودی کلی بیشتر و معنادار آزمودنی‌های گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود ($P < ۰/۰۰۱$). لازم به ذکر است نتایج آزمون لون حاکی از تساوی واریانس‌های دو گروه بود.

بر اساس نمرات پرسشنامه CGI و CSQ، آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از درمان رضایت داشته و بهبود خود را مطلوب گزارش نموده‌اند. بر اساس این نمرات، دو نفر از آزمودنی‌های گروه آزمایش در پاسخ به سؤال پرسشنامه CGI مطرح نموده‌اند که «بهبود زیادی یافته‌ام» و ۱۰ نفر دیگر در این گروه مطرح نموده‌اند که «بهبود بسیار زیادی یافته‌ام». همچنین نمرات پرسشنامه CSQ در دامنه‌ی ۲۰ تا ۲۳ بود که نشان از بهبود کلی آزمودنی‌های این گروه دارد. در گروه کنترل یک نفر از آزمودنی‌ها در پاسخ به سؤال پرسشنامه CGI نمره ۲ «بهبود زیادی یافته‌ام»، ۵ نفر نمره ۴ «تغییری نکرده‌ام» و ۵ نفر نمره ۳ «کمی بهبود یافته‌ام»

بحث

مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین اثر بخشی گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر بر کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی نوجوانان انجام شد. تحلیل نتایج نشان داد که میزان اضطراب اجتماعی کلی، ترس، اجتناب و ناراحتی‌های فیزیولوژیکی ناشی از اضطراب اجتماعی آزمودنی‌های تحت این درمان در مقایسه با آزمودنی‌های گروه کنترل به طور معناداری کاهش پیدا کرد و انعطاف‌پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن به دنبال درمان بهبود قابل توجهی داشتند. انجام به موقع تکالیف و رضایت از درمان که در گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بود نشان می‌دهد این درمان برای مراجعین قابل پذیرش بوده و اثربخشی زیادی در کاهش اضطراب اجتماعی و بهبود انعطاف‌پذیری شناختی افراد دارد.

همانطور که نتایج نشان داد گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار اضطراب اجتماعی کلی، ترس، اجتناب و ناراحتی‌های فیزیولوژیکی در نوجوانان می‌شود که این نتیجه با نتایج مطالعات وکیلان و همکاران (۹)، ون‌دام- باگن و همکاران (۲۱)، هیمبرگ و همکاران (۲۲)، ولازلو، شرودر، هارتویگ، هند، کایزر و مونچایو (۲۳)، هربرت و همکاران (۲۴)، وثوقی و همکاران (۲۵)، بارلو و همکاران (۲۶) و ولز و همکاران (۲۷) همسو می‌باشد. در سه دهه‌ی گذشته، مشخص شده است که آموزش مهارت‌های اجتماعی برای انواع مختلفی از آسیب‌های روانی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر و کارآمد بوده است. همچنین مطالعات زیادی دریافتند که آموزش مهارت‌های اجتماعی برای اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر واقع می‌شود، حتی اگر به عنوان تنهاترین مداخله‌ی درمانی به کار رود و یا بخشی از برنامه‌ی درمانی همراه با مواجهه باشد (۲۱). هیمبرگ و همکاران (۲۲) برنامه‌ی گروه‌درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر را با

روان‌درمانگری حمایتی مقایسه و مشاهده کردند که گروه درمانگری شناختی- رفتاری نسبت به روان‌درمانگری حمایتی در درمان اختلال اضطراب اجتماعی برتری دارد. این نتایج طی پیگیری پنج ساله همچنان حفظ شدند. ولازلو و همکاران (۲۳)، مواجهه‌ی واقعی به صورت انفرادی را با مواجهه‌ی واقعی به صورت گروهی و آموزش مهارت‌های اجتماعی به صورت گروهی مقایسه کردند. نتایج نشان داد که هر سه نوع درمان تأثیر یکسان دارند ولی تأثیر مواجهه‌ی گروهی در خرده‌گروهی که متشکل از آزمودنی‌هایی بود که مهارت‌های ضعیفی داشتند، بیشتر بود. اینگونه به نظر می‌رسد که لازمه‌ی شرکت در موقعیت‌های اجتماعی و عدم اجتناب از آن‌ها، داشتن مهارت اجتماعی کافی در برخورد مناسب با این موقعیت‌ها و شناخت صحیح از موقعیت و عدم تحریف باورها است. در این پژوهش به دلیل اضافه شدن مولفه‌ی آموزش مهارت‌های اجتماعی به گروه درمانگری شناختی- رفتاری (در برنامه‌ی گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر این دو مولفه با هم تلفیق می‌شوند) انتظار می‌رود که این نوع درمان تلفیقی، چون به آموزش رفتارها و مهارت‌های مناسب در برقراری ارتباط و موقعیت‌های مختلف می‌پردازد (یعنی پرداختن به مباحث شناختی- رفتاری و به کارگیری مهارت‌ها و فنون آموزش داده شده در تمرینات درون جلسه‌ای و فعالیت‌های روزمره‌ی مراجعین)، بیش از سایر درمان‌ها از جمله شناخت درمانی صرف یا گروه درمانی شناختی- رفتاری به تنهایی مؤثر باشد زیرا افراد را برای شرکت در فعالیت‌های اجتماعی در درون گروه یا خارج از گروه تشویق می‌کند و به تبع آن ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی (مانند سرخی صورت، لرزش دست‌ها و پاها و عرق کردن دست و صورت در موقعیت‌های اجتماعی) را به صورت معناداری کاهش می‌دهد. بعلاوه، ترس از دیگران، ارزشیابی اجتماعی و نگرانی در مورد اینکه دیگران چه تصویری از فرد داشته باشند، در یک محیط گروهی

بهتر درک می‌شود و به سرعت مورد آزمون قرار می‌گیرد (۲، ۲۲). هربرت و همکاران (۲۴)، در مطالعه‌ای بیان کردند الحاق آموزش مهارت‌های اجتماعی به گروه درمانی شناختی- رفتاری باعث کاهش بیشتر ترس از ارزشیابی منفی نسبت به گروه درمانی شناختی- رفتاری صرف می‌شود. بارلو (۲۶)، در مطالعه‌ای بیان می‌کند که احساس کنترل عاطفی ضعیف یکی از جنبه‌های مهم اختلالات اضطرابی است. در هنگام درمان، احساس کنترل عاطفی در طی مواجهه‌سازی‌های مکرر و طولانی مدت با علایم فیزیولوژیک اضطراب در شرایط اجتماعی افزایش می‌یابد. در این روش، استفاده از نشانه‌های اضطراب در مواجهه، همانند برانگیختن خطاهای شناختی در مواجهه است. اگر هراس بیماران از بی نقص نبودن یا عرق کردن و لرزش در یک موقعیت اجتماعی است، باید این عوامل را در مواجهه با ایجاد رویدادهای ناگوار اجتماعی از پیش برنامه‌ریزی شده و یا ایجاد نشانه‌ها به طور مصنوعی مورد هدف قرار داد، تا فرد در موقعیت احساس امنیت کند. در مطالعه‌ی دیگری که توسط ولز و همکاران (۲۷) انجام شد، اینگونه نتیجه‌گیری شد که احساس کنترل فرد بر پاسخ‌های اضطرابی‌اش در مواجهه با موقعیت‌های دشوار، عامل مهمی در درمان اختلال اضطراب اجتماعی است. این مواجهه‌سازی‌ها به منظور تعریف مجدد ایمنی ناراحتی‌های فیزیولوژیکی اضطراب‌آور طراحی شده‌اند، و به بیمار کمک می‌کند تا یاد بگیرد که احساسات و نگرانی‌ها درباره‌ی ناراحتی‌های فیزیولوژیکی، به آسانی قابل تحمل هستند و باعث خراب کردن عملکرد اجتماعی نمی‌شوند (۱).

یکی دیگر از نتایج پژوهش حاضر این بود که گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار انعطاف-پذیری شناختی و مؤلفه‌های آن (ادراک کنترل، ادراک چندین راه حل و ادراک توجیهات) می‌شود. این نتایج با شماری از تحقیقات (۲۸-۳۲) که ارتباط بین انعطاف-

پذیری شناختی را با اضطراب، افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری مورد بررسی قرار داده‌اند همسو می‌باشد. افراد امضطرب و افسرده نمی‌توانند موقعیت‌های سخت را به عنوان موقعیت قابل کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد، توانایی توجیه چندین جایگزین را ندارند و در موقعیت‌های سخت نمی‌توانند به راه‌حل‌های جایگزین فکر کنند. سبک شناختی غیر انعطاف‌پذیر باعث تقویت حالات اضطرابی و افسردگی از طریق ایجاد سوگیری در پذیرش خودکار افکار ناکارآمد می‌شود (۳۲-۳۴). بنابراین، آموزش بیماران برای تفکر انعطاف‌پذیر از طریق چالش با افکار ناکارآمد (که از مهمترین مؤلفه‌ها در گروه‌درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر می‌باشد) باعث بهبود حالات اضطرابی و افسرده‌وار آن‌ها خواهد شد. در واقع، این نوع درمان با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در افراد موجب بهبود خلق آن‌ها می‌شود. اگر فرد قادر باشد موقعیت‌های سخت را قابل کنترل در نظر گرفته و در مواجهه با رویدادهای زندگی و رفتار افراد توانایی چندین توجیه جایگزین را دارا باشد از اختلالات اضطرابی و خلقی رهایی پیدا خواهد کرد.

در پژوهش حاضر، اندازه اثر تفاوت‌ها برای تمام متغیرها متوسط و بالا بود ضمن اینکه نتایج نشان داد آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل از درمان رضایتمندی بیشتری داشتند و سطح بهبودی خود را بالاتر گزارش نمودند. نتایج مربوط به درصد‌های بهبودی نیز مؤید بهبودی بیشتر آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل می‌باشد. لازم به ذکر است که بسیاری از پژوهشگران و درمانگران معتقدند بررسی بهبودی و رضایتمندی و همچنین اندازه اثر شاخص دقیقتری از اثربخشی مداخلات درمانی را در مقایسه با شاخص‌های آماری ارائه می‌کند [۱۱، ۱۷، ۲۰، ۳۵].

یکی از دلایل افزودن مؤلفه‌ی مهارت‌های اجتماعی به گروه درمانی شناختی- رفتاری (استفاده از

مدل هیمبرگ-بکر) در این پژوهش این بود که در مقاطع مختلف تحصیلی در جامعه‌ی ما، ضعف و کمبود آموزش مهارت‌های اجتماعی و کادر متخصص برای آموزش این مهارت‌ها به شدت قابل لمس است که این فرایند به نوبه‌ی خود می‌تواند یکی از عوامل مؤثر در شیوع و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی باشد. بدین ترتیب نه تنها نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، بلکه دیگر اقشار جامعه از جمله کودکان، دانشجویان و سایر اقشار جامعه‌ی ما نیاز به گذراندن صحیح این گونه آموزش‌ها برای برقراری ارتباط مؤثر و موفقیت‌های بیشتر دارند. با توجه به قابلیت انعطاف‌پذیری این رویکرد، تلفیق آموزش مهارت‌های اجتماعی به گروه درمانگری شناختی- رفتاری برای افرادی که در انجام مهارت‌های پایه ضعف دارند مؤثر است و می‌تواند به بهبود رفتاری در کاهش اضطراب و ترس‌ها و اجتناب‌ها و علائم فیزیولوژیکی ناشی از اضطراب در موقعیت‌های مختلف گردد و به افزایش خودکارآمدی و توانایی مقابله با فشارهای روانی افراد بیانجامد. انجام پژوهش بر روی نوجوانان دختر ۱۵ تا ۱۸ سال در شهر اسفراین که امکان تعمیم نتایج به سایر مقاطع سنی و دیگر مناطق جغرافیایی را دشوار می‌سازد از محدودیت‌های عمده‌ی این پژوهش بود. همچنین نمونه‌گیری خوشه‌ای (انتخاب دو دبیرستان از سطح شهر) احتمال معرف بودن نمونه‌ی تحقیق را کاهش می‌دهد لذا تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. استفاده از آزمودنی‌هایی که قبل از مداخله نمرات آن‌ها در بالاترین سطح اضطراب بوده است می‌تواند احتمال رگرسیون به سمت میانگین را مطرح سازد هر چند که این موضوع با وجود گروه کنترل خدشه‌ای به نتایج پژوهش وارد نمی‌کند. پیشنهاد می‌شود مطالعات پیگیری به منظور مشخص کردن پایداری تأثیرات درمانی انجام پذیرد. همچنین انجام تحقیق با نمونه‌های پسر و سایر مقاطع سنی و به صورت گسترده‌تر در سایر مناطق جغرافیایی می‌تواند زمینه ساز

بستری مناسب برای مقایسه‌ی بهتر و افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج شود.

در مجموع نتایج این مطالعه نشان داد گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر از طریق چالش با افکار خودکار ناکارآمد منجر به بهبود انعطاف-پذیری شناختی و برخورد مناسب با موقعیت‌های اضطراب‌آور شده و در نهایت منجر به کاهش اضطراب اجتماعی و عدم اجتناب از موقعیت‌های ترس‌آور اجتماعی بخصوص با تمرین مکرر مهارت‌های اجتماعی در جلسات درمان می‌شود. همانطور که قبلاً مطرح شد علیرغم اینکه به نظر می‌رسد انعطاف‌پذیری شناختی نقش مهمی در اختلال‌های روانی و از جمله SAD داشته باشد، تا کنون پژوهش‌ها به بررسی تأثیر گروه درمانگری شناختی- رفتاری بر روی این مؤلفه نپرداخته‌اند و پژوهش حاضر اولین مورد در این زمینه است لذا در مقایسه با تحقیقات مشابه، می‌تواند اطلاعات زیادی در اختیار نظریه‌پردازان و درمانگران قرار دهد. بعلاوه، اگر چه دیگر پژوهش‌ها اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری و ادغام آن با آموزش مهارت اجتماعی را در کاهش اضطراب اجتماعی مورد بررسی و تأیید قرار داده‌اند اما در پژوهش حاضر همزمان از شاخص‌های آماری و بالینی (بررسی بهبودی و رضایتمندی و اندازه اثر) برای بررسی اثربخشی درمان استفاده شد که نقطه قوت دیگری برای این مطالعه در مقایسه با دیگر پژوهش‌ها می‌باشد. همچنین، نتایج این پژوهش نشان‌دهنده‌ی اثربخشی گروه درمانگری شناختی- رفتاری هیمبرگ- بکر بر روی نمونه ایرانی است.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از مسئولین محترم آموزش و پرورش شهرستان اسفراین که صمیمانه ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری می‌شود. حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود ندارد.

References

1. Hofmann SG, Otto MW. Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques (Practical Clinical Guidebooks). 1th ed. New York: Routledge press. 2008.
2. Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. Cognitive- Behavioral Therapy in Groups. New York: Guilford Press. 2006.
3. Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. Abnormal Psychology. 13th ed. Boston: Pearson/Allyn and Bacon. 2007.
4. Dennis JP, Vander Wal JS. The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cogn Ther Res*. 2010;34(3):241-53.
5. Burton NW, Pakenham KI, Brown WJ. Feasibility and effectiveness of psychosocial resilience training: A pilot study of the READY program. *Psychol Health Med*. 2010;15(3):266-77.
6. Phillips EL. Resilience, mental flexibility and cortisol response to the Montreal Imaging Stress Task in unemployed men. Michigan: The University of Michigan; 2011.
7. Fresco DM, Williams NL, Nugent NR. Flexibility and negative affect: examining the associations of explanatory flexibility and coping flexibility to each other and to depression and anxiety. *Cogn Ther Res*. 2006;30(2):201-10.
8. Goretti B, Portaccio E, Zipoli V, Hakiki B, Siracusa G, Sorbi S, Amato MP. Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis. *Clin Neurol Neurosurg*. 2010;112(2):127-30.
9. Vakilian S, Ghanbari-Hashemabadi BA. Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy in Combination with Social Skill Training on Fear of Negative Evaluation and Social Avoidance. *Journal of Clinical Psychology*. 2009; 1(2): 11-28. [Persian].
10. Heimberg RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. 1th ed. New York: Guilford Press. 2002.
11. Barlow DH, Nock MK, Hersen M. Single case experimental designs strategies for studying behavior change. Second Edition. New York: Pergamon Press. 1984.
12. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders- Patient edition (SCID-IP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, Department. 2002.
13. Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, Dolan R, Sanislow C, Schaefer E, Morey LC, Grilo CM, Shea MT, McGlashan TH, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: reliability of axis I and II diagnoses. *J Pers Disord*. 2000; 14(4): 291-9.
14. Bakhtiari M. Mental disorders in patients with body dysmorphic disorder [MS dissertation]. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2000. [Persian].
15. Fathiashtiani A. Psychological questionnaires. Tehran: Besat, 2009. [Persian].
16. Shareh H, Farmani A, Soltani E. Reliability and validity of the Cognitive Flexibility Inventory in Iranian university students. (Unpublished observations). [Persian].
17. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Eval Program Plann*. 1979; 2(3): 197-207.
18. Attkisson CC, Zwick R. The Client Satisfaction Questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Eval Program Plann*. 1982; 5(3):233-7.
19. Shareh H. Validation and investigating the Psychometric properties of The Client Satisfaction Questionnaire and Client Clinical Global Index in a sample of patients with Obsessive-Compulsive Disorder. unpublished manuscript. [Persian]
20. Guy W. ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology—Revised. US: Rockville, MD. 1976; 218–22.
21. Van Dam-Baggen R, Kraaimaat F. Group Social Skills Training or Cognitive Group Therapy As The Clinical Treatment of Choice For Generalized Social Phobia. *J Anxiety Disorders*. 2000; 14(5): 437-51.
22. Heimberg RG, Salzman DG, Holt CS, Blendell KA. Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five- year follow up. *Cognitive therapy and Research*. 1993; 17(4): 325- 39.

23. Wlazlo Z, Schroeder- Harrtwig K, Hand I, Kaiser G, Munchau N. Exposure in vivo vs. social skills training for social phobia: Long- term outcome and differenrial effects. *Behav Res Ther.* 1990; 28(3): 181- 93.
24. Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Myers VH, Dalrymple K, Nolan EM. Social Skills Training Augments The Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy For Social Anxiety Disorder. *Behaviour Therapy.* 2005; 36(2):125-38.
25. Vosouhgi Ilkhchi S, Poursharifi H, Alilo MM. The Effectiveness of Cognitive- Behavioural Group Therapy on Self- Efficacy and Assertiveness among Anxious Female Students of High School. *Procedia- Social and Behavioural Sciences.* 2011; 30: 2586- 91.
26. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a Unified Treatment for Emotional disorders. *Behaviour therapy.* 2004; 35: 205- 30.
27. Wells A, Papageorgiou C. The observer perspective: Biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/injury phobia. *Behav Res Ther.* 1999; 37(7): 653-8.
28. Meiran N, Diamond GM, Toder D, Nemets B. Cognitive rigidity in unipolar depression and obsessive compulsive disorder: examination of task switching, Stroop, working memory updating and post-conflict adaptation. *Psychiatry Res.* 2011;185(1-2):149-56.
29. Gan Y, Zhang Y, Wang X, Wang S, Shen X. The coping flexibility of neurasthenia and depressive patients. *Pers Indivi Differ.* 2006;40(5):859-71.
30. Preiss M, Kucerova H, Lukavsky J, Stepankova H, Sos P, Kawaciukova R. Cognitive deficits in the euthymic phase of unipolar depression. *Psychiatry Res.* 2009;169(3):235-9.
31. Brooks BL, Iverson GL, Sherman EMS, Roberge MC. Identifying cognitive problems in children and adolescents with depression using computerized neuropsychological testing. *Appl Neuropsychol.* 2010;17(1):37-43.
32. Soltani E, Shareh H, Bahrainian SA, Farmani A. The mediating role of cognitive flexibility in correlation of coping styles and resilience with depression. *Pejouhandeh* 2013;18(2):88-96.[Persian]
33. Moore RG. It's the thought that counts: The role of intentionsand meta-awareness in cognitive therapy. *J Cogn Psychother.* 1996;10(4):255-69.
34. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behav Res Ther.* 1995;33(1):25-39.
35. Cohen J. A power primer. *Psychological Bulletin.* 1992; 112(1): 155-9.

The Effectiveness of Heimberg and Becker Cognitive Behavioral Group Therapy in Improving Female Adolescents Social Anxiety and Cognitive Flexibility

Shareh H., Ph.D

Assistant Professor of Clinical Psychology, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran, IR.

Roeinfard M., MSc

MSc in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Torbat Jam Branch, Department of psychology, Torbate Jam, Iran.

Haghi E., MSc

M.Sc in Clinical Psychology, Ferdowsi University, Department of psychology and Educational Sciences, Mashhad, Iran.

Received:18/11/2013, Revised:13/01/2014, Accepted:22/02/2014

Corresponding author:

Hossein Shareh, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran, IR.
Email: hsharreh@yahoo.com.au

Abstract

Background: Individuals with social phobia don't have a flexible approach to deal with stress and they are weak to practice social skills. This study was conducted to evaluate the effectiveness of the Heimberg- Becker group cognitive- behavioral therapy in Improving Female Adolescents Social Anxiety and Cognitive Flexibility.

Materials and Methods: In this experimental design, 24 patients with social phobia were selected from 2013-2014 highschool female students of Esfarayen, Iran. They randomly assigned to experimental (Cognitive-Behavioral Group Therapy Heimberg-Becker) and control groups. All subjects of both groups responded to Social Phobia Inventory (SPIN), Cognitive Flexibility Inventory (CFI), Client Satisfaction Questionnaire (CSQ), and Clinical Global Index (CGI) at pre and post treatment. Data were analyzed by t-test and multiple analyses of variance (MANOVA) using SPSS-19 statistical package and P values less than 0.05 were considered significant. Also, improvement percents were computed.

Results: Results showed that CBGT compared to control group lead to more significant improvement in cognitive flexibility and social anxiety ($P<0.001$). Experimental group subjects showed significantly more pre- to post-treatment percentage improvements in all variables ($P<0.001$). They were more satisfied with treatment method and reported more global improvement ($P<0.001$) than control group subjects.

Conclusion: The Heimberg- Becker Group Cognitive- Behavioral Therapy (CBGT) is effective in improving female adolescents social anxiety and cognitive flexibility.

Key words: Cognitive- behavioral group therapy, social anxiety, cognitive flexibility, adolescents, treatment satisfaction, clinical improvement.