

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری فردی مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب
اجتماعی دختران سوم دبیرستان منطقه ۳ شهر تهران

مریم محمدی^{۱*}، الهه پاکپور^۲، رضوان پاکپور^۳، محمد صادق ستاری دیبازر^۴

۱- دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، دانشکده علوم انسانی

۲- دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه الزهراء، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه علم و فرهنگ، دانشکده هنر و معماری

خلاصه

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش اضطراب اجتماعی روی دانش آموزان دختر سوم دبیرستان انجام گرفت. روش مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. گروه نمونه متشکل از ۱۴ نوجوان دختر سوم دبیرستان بود، که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی در دو گروه قرار داده شدند، به طوری که ۷ نفر از مبتلایان یاد شده به شکل تصادفی در گروه آزمایش و ۷ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش بر اساس الگوی هافمن (فردی) تحت درمان قرار گرفت و گروه کنترل هیچگونه مداخله ای دریافت نکردند. ابزارهای این پژوهش شامل مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوییتس (LSAS)^۱ و مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (SCIA-IV)^۲ بود. از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و همچنین از روش کوآریانس برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. نتیجه گیری: نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن (۲۰۰۷)، در کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی است، به طوری که این اثربخشی در فاصله پس آزمون تا پیگیری نیز حفظ شده است.

کلیدواژه ها: اختلال اضطراب اجتماعی، درمان شناختی رفتاری، الگوی هافمن.

* mmaryam.mohammadi@yahoo.com

¹ Libeowits social Anxiety scal

² The clinical interview DSM-IV-TR volume

مقدمه

به طور کلی، برآورد بسامد اضطراب ها در جمعیت، کار دشواری است؛ زیرا تمایز مشخصی بین هراسها و ترس های هنجار و اضطراب وجود ندارد و مردم سعی دارند اضطراب خود را پنهان نگه دارند. به نظر می رسد که اضطراب خفیف بسیار شایع است و یک نهم افراد بالغ در دوران کودکی اولیه از این نشانه ها رنج می برند، گرچه بیشتر آن ها تا سن شش سالگی از بین می رود. در دوران بزرگسالی، اضطراب در زنان اندکی بیشتر از مردان است. حدود ۶۰٪ از بیماران اضطرابی که به طور سرپایی درمان می شوند، بیرون هراس ها هستند و بیماران دارای اضطراب اجتماعی، دومین گروه را تشکیل می دهند [۱].

اضطراب یک حالت هیجانی است و به دنبال ارزیابی اطلاعات درباره رویداد تهدید کننده یا ادراک توانایی شخصی برای رویارویی با آن پدید می آید. اگر یک رویداد فراتر از توانایی رویارویی شخصی ادراک شود، ناتوانی ضمنی برای رویارویی به طور موثری می تواند حالت اضطراب را در پی داشته باشد. درک ارتباط میان اضطراب اجتماعی، توجه متمرکز بر خود، خودکارآمدی برای موقعیت های اجتماعی و سوگیری های شناختی، تلویحات مهمی برای درمان اضطراب اجتماعی دارند زیرا برخی افراد با اختلال اضطراب اجتماعی دارای توانمندی های زیادی برای انجام رفتارهای مناسب در موقعیت های اجتماعی هستند، که از انجام آن ناتوانند، زیرا می اندیشند که این توانایی ها را ندارند و همچنین با توجه زیاد به خود گمان می کنند که دیگران ارزیابی منفی از آنان دارند [۲].

«اختلال اضطراب اجتماعی» یکی از شایع ترین اختلال های روان پزشکی است. مراد از اختلال اضطراب اجتماعی ترس آشکار و پیوسته از موقعیت های اجتماعی یا عملکردی است و از این باور فرد ناشی می شود که او در این موقعیت ها به طرز خجالت آور یا تحقیر آمیزی رفتار خواهد کرد. اضطراب اجتماعی، ترس از موقعیت و تعامل با دیگران است که به صورت خودکار منجر به احساسات خودآگاهی و قضاوت و ارزیابی و انتقاد می شود. به عبارت دیگر، اضطراب اجتماعی، ترس و اضطراب از ارزیابی قبلی و قضاوت منفی توسط دیگران است که منجر به احساسات شرم و حقارت و افسردگی و عدم کفایت می شود. اگر فردی به طور معمول در موقعیت های اجتماعی، مضطرب شود، اما زمانی که تنهاست خوب به نظر برسد، احتمالاً علت آن اضطراب اجتماعی است [۳].

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، ویرایش پنجم (DSM-5)^۳ (انجمن روان پزشکی آمریکا) اختلال اضطراب اجتماعی (جمعیت هراسی)^۴ فرد مبتلا، نسبت به تعاملات اجتماعی و موقعیت هایی که ممکن است توسط دیگران زیر نظر قرار گرفته شده و تجزیه و تحلیل شود، مضطرب و بیمناک است و از آنجا پرهیز می نماید. این تعاملات اجتماعی شامل مواردی مانند: ملاقات افراد غریبه، مکان هایی که امکان مشاهده خوردن و نوشیدن فرد وجود دارد و موقعیت هایی که فرد باید جلوی جمع صحبت کند یا کاری انجام دهد، می باشد. وی از موقعیت های اجتماعی مذکور اجتناب می ورزد یا تحمل آن با ترس و اضطراب شدیدی همراه است. عقاید شناختی همراه عبارتند از: مورد ارزیابی منفی دیگران قرار گرفتن، شرمندگی شدن، تحقیر شدن، طرد شدن یا رنجاندن دیگران [۴].

نگرانی دیگر بیمار این است که به گونه ای رفتار نماید که غیر عادی به نظر برسد با علائمی مانند: لرزش صدا، تعریق، لکنت یا نگاه خیره در روی پدیدار شود که نشان دهنده اضطراب وی است و موجب برداشت منفی دیگران درباره وی می شود [۵].

اختلال اضطراب اجتماعی، بیماری مزمن با شروع تدریجی و زود هنگام در دوران نوجوانی می باشد که منجر به ناتوانی و رنج بسیار می گردد. این اختلال عملکرد تحصیلی، اجتماعی، خانوادگی و شخصی و نیز بهره وری اقتصادی فرد را به طور قابل ملاحظه ای مختل می سازد و مبتلایان را در معرض بالای ابتلا به اختلال افسردگی اساسی^۵ بر اضطراب اجتماعی و کاهش سطح کیفیت زندگی قرار می دهد. اضطراب اجتماعی پدیده ای نسبتاً رایج در دوران اولیه نوجوانی است. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان دادند که نرخ شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در طول زندگی ۱۳,۳ درصد است [۶].

این اختلال که سن شروع آن پایین و شیوع آن بین ۷٪ تا ۱۲٪ و گاهی بالای ۱۳٪ گزارش شده است. با سطوح بالای اختلال کارکردی در زندگی هیجانی، حرفه ای و بین فردی ارتباط دارد و حتی مقدم بر شروع اختلالات اضطرابی دیگر، اختلالات خلقی و اختلالات وابسته به مواد و سوء مصرف مواد است [۳].

^۳Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders

^۴Social phobia

^۵Major Depressive Disorder

موضوع شناسایی و مدیریت اضطراب و مولفه های شناختی، رفتاری و هیجانی، بخش عمده ای از ظرفیت های حوزه سلامت روانی را در دنیا به خود اختصاص داده است. حجم عظیمی از پژوهش های آسیب روانی در طی دهه های گذشته به این پدیده چند وجهی اختصاص داشته است و به این ترتیب چندین مدل برای تبیین اضطراب و مدیریت آن پیشنهاد شده که هر یک از این مدل ها به برخی از جنبه های شناختی، رفتاری، زیستی-جسمانی و هیجانی این پدیده بیشتر پرداخته اند. از این میان دیدگاه های شناختی-رفتاری سهم بسزایی در پژوهش و ابداع روش درمان را به خود اختصاص داده اند [۷].

در تحقیقاتی که توسط انستیتو ملی بهداشت حمایت می شود دو درمان موثر را جهت اضطراب اجتماعی پیشنهاد می کنند: (۱) دارو درمانی که شامل استفاده از بنزو ديازپین ها و گاهی بتابلوکرها می باشد، که بتابلوکرها با تاثیر کاهش ضربان قلب و کاهش فشار خون در برطرف کردن علائم اضطراب مفیدند. (۲) رفتار درمانی شناختی^۶ که در درمان اضطراب اجتماعی به مراتب مفیدتر و مثمرتر از درمان دارویی می باشد. رفتار درمانی شناختی اجزاء مختلفی دارد، یکی از این اجزاء، در معرض موقعیت های ناخوشایند قرار دادن یا مواجهه^۸ جهت کاهش دادن حساسیت بیمار می باشد [۸].

درمان های متعددی جهت اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد که از بین آن ها، درمان های شناختی - رفتاری به عنوان درمانهای شناخته شده موثری در این زمینه لحاظ می شوند. بنابراین، تحول الگوهای نظری در تبیین اضطراب اجتماعی و به دنبال آن، طراحی راهنماهای درمانی خاص این اختلال، لازمه پیشرفت آثار درمانی و همواره مد نظر متخصصان امر پژوهش و درمان حوزه اضطراب است [۹].

در این راستا، در جریان تحول الگوهای درمانی خاص اضطراب اجتماعی، می توان به الگوی هافمن (۲۰۰۷) به عنوان یک «الگوی جامع و خاص اختلال»^۹ اشاره کرد. هافمن، درمان شناختی رفتاری جدید خود را «درمان ارزیابی مجدد خود اجتماعی»^{۱۰} (SSRT) معرفی می کند و از تکنیک های درمانی برای اصلاح ادراک مراجع از «خود»^{۱۱} در موقعیت های اجتماعی

⁶ Natial institute of mwntal Health

⁷ Cognitive behavior therapy

⁸ exposure

⁹ Comprehensive and disorder-specific CBT model

¹⁰ Social self-perception

¹¹ self

استفاده می نماید که طی آن ، ضمن استفاده از بازسازی شناختی غیرمستقیم و مواجهه با موقعیت ، به منظور اصلاح «خود-ادراکی منفی»^{۱۲} از تکنیک های خاصی نیز استفاده می شود [۱۰].

این در حالی است که در الگوی هافمن (۲۰۰۷)، خود نقش بارزتری نسبت به الگوهای پیشین مانند : الگوی رابی و همبرگ (۱۹۹۷) (معروف به الگوی همبرگ است) و الگوی کلارک و ولز (۱۹۹۵) دارد، که به ترتیب اولی راهنمای درمانی مبتنی بر آن نیز با عنوان «درمان شناختی رفتاری گروهی (CBGT) برای اضطراب اجتماعی» شناخته شده است که هافمن از آن به عنوان «الگوی CBT سنتی برای اضطراب اجتماعی» یاد می کند و دومی در مقایسه با الگوی همبرگ ، علاوه بر استفاده از راهبردهای CBT سنتی (بازسازی شناختی و مواجهه با موقعیت)، متمرکز بر اصلاح رفتارهای ایمنی بخش و توجه متمرکز بر خود نیز هست [۱۱].

در مجموع با توجه به آنچه گفته شد، مطالعه حاضر درصدد تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری فردی پیشنهادی هافمن (۲۰۰۷) به عنوان یک «الگوی جامع و خاص اختلال اضطراب اجتماعی» در کاهش نشانه های آن در نمونه ایرانی است.

روش پژوهش

در این پژوهش که از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی است برای تعیین اثربخشی روش های شناختی رفتاری فردی در کاهش میزان اضطراب اجتماعی ، از طرح آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد، انتخاب آزمودنی ها به گروه های آزمایشی و کنترل ، به صورت تصادفی انجام شد و مداخلات درمانی توسط درمانگر اعمال گشت.

همچنین این پژوهش به دلیل بررسی روش درمان شناختی رفتاری انفرادی در اختلال اضطراب اجتماعی دختران پایه سوم دبیرستان از نوع کاربردی است .

در این مطالعه ، مداخله درمانی به عنوان متغیر مستقل و سطح اضطراب اجتماعی ، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جنسیت ، سطح اقتصادی و میزان تحصیلات و منطقه زندگی خانواده متغیرهای کنترل بودند . جامعه ی پژوهش حاضر دربرگیرنده کلیه دختران پایه سوم دبیرستان منطقه ۳ تهران بود. پس از اعلام برگزاری جلسات در کلینیک آموزش و پرورش منطقه ۳ تهران ، از دختران متقاضی و علاقمند به شرکت در درمان فردی ثبت نام به عمل آمد. سپس افراد داوطلب از لحاظ

¹² Vegative self-perception

اضطراب اجتماعی مورد سنجش واقع شدند. پس از جایگزینی تصادفی آزمودنی ها در گروه درمانی، آزمودنی ها سایر مقیاس های پژوهش را تکمیل کردند.

جامعه آماری

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، شامل دانش آموزان مشغول به تحصیل در پایه سوم دبیرستان های دولتی دخترانه منطقه ۳ شهر تهران است.

لازم به ذکر است که ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتدا به اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس «پرسشنامه لیبوویتس» (LSAS)، مصاحبه تشخیصی مبتنی بر SCID_IV، مونث بودن و رضایت به مشارکت در پژوهش. همچنین ملاک های عدم شمول به این ترتیب بود: دریافت درمان دارویی یا غیر دارویی مشابه در گذشته، استفاده از داروهای روانگردان، دریافت تشخیص فعلی اختلال افسردگی عمده، دوقطبی، سایکوتیک، وابستگی به مواد یا الکل، یا صرع، دریافت تشخیصی برای اختلالات محور II، داشتن نیاز به توجه فوری مثلا کسانی که برای خودشان یا دیگری تهدید فوری ایجاد می کنند یا رفتارهای آسیب زنده به خود دارند.

نمونه تحقیق

ابتدا با مراجعه به اداره آموزش و پرورش کل شهر تهران، از بین مناطق آموزش و پرورش، منطقه ۳ به طور تصادفی انتخاب شد. از میان مدارس منطقه ۳ شهر تهران، دبیرستان ایران به علت در دسترس بودن و نیز داشتن روان شناس بالینی به عنوان مشاور مدرسه برگزیده شد.

در مرحله اول، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوویتس (LSAS) (۱۹۸۷) روی ۹۰ دانش آموز دختر مشغول به تحصیل پایه سوم دبیرستان اجرا شد.

در مرحله دوم دانش آموزانی که نمره اضطراب اجتماعی بالا را کسب کردند با آنها مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته بر اساس DSM-5 توسط محقق صورت گرفت.

در مرحله سوم، نمونه نهایی شامل ۱۴ دانش آموز که بالاترین نمرات (بالای نقطه برش) را در آزمون های استفاده شده کسب کرده بودند و در مصاحبه بالینی نیز دارای معیارهای DSM_5 بودند، انتخاب شدند که به صورت تصادفی ۷ نفر در گروه درمان شناختی رفتاری انفرادی جایگزین شدند و ۷ نفر باقی مانده نیز در گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه انتخاب شده برای سنجش اضطراب اجتماعی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیپوویس و مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته است. که به شرح ذیل می باشد:

مقیاس اضطراب اجتماعی لیپوویس (LSAS) (۱۹۸۷): اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده ای از موقعیت های اجتماعی را ارزیابی می کند که مواجهه شدن با آن ها برای افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مشکل است. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت و دو زیر مقیاس اضطراب عملکرد و اجتناب از موقعیت های اجتماعی است. هر یک از زیر مقیاس ها، به طور جداگانه درجه بندی شده است. ترس به (۰ تا ۳، اصلا، کم، متوسط، شدید) و رفتار اجتنابی (۰ تا ۳، هرگز، به ندرت، اغلب یا همیشه) درجه بندی می شود. این آزمون، یک نمره اضطراب اجتماعی کلی را به دست می دهد. برای کسب نمره کلی، نمرات مربوط به هراس و اضطراب از عملکرد و اجتناب از موقعیت ها با هم جمع می شوند. برای بررسی پایایی این آزمون از روش ضریب آلفای کرونباخ^{۱۳} استفاده شده است. ضریب آلفای کلی برابر با ۰.۹۵٪ و ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰.۸۲٪ و ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب اجتماعی ۰.۹۱٪ گزارش شده است (کرمی، علی زکی، رستمی؛ ۱۳۹۱) و به منظور بررسی اعتبار همگرا، این آزمون با مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی (ماتیک^{۱۴} و کلارک، ۱۹۹۸) مقایسه شد. روایی آن با استفاده از پرسشنامه بک ۰.۸۷٪ و اعتبار خرده مقیاس اضطراب اجتماعی در مطالعه اناری ۰.۸۲٪ بدست آمد (کرمی، علی زکی، رستمی؛ ۱۳۹۱)

مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس ملاک های تشخیصی DSM-IV-TR

¹³Kronbach

¹⁴Matic

مصاحبه مذکور بر مبنای ملاکهای تشخیصی DSM_IV_TR و به منظور تشخیص اختلالات روانی به صورت ساخت یافته طراحی شده است و با به پرسش نهادن نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را تایید می نماید و اختلال هایی چون اختلال هراس، اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی، اختلال شخصیت اجتنابی و اختلال طبی کلی یا اختلال روانی دیگر که ترس این اختلال با آن ربط ندارد، چون ترس مربوط به لکنت زبان، لرزش در بیماری پارکینسون، ابراز رفتارهای نابهنجار مربوط به خوردن در بی اشتها یا پر اشتها یا روانی را رد می کند. اعتبار و قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار در پژوهش شریفی و همکاران تایید شده است. در این مطالعه مشخص شد که اعتبار تشخیص گذاری با SCID تقریباً در تمام تشخیص ها قابل قبول (۷۰٪) می باشد. با توجه به اینکه SCIV_CV یک ابزار کاملاً ساخت یافته نیست و قضاوت بالینی در آن نقش مهمی دارد، پایایی آن بستگی به شرایط انجام آن دارد. شریفی و همکاران (۱۳۸۳)، در تحقیقی بر روی ۲۹۹ نفر آزمودنی ۱۸ تا ۶۵ ساله توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کل نسخه فارسی SCID را متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰.۶) یافتند. توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص های فعلی ۰.۵۲ و برای کل تشخیص های طول عمر ۰.۵۵ بود و اکثر مصاحبه شوندگان و مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه ی فارسی SCID را مطلوب گزارش کردند. در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹) روایی این ابزار به وسیله متخصصین روانشناسی بالینی بررسی و تایید شد و با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله ی یک هفته پایایی آن برابر با ۰.۹۵، به دست آمد. در پژوهش حاضر از فرم تعدیل شده ی این مصاحبه به منظور تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی استفاده شده است.

روند اجرای پژوهش

در مطالعه حاضر، پس از سرند کلی و انتخاب نمونه مورد مطالعه در گروه آزمایش و اجرای پیش آزمون بر اساس ابزارهای مورد استفاده، درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸) اجرا شد و این در حالی بود که گروه کنترل در این مدت، درمانی دریافت نکرد. لازم به توضیح است که بعد از اتمام درمان / انتظار، پس آزمون بر اساس ابزارهای مورد استفاده اجرا گردید و پس از آن نیز آزمودنی های هر دو گروه آزمایش و کنترل، با فاصله یک ماه و نیم پس از پایان درمان / انتظار مورد پیگیری و ارزیابی قرار گرفتند.

رئوس کلی درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸)

درمان ارائه شده در قالب ۱۲ جلسه فردی برای هر مراجع اجرا شد. محتوای جلسات به ترتیب زیر می باشد: جلسه اول: برقرار کردن رابطه درمانی - ایجاد آرامش در فرد برای مواجهه با موقعیت های اجتماعی دشوار - معرفی کلی مدل درمان با تاکید ویژه بر مواجهه - ترغیب بیمار در جهت بیان دلیل شرکت در درمان - کمک به بیمار جهت ابراز وجود - بررسی وجود یا عدم وجود هراس های دیگر بیمار - تکالیف مواجهه ای به صورت تکالیف خانگی.

جلسه دوم: مرور تکالیف خانگی جلسه قبل - مرور مدل درمانی - مواجهه در جلسه به صورت توضیح مدل درمانی و منطق آن در حضور درمانگر و دوربین - تکالیف خانگی.

جلسه سوم تا ششم: مرور تکالیف خانگی - صحبت در مورد موضوعی بسیار شخصی توسط بیمار - ایجاد سطحی از ناراحتی و اضطراب در درمانجو مانند: صحبت در مورد موضوعی که بیمار اطلاعات اندکی در مورد آن دارد - آوردن حضار جدید به جلسه - قطع کردن سخنرانی در جاهای مختلف - ساخت سلسله مراتب ترس و اجتناب - از بیمار خواست تا قبل از سخنرانی شناسا برود، تند تند نفس بکشد یا از پله ها بالا برود - توضیح تمرین خود بازبینی - از بیمار خواست تا آوازی کودکانه بخواند و یا سازی بنوازد - تکالیف خانگی.

جلسه هفتم تا آخر: معرفی مواجهه طبیعی خارج از جلسه - تعیین میزان متوسط و حداکثر اضطراب در طول مواجهه - بررسی پیامد موقعیت ایجاد شده - بررسی میزان دوام پیامد.

جلسه آخر: ارزیابی پیشرفت - تصمیم گیری درباره درمان های تکمیلی - بحث درباره عود و پیشگیری از آن - توضیح فرآیند پایان - بررسی انتظارات بعد از پایان گرفتن درمان - آگاهی بخشی درباره هیجانات مختلف درباره پایان گرفتن درمان.

روش تجزیه و تحلیل داده ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری، از شاخص های میانگین و انحراف معیار جهت توصیف داده ها و در بخش آمار استنباطی به منظور تعیین اختلاف نمره های هر گروه در پیش آزمون و پس آزمون از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

فرضیه اصلی: درمان شناختی رفتاری فردی مبتنی بر الگوی هافمن منجر به کاهش اضطراب اجتماعی می شود.

بررسی متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل

جدول ۱ آمار توصیفی اضطراب اجتماعی دختران سوم دبیرستان را در گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود میانگین پیش آزمون اضطراب اجتماعی دختران در گروه آزمایش تحت آموزش شناختی رفتاری ۷۹,۷۱ با انحراف معیار ۱۰,۵۱ است که این میزان در پس آزمون به ۶۵,۱۴ با ۱۶,۴۱ انحراف استاندارد رسیده است. همچنین در گروه کنترل پیش آزمون اضطراب اجتماعی دختران ۸۴,۱۴ با ۱۰,۵۹ انحراف استاندارد و پس آزمون آن ۸۳,۵۷ با ۱۱,۱۱ انحراف استاندارد است.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد اضطراب اجتماعی گروه ها به تفکیک آزمون

گروه	نوع آموزش	مرحله آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیش ترین
آزمایش	شناختی	پیش آزمون	۷۹,۷۱	۱۰,۵۱	۶۶	۹۶
	رفتاری	پس آزمون	۶۵,۱۴	۱۶,۴۱	۳۴	۸۴
کنترل	-	پیش آزمون	۸۴,۱۴	۱۰,۵۹	۶۹	۹۸
	-	پس آزمون	۸۳,۵۷	۱۱,۱۱	۶۹	۹۸

*نرمال بودن توزیع نمرات در گروه شناختی رفتاری

همان طور که در جدول ۲ مشاهده شد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش تأیید می گردد؛ یعنی فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون در گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

جدول ۲ نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات گروه شناختی رفتاری

متغیر	N	Z	Sig
اضطراب اجتماعی	۱۴	۰,۵۹	۰,۸۷

*آزمون همگنی واریانس

همان گونه که در جدول ۳ ملاحظه می شود، فرض صفر برای تساوی واریانس نمره ها در تمامی متغیرهای پژوهش تأیید می گردد؛ یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

جدول ۳ نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات متغیرهای مورد پژوهش در گروه شناختی

رفتاری

متغیر	F	Df۱	Df۲	Sig
اضطراب اجتماعی	۴,۲۳	۱	۱۲	۰,۰۶۲

*یکسانی شیب خط رگرسیون در گروه شناختی رفتاری

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیر معنی دار می باشد؛ به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است.

جدول ۴ آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه شناختی رفتاری

متغیر	منبع تغییرات	مرحله
اضطراب اجتماعی	تعامل گروه پیش آزمون	پیش آزمون - پس آزمون
		معنی داری
		F (تعامل)
		۱,۲۰
		۰,۲۹

همان گونه که در جدول ۵ مشاهده می شود، مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیر معنی دار می باشد؛ به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است همان طور که در جدول ۲ نشان داده شده است بعد از حذف اثر پیش آزمون، بین میانگین اضطراب اجتماعی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. $F(1, 11) = 12,97, P = 0,01, \eta^2 = 0,54$ ، بنابراین فرضیه اصلی تأیید می گردد؛ به عبارت دیگر، درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین اضطراب اجتماعی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش اضطراب اجتماعی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر ۵۴٪ می باشد؛ به عبارت دیگر، ۵۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون اضطراب اجتماعی مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری می باشد.

جدول ۵ نتایج آزمون کوواریانس برای مقایسه ی میانگین اضطراب اجتماعی دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منبع متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	ضریب اتا
پیش آزمون	۱۳۰۰,۱۴	۱	۱۳۰۰,۱۴	۹۲,۲۷	۰,۰۰۱	۰,۸۹
اثر اصلی (درمان)	۱۸۲,۷۷	۱	۱۸۲,۷۷	۱۲,۹۷	۰,۰۰۱	۰,۵۴

بحث و نتیجه گیری :

تحلیل اطلاعات این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر سوم دبیرستان به طور معناداری تأثیر داشته است. با توجه به نتایج جدول ۵ درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش اضطراب اجتماعی دختران سوم دبیرستان مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر با نتایج حاصل از تحقیق عطری فرد و همکاران [۹] همسو می باشد. آنان در تحقیقی تحت عنوان «بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی» به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن منجر به کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی می شود. همچنین آندرو، مکالوی و کاستونگوی^{۱۵} (۲۰۱۳) در تحقیقی تحت عنوان «تجربیات بالینی در اجرای درمان شناختی رفتاری بر هراس اجتماعی» که بر روی ۲۷۶ بیمار مبتلا به اضطراب اجتماعی انجام دادند دریافتند که درمان شناختی رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی اثربخش است. لیگر، لادوسر، دوگاس و فریستون (۲۰۰۳) هفت نوجوان مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته را تحت درمان شناختی-رفتاری قرار دادند. درمان شامل آموزش آزمودنی ها در مورد نشانه های اضطراب، پیشگیری از هجوم تفکرات نگران کننده، پیشگیری از عودت نشانه های اضطرابی و آموزش روش حل مساله بود. پس از اتمام درمان، اضطراب سه نفر از آزمودنی ها به طور کامل از بین رفته بود. سایر آزمودنی ها نیز بهبودی نسبی یافته بودند. باروکلاف و همکاران (۲۰۰۱) تأثیر روش های شناختی-رفتاری و مشاوره حمایتی در درمان نشانگان اضطراب بزرگسالان با اختلالات اضطرابی را مقایسه کردند. هر دو گروه به مدت ۶ هفته بدون دریافت هیچگونه درمانی با هدف تعیین خط پایه کنترل شدند. سپس یک گروه با روش شناختی رفتاری و گروه دیگر با روش مشاوره حمایتی، به طور انفرادی و به مدت ۶ ماه درمان شدند. نتایج ارزیابی پس از درمان مبین بهبود نشانگان اضطرابی در مقایسه با شرایط قبل از درمان بود. با این تفاوت که نشانگان اختلال در گروهی که به روش شناختی رفتاری درمان شده بودند، با گروه دیگر تفاوت معناداری داشت. پس از ۱۲ ماه پیگیری این تفاوت همچنان حفظ شده بود. همچنین کندال و همکاران (۱۹۹۷) گروهی از کودکان با اختلالات اضطرابی را با استفاده از روش های شناختی رفتاری درمان کردند. گروهی از

¹⁵Andrew, McAleavey & Castonguay

کودکان نیز به عنوان گروه کنترل، درمانی دریافت نکردند. آن ها طی شانزده هفته مولفه های شناختی اضطراب را به کودکان آموزش دادند. شناخت نشانه های فیزیولوژی اضطراب، اصلاح گفتگوهای اضطراب آور، سازش با موقعیت های مختلف و ارزشیابی موفقیت فرد در فرایند سازش با موقعیت ها از مولفه های شناختی اضطراب به شمار می آیند. راهبردهای رفتاری نظیر الگو برداری، حساسیت زدایی، بازی نقش و آموزش تنش زدایی نیز به کار برده شدند. در پایان جلسات درمانی نشانه های اضطراب در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافتند تبیین این اثربخشی در ابعاد مورد نظر باید به موارد چندی اشاره کرد. مهمترین و برجسته ترین مورد آن است که الگوی هافمن (۲۰۰۷) تاکید بر مواجهه با خود علاوه بر مواجهه با موقعیت دارد. هافمن (۲۰۰۷)، به عبارت دیگر بر اصلاح نگرش فرد درباره خود تاکید می ورزد. بنابراین، با توجه به تاکید هافمن (۲۰۰۷) بر «خود» و با توجه به اینکه «اختلال اضطراب اجتماعی» در یک سطح اساسی، اختلالی است که دربرگیرنده دیدگاه منفی و تحریف شده ای از خود است (هوک و والنتینر^{۱۶}، ۲۰۰۲)، یعنی سوگیری های پردازشی شناختی وجود دارد به طوریکه مطالعات نیز سوگیری های پردازشی شناختی را توصیف می کنند که می تواند منجر به بازنمایی درونی منفی از خود اجتماعی شوند و آن را تقویت کنند [۶] این سوگیری های پردازشی شامل این موارد است: استانداردهای اجتماعی ادراک شده سطح بالا، اهداف اجتماعی که به طور ناقص تعریف شده اند، توجه فزاینده متمرکز بر خود در موقعیت های اجتماعی [۸] سوگیری در تفسیر اطلاعات مبهم به گونه منفی و اغراق آمیز و تمایل به برآورد بیش از اندازه ارزیابی های منفی از خود که توسط دیگران انجام می گیرد. در واقع افراد مبتلا به اختلال مذکور، توانایی عملکرد اجتماعی شان را در ارتباط با استانداردهای دیگران، کمتر از آنچه که هست برآورد می کنند و با توجه به گذشته، سبک پردازش رویارویی های اجتماعی آنها به گونه ای است که عیوب شان را خیلی بزرگ و پیشرف های عملکردشان را کم اهمیت جلوه می دهند [۲]. بنابراین مطابق این الگو، درمان موثر برای اضطراب اجتماعی، تمایل به کاهش توجه منفی متمرکز بر خود و خود ادراکی منفی دارد و این همان بحثی است که هافمن (۲۰۰۷) به منظور اصلاح «خود-ادراکی منفی»، بر مولفه های مختلف و اصلاح آنها از جمله بر «توجه فزاینده متمرکز بر خود»، «کنترل هیجانی ادراک شده پایین»، «مهارت های اجتماعی که فرد آن ها را ناکافی ادراک می کند» تاکید می کند. همچنین هافمن در تکنیک های درمانی خویش، علاوه بر تکنیک های بازسازی شناختی و مواجهه با موقعیت، به منظور اصلاح «خود-ادراکی منفی» از تکنیک های خاص «مواجهه با خود» نیز استفاده می نماید و بالاخره اینکه

¹⁶Houc & walentiner

هافمن در مدلش بر «نشخوار گری فکری پس رویدادی» و «رفتارهای ایمنی بخش و یا اجتنابی» به طور آشکار اشاره می کند و درمان نیز بر آن ها متمرکز می شود و در نتیجه منجر به اثربخشی درمان می گردد [۸].

به عنوان یک نتیجه گیری کلی ، یافته های این پژوهش نشان داد که در درمان اختلال اضطراب اجتماعی ، درمان شناختی رفتاری فردی مبتنی بر الگوی هافمن (۲۰۰۷) منجر به کاهش معنی دار میزان اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می شود.

از محدودیت های این پژوهش هماهنگ کردن وقت دانش آموزان برای روزها و ساعت برگزاری جلسه مشاوره فردی بود به دلیل آنکه اجرای طرح درمان فقط در مدرسه امکان پذیر بود. همچنین دانش آموزان شرکت کننده در این تحقیق محدود به دختران سوم دبیرستان بودند و نیز تعداد دانش آموزان شرکت کننده در هر گروه محدود به ۷ نفر بودند.

بر این اساس به درمانگران و پژوهشگران پیشنهاد می شود که در زمینه درمان اضطراب اجتماعی پژوهش های بیشتری انجام دهند و کارایی روش درمانی شناختی رفتاری را با انتخاب نمونه ای معرف برای تعمیم یافته ها به جامعه فراهم سازند. همچنین به مسئولان آموزش و پرورش و درمانگران پیشنهاد می شود که تدوین و اجرای برنامه هایی برای کاهش اضطراب عمومی و اجتماعی دانش آموزان و افزایش آگاهی روان شناختی مدیران، معلمان، مشاوران و والدین را در برنامه های خود بگنجانند.

منابع

۱. هاوتون، کرک، سالیکووس کیس، کلارک (۱۳۹۱). رفتار درمانی شناختی جلد اول ، ترجمه حبیب ا... قاسم زاده، نشر ارجمند.
2. Moscovitch, D. A., & Hofmann, S. G. (2007). When ambiguity hurts: social standards moderate self-appraisals in generalized social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1039-1052.
3. Heimberg, R.G. (2002). Cognitive – behavioral Therapy for social Anxiety disorder: current status and future directions. *Journal of Nervous and mental Disease* , 173 ,236 -245.
۴. انجمن روان پزشکان آمریکا(۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم DSM_5 (انجمن روان پزشکی آمریکا)، ترجمه فرزین رضاعی و همکاران، تهران، نشر ارجمند.

- Moini, N., & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2011). The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social among student. *J Behav Sci*, 4 (4), 335-40. (Persian)
5. Bassak Nejad, S., Anderson, B., Golddin, P.R., Kurita, K., & Gross, J.J. (2008). Self -representation in social anxiety disorder: linguistic analysis of autobiographical narratives. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1116-1125.
6. Anderson, B., Golddin, P.R., Kurita, K., & Gross, J.J. (2008). Self -representation in social anxiety disorder: linguistic analysis of autobiographical narratives. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1116-1125.
۷. داگاس، رابی چاود (۱۳۹۳). درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر ، ترجمه اکبری ، چینی فروشان، عابدیان، تهران، نشر ارجمند.
8. Clark, D.M., Ehlers, A., Mcmanus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine I generalized social phobia: A randomized placebo- controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71-1058-1067.
۹. عطری فرد و همکاران (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی، فصلنامه سال سوم، شماره ۹، بهار ۱۳۹۱.
10. Hofmann, S.G. (2010). Advances in the research of social anxiety and its disorder anxiety. *Anxiety, stress. & coping*, 23(3), 239-242.
11. Hofmann, S. G. (2007). cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behavior Therapy*, 36, 193 - 209.