

اثر درمان شناختی- رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز

نویسندگان: زاهده رحمانیان*^۱، بهرام میرزائیان^۲، رمضان حسن زاده^۳

۱. مربی قراردادی - گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه پیام نور جهرم، فارس، ایران
 ۲. استادیار - گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مازندران، ایران
 ۳. استاد - گروه روانشناسی دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، مازندران، ایران
- * نویسنده مسئول: زاهده رحمانیان
E-mail: z7911529@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: از آنجاکه آثار اجتماعی، فردی و روانی اضطراب اجتماعی به کارکرد تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان صدمه می‌زند، در این پژوهش درصددبرآمدیم تا اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی را بر اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز بررسی کنیم.

مواد و روش‌ها: روش پژوهشی حاضر از نوع آزمایشی می‌باشد. پس از اجرای آزمون اضطراب اجتماعی، مصاحبه بالینی بر اساس DSM-IV-TR انجام شد و ۱۸ دانش‌آموز (۹ نفر برای هر گروه)، انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (مداخله شناختی- رفتاری گروهی) و گروه گواه (بدون درمان) گماشته شدند. بعد از اتمام دوره ۱۲ جلسه‌ای (هر جلسه دو ساعت) درمان در گروه آزمایشی، مجدداً آزمون اضطراب اجتماعی به عنوان پس آزمون، در هر دو گروه اجرا شد.

نتایج: آزمون t نشان داد که با ۹۹٪ اطمینان بین اضطراب اجتماعی در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت و با ۹۵٪ اطمینان شرکت کنندگان توانستند پیامدهای درمان را تا یک ماه پیگیری حفظ نمایند.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی- رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز کلاس پنجم دبستان مؤثر است.

واژگان کلیدی: درمان شناختی- رفتاری گروهی، اضطراب اجتماعی، دانش‌آموز

دوماهنامه علمی- پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال هیجدهم - شماره ۹۶
دی ۱۳۹۰

دریافت: ۱۳۹۰/۵/۱۸
آخرین اصلاح‌ها: ۱۳۹۰/۸/۱۶
پذیرش: ۱۳۹۰/۱۰/۱۳

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (هراس اجتماعی)^۲ یکی از شایع ترین اختلال های دوران کودکی و نوجوانی است (۱). مطابق انجمن روان پزشکی آمریکا^۳ (۲۰۰۰) شیوع کلی این اختلال ۳ تا ۱۳٪ است. همچنین طبق پژوهش های گذشته در داخل و خارج کشور شیوع بالایی از اضطراب اجتماعی در اواخر کودکی و اوایل نوجوانی وجود دارد که آن هم روی دختران نسبت به پسران نسبتاً بالاتر می باشد (۶-۲). ولی اضطراب اجتماعی یعنی چه؟ اضطراب اجتماعی ترس آشکار و مستمر از موقعیت های اجتماعی یا عملکردی است که ممکن است موجب شرمندگی شود (ملاک الف) و قرار گرفتن در معرض موقعیت های اجتماعی یا عملکردی تقریباً همیشه بلافاصله به بروز واکنش اضطراب منجر می شود (ملاک ب). این واکنش ممکن است به شکل حمله وحشت زدگی وابسته به موقعیت یا با زمینه موقعیتی ظاهر شود و گاهی با وحشت تحمل شود (ملاک د). اگرچه نوجوانان و بزرگسالان دچار این اختلال متوجه هستند که ترسشان مفرط یا غیر منطقی هست (ملاک ج) ولی این امر ممکن است در کودکان صادق نباشد. تنها در صورتی این تشخیص مناسب است که اجتناب، ترس یا اضطراب انتظاری از رویارویی با موقعیت اجتماعی یا عملکردی به طور قابل ملاحظه ای با فعالیت های عادی، کارکرد شغلی یا زندگی اجتماعی شخص تداخل نماید یا شخص پریشانی آشکاری در مورد ابتلا به هراس داشته باشد (ملاک ه). در افراد زیر ۱۸ سال، نشانه ها باید به مدت حداقل ۶ ماه قبل از تشخیص دوام داشته باشند (ملاک و). ترس یا اجتناب ناشی از اثرات فیزیولوژیکی مستقیم مواد یا یک بیماری جسمانی نیست و بر حسب یک اختلال روانی دیگر توجیه بهتری ندارد (ملاک ز). اگر اختلال روانی یا بیماری جسمانی دیگر وجود دارد، ترس یا اجتناب به

نگرانی درباره آثار اجتماعی آن محدود نمی شود (ملاک ح) (۷). از دیدگاه شناختی- رفتاری، اعتقاد بر این است که اضطراب اجتماعی (SAD) از باورهایی برمی خیزد که همواره اثر خوبی بر عده ای می گذارد که منجر به تداوم آن در چنین افرادی می شود، در حالی که بعید است منجر به ایجاد یک تأثیر خوب بر بقیه شود (۸).

یکی از مؤثرترین روش ها برای درمان اختلال های اضطرابی، درمان شناختی- رفتاری^۴ (CBT) است (۹). اگرچه اثربخشی CBT به لحاظ تجربی برای بسیاری از اختلال های روانی، از افسردگی و اضطراب گرفته تا اخیراً اختلال های شخصیت و روان پریشی، تایید شده است (۸)، اما پژوهش های زیادی در مورد اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی^۵ (CBGT) انجام نشده است. مخصوصاً در کشور ما کمبود پژوهش در این حوزه به چشم می خورد.

درمان شناختی- رفتاری گروهی (CBGT) برای شکستن چرخه معیوب اضطراب اجتماعی از طریق ادغام ساختار شناختی و روش های مواجهه با خطر، هم در جلسات درمان و هم در محیط اطراف مراجع کار- می کند. CBGT سه جز اصلی دارد: ۱- مواجهه با موقعیت هراس آور اجتماعی در جلسه؛ ۲- بازسازی شناختی و ۳- طراحی تکالیف برای مواجهه با خطر واقعی و بازسازی شناختی به صورت خوداجرایی.

درمان شناختی رفتاری گروهی (CBGT) برای شکستن چرخه معیوب اضطراب اجتماعی از طریق ادغام ساختار شناختی و تکنیک های مواجهه با خطر، هم در جلسات درمان و هم در محیط اطراف مراجع کار می کند. CBGT سه جز اصلی دارد: ۱- مواجهه با موقعیت هراس آور اجتماعی در جلسه، ۲- بازسازی شناختی، و ۳- طراحی تکالیف برای مواجهه خطر واقعی و بازسازی شناختی به صورت خود اجرایی. مواجهه درون جلسه ای از طریق تویی از پروتکل درمانی، با مداخلات شناختی در قبل، حین، و بعد از هر بار مواجهه صورت می گیرد. پس از

1. social anxiety disorder(SAD)
2. social phobia
3. American Psychiatric Association

4. cognitive – behavioral therapy(CBT)
5. cognitive – behavioral group therapy(CBGT)

برخورد با شرایط ترس آور را بیابند. این تکنیک باید مکمل و حامی آن تغییرات شناختی باشد که از مواجهه با موقعیت هراس آور برمی خیزد و احتمال این را افزایش می دهد که تفکر منفی مراجعان، مورد توجه قرار گیرد. وقتی ارزیابی مراجعان از خطر ذاتی موقعیت های اجتماعی واقعی تر می شود، نشانگان فیزیولوژیک اضطراب اغلب کاهش می یابد. بعلاوه، پرداختن به شناخت مراجعان معمولاً آنان را از منابع فکری اضافی آزاد می کند و به مراجعان اجازه می دهد تا بر روی کار اجتماعی تمرکز کنند و به طور بالقوه بهبود عملکرد را افزایش می دهد. تغییر باورهای ناکارآمد نیز کمک می کند تا اضطراب پیش بین و اجتنابی کاهش یابد و توانایی مراجع را برای موفقیت افزایش دهد، که این، به نوبه خود، به مراجع فرصتی برای تجربه تقویت مثبت از طرف دیگران را فراهم می نماید. در نهایت، بازسازی شناختی به مراجعان می آموزد که به طور انطباقی به تجربیات خود فکر کنند، و وارد چرخه نشخواری نشوند که ممکن است پیروزی را به شکست تبدیل کند. بنابراین CBGT شامل مواجهه در جلسه، بازسازی شناختی، و تکالیف برای کمک به مراجعان برای غلبه بر اضطراب خود و گرفتن رضایت بیشتر در تعاملات خود، با خود و دیگران هست (۱۰).

چندین پژوهش انجام شده پیشین (۱۶-۱۱) نشان دادند که تکنیک های رفتاری در درمان شناختی رفتاری گروهی همچون ایفای نقش، مواجهه آن هم با هدف ایجاد اضطراب در شرایط زنده و آرام سازی و حتی مواجهه جانشینی در کودکان و نوجوانان مؤثرتر از تکنیک های دیگر بوده است. استراوینسکی و همکارانش (۲۰۰۴) در پژوهش انتقادی خود اعلام نمودند که هیچ شاهد باثباتی وجود ندارد که از این ادعا حمایت کند که اضطراب اجتماعی با خصایص فرایندهای شناختی مشخص شود و اگرچه عوامل شناختی، همراه با دیگر ویژگی های آسیب شناختی به عنوان قسمتی از کل بهبود در طول یا بعد از درمان موثر است، ولی گرایش های درمانی اثر کمی بر آن دارند. در مقابل پژوهش های دیگر

چند جلسه اول، به طور معمول تکالیفی داده می شود. در جلسه از مراجعان خواسته می شود که فعالیت های بازسازی شناختی را قبل، در حین برقراری ارتباط، و بعد از هر بار مواجهه به طور واقعی انجام دهند. مواجهه با موقعیت های هراس آور در خدمت برهم زدن چرخه اضطراب اجتماعی به طرق مختلفی عمل می کند. اول، (به صورت) اجتناب کم از اضطراب اجتماعی صورت می گیرد که با ماندن طولانی و مکرر در شرایط مورد نظر (به عنوان، خوگیری) حاصل می شود و این امر سبب می شود اضطراب مراجع به طور طبیعی کاهش یابد. دوم، مواجهه اجازه می دهد تا مراجع مهارت های رفتاری در موقعیت هایی را بیاموزد و تمرین کند که قبلاً اجتناب می شده است. سوم، مواجهه به مراجع فرصتی برای آزمودن واقعیت باورهای ناکارآمد خود می دهد. مواجهات درون جلسه اجازه می دهند تا این فرایند در یک محیط حفاظت شده، تحت نظارت و کنترل درمانگران آغاز شود. در این موقعیت کمتر تهدید کننده، مراجعان می توانند به طرف موقعیت های ترس آوری روند که به طور مناسبی از قبل سازماندهی شده است. مواجهات درون جلسه ای همچنین به مراجعان فرصتی برای تمرین بازسازی مهارت های شناختی و تجربه ای موفقیت در نزدیکی به موقعیت های ترس آور واقعی را می دهد، قبل از آن که در طرح تکالیف آورده شوند. البته، مواجهه با موقعیت های ترس آور در تکالیف، انتقال یادگیری را به زندگی مراجع و در خارج از جلسات درمانی تسهیل می کند. هدف نهایی از طرح تکالیف در CBGT آن است که مراجع را به درمانگر شناختی رفتاری و مجهز به مقابله انطباقی با موقعیت های اضطراب برانگیز در حال و آینده تبدیل کند (۱۰).

بازسازی شناختی نیز نقش مهمی در شکستن چرخه اضطراب اجتماعی بازی می کند. بازسازی شناختی چالش مستقیم با باورها، فرضیات و انتظارات مراجع هست. از مراجعان خواسته می شود که ارزیابی کنند که آیا واقعاً این افکار را حس می کنند و آیا آنها مفید هستند. این باعث می شود راه های واقعی تر و انطباقی تر

خود را در جهت پیشرفت جامعه ارتقا دهند و از آنجا که یکی از درمان‌های روان شناختی نوظهور درمان شناختی- رفتاری گروهی است که پژوهش‌های کمی در تایید اثربخشی آن در ایران به خصوص روی کودکان صورت گرفته است، پژوهش حاضر که به روش آزمایشی انجام شده است، درصدد پاسخگویی به این سؤال است که آیا درمان شناختی- رفتاری گروهی در بهبود اضطراب اجتماعی در کودکان دختر کلاس پنجم دبستان موثر است؟

مواد و روش‌ها

روش پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی تشکیل می‌دهند که در کلاس پنجم دبستان در شهر جهرم در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ تحصیل می‌کنند.

در زمینه تعداد اعضای شرکت کننده در درمان شناختی- رفتاری گروهی (در گروه آزمایش)، همبرگ و بکر^۵ (۲۰۰۲) معتقدند که اندازه ایده آل گروه، برای CBGT شش مراجع هست. این تعداد به اندازه کافی کوچک هست که اجازه دهد تا توجه کافی اعمال شود. با شش مراجع، هر مراجع می‌تواند مرکز تلاش گروه در حداقل یک بار در هر جلسه شود. با هر مراجع اضافی، این (عمل) به طور فزاینده‌ای مشکل‌تر می‌شود. همچنین حضور شش مراجع، فرایند درمان را در برابر خطراتی همچون کناره‌گیری (از درمان) و از دست رفتن جلسه، تا حدودی حفظ می‌کند. شروع یک گروه با مراجعان کمتر ممکن است احتمال این را افزایش دهد که تعداد اعضایی که از گروه خارج می‌شوند زیادتر شود به طوری که در اجرای موثر روش‌های گروهی اختلال ایجاد کند، و یا اعضای باقی مانده گروه ممکن است بی‌انگیزه شوند (۱۰). ولی بیلینگ^۶ و همکارانش (۲۰۰۶) معتقدند که، هدف آن‌ها معمولاً داشتن ۵-۷ نفر در هر گروه هست. در تجربه آن‌ها، شرکت کنندگان در

(۲۱-۱۸) اظهار نمودند که تکنیک‌های شناختی همچون تمرکز کردن و افزایش کنترل توجه در طول CBGT در کودکان و نوجوانان مؤثرتر از تکنیک‌های دیگر بوده است.

پورحسن^۱ و ساعد^۲ (۲۰۰۹)، و ملیانی و همکارانش (۱۳۸۸) که به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی روی دانشجویان پرداخته بودند، از گروه آزمایش و کنترل بین ۷ تا ۱۰ نفر که روی هم از ۱۴ تا ۲۰ آزمودنی استفاده کرده بودند و یافته‌های آزمون t نشان دادند که درمان شناختی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی موثر است و چندین پژوهش انجام شده دیگر (۲۶-۲۴ و ۳) در این زمینه بیان نمودند که درمان شناختی- رفتاری گروهی در درمان اختلال اضطراب اجتماعی موثر است و مهارت‌های اجتماعی را مثل روش‌های دیگر همچون روان درمانی حمایتی، آموزش روان‌شناختی و درمان دارویی افزایش می‌دهد.

همچنین پژوهش‌های بیدل^۳ و همکارانش (۲۰۰۶) و مرتبج^۴ و همکارانش (۲۰۰۵) که به بررسی حفظ اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی پرداختند، نشان دادند که آزمودنی‌ها می‌توانند یافته‌های حاصل از درمان را تا ۳ الی ۵ سال بعد هم حفظ کنند.

در نتیجه از آنجا که اثرات اجتماعی، فردی و روانی اختلال اضطراب اجتماعی به حدی است که در کارکرد اجتماعی و فردی تعداد زیادی از کودکان و نوجوانان لطمه وارد کرده و می‌کند و با توجه به شیوع بالای آن به خصوص در ایران، لذا درمان این اختلال چشم‌امیدی است به روی آینده علمی، روانی و اجتماعی قشر زیادی از مردم که به دلیل ناتوانی از ابراز وجود، توانایی ورود به عرصه زندگی را آن گونه که باید و شاید ندارند و شاید با این راهکار بتوانند اندکی بیشتر، توانایی‌های

1. Somayeh purehsan F.
2. Omid saed
3. Beidel
4. Mo`rtberg

5. Heimberg, R.G., & Becker, R.E.
6. Bieling, P.J.

با امکاناتی مانند تخته سیاه، تهویه و نور کافی و محیطی باز برای اجرای برنامه برگزار می‌شد و زمان دقیق هر جلسه از یک هفته قبل با توافق معلمان و مسئولان مدارس به گروه آزمایش اطلاع داده می‌شد؛ اعضای هر دو گروه، پیش و پس از درمان و نیز یک ماه پس از اتمام درمان (یعنی پیگیری) پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کردند؛ در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی^۱ به شرح زیر استفاده شده است:

پرسشنامه اضطراب اجتماعی: این ابزار پژوهشی یک سیاهه اضطراب اجتماعی و شامل ۱۹ گویه است و طبق DSM-IV برای کودکان ۱۰ سال به بالا تنظیم شده است. دانش آموزان هر گویه را مطالعه کرده و میزان موافقت خود را بر اساس میزان حالات خود بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای رتبه بندی می‌کنند. مقیاس اندازه گیری این ابزار، طبقه‌ای مرتب شده است که از «هرگز» تا «همیشه» تغییر می‌کند. تعبیر و تفسیر نمره‌های اضطراب اجتماعی دانش آموزان مورد مطالعه را هم می‌توان به صورت کمی و هم مقوله ای انجام داد. اجرای سیاهه به صورت فردی و گروهی امکان پذیر است (۲۸). شواهد آماری تهیه شده در رابطه با اعتبار مقیاس اضطراب اجتماعی در خارج کشور حاکی از این است که هماهنگی درونی که از طریق آلفای کرونباخ به دست آمده بود برابر ۰/۹۳۲ است که هماهنگی درونی بالایی را نشان می‌دهد. همچنین پایایی سیاهه از طریق باز آزمون برابر ۰/۹۳۲ و از روش تصنیف ۰/۹۲۹ بوده است (۲۹). طبق بررسی مسن آبادی (۱۳۸۸) ضریب همگونی سیاهه در ایران ۰.۵۵ بدست آمده بود. همچنین این پرسشنامه توسط شفيعی (۱۳۸۶) روی دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر مشهد هنجاریابی شده است و نشان داده بود که همبستگی این آزمون با پرسشنامه SPAI برابر ۰.۷۵ است که نشان می‌دهد آزمون ویژگی مورد نظر را اندازه گیری می‌کند (۲۹).

گروه‌های بزرگ تمایل بیشتری به احساس مهار اجتماعی و نرخ بالاتر ترک گروه در اوایل درمان دارند و ممکن است توجه کافی در طول جلسه نداشته باشند.

با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی‌ها، ۱۰ نفر برای گروه آزمایش و ۹ نفر برای گروه گواه انتخاب شدند که پس از اعمال درمان شناختی-رفتاری گروهی یک نفر از گروه آزمایش به دلیل غیبت بیش از سه جلسه از پژوهش خارج شد.

رهبر گروه، کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی بود که دوره‌های لازم دربارهٔ درمان شناختی-رفتاری گروهی را گذرانده بود و تجربیات و مدارکی در زمینه CBT داشت و از آنجا که طبق گفته همبرگ و بکر (۲۰۰۲) و نیز بیلینگ و همکارانش (۲۰۰۶) وجود کمک‌درمانگر، خوب است ولی ضروری نیست، در اینجا رهبر گروه به تنهایی توانست جلسات درمان را به خوبی اداره کند.

در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ترکیبی (تصادفی ساده و خوشه‌ای) استفاده شد؛ به عبارت دیگر، ابتدا از میان همهٔ مناطق شهر جهرم که شامل مرکزی و حومه می‌شود (یعنی ۲۷ مدرسه دخترانه)، به طور تصادفی، پنج مدرسه دخترانه انتخاب شدند و سپس پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی در بین کلیه دانش‌آموزان این پنج مدرسه پخش شد و افرادی که اضطراب بالایی را گزارش دادند انتخاب شدند و از آنان مصاحبه بالینی به عمل آمد. از کسانی که تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی مطابق معیارهای DSM-IV-TR دریافت کردند، طبق برگه‌ای خواسته شد تا در صورت موافقت والدین برای شرکت فرزندشان در روان‌درمانی، رضایت‌نامه کتبی آنان را به مدرسه بیاورند سپس ۱۹ نفر که رضایت‌نامه را تحویل دادند، به طور تصادفی به دو گروه تقسیم و به قید قرعه گروه‌های آزمایش و گواه تعیین شدند. با توافق انجمن اولیا و مربیان و رضایت اولیای دانش‌آموزان، گروه آزمایش به مدت دوازده جلسه (حدود دو ساعت)، در جلسات درمان شناختی-رفتاری گروهی شرکت کردند که در نمازخانه یکی از مدارس

روش اجرا

در میان مشهورترین درمان‌های اختلال اضطراب اجتماعی، درمان شناختی رفتاری گروهی (CBGT) که توسط هیمبرگ و بکر تدوین شده است مداخله ایست گروه مدار که به طور خاص برای این اختلال طراحی شده است و در آن بازسازی شناختی در زمینه‌ای از تمرینات مواجهه ساختگی (شبیه سازی شده و نمادین) صورت می‌گیرد (۲۳) که در این پژوهش از این الگو استفاده شده است.

برنامه به‌طور کلی بدین صورت بود که در ۲۰ دقیقه ابتدایی هر جلسه، تکالیف جلسه قبل مورد بررسی قرار می‌گرفت و به پرسش‌ها 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 آن، ۱۰ دقیقه پذیرایی انجام می‌شد و 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 که در مجموع، حدود دوازده جلسه دو ساعتی برگزار شد؛ رئوس محتویات جلسات به شرح زیر است:

جلسه اول: الف- آشنایی اعضا با قوانین گروه، بیان برنامه تدوین شده برای گروه، بیان مختصر مشکل و هدف هر یک از اعضا برای شرکت در جلسه، بررسی انتظارات مراجعان از نتایج درمان استراحت؛ ب- ارائه مدل شناختی- رفتاری و مدل A-B-C برای اضطراب اجتماعی تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده.

جلسه دوم: الف- بیان نظریه‌های اختلال هیجانی و بازسازی شناختی و ده سبک تفکر توأم با خطا، تمرین طبقه‌بندی باورها و فرایند تفکر و استراحت؛ ب- تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده.

جلسه سوم: الف- بررسی پیامدهای رفتاری ناشی از باورها، تمرین القای فکر، تحلیل پیکان عمودی روبه- پایین و استراحت.

ب- تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده.

جلسه چهارم: الف- تحلیل پیشرفته پیکان عمودی روبه پایین، طبقه‌بندی باورها براساس محتوا یا کلیات و استراحت؛ ب- تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده.

جلسه پنجم: الف- تهیه فهرست اصلی باورها، تهیه نقشه‌های شناختی و استراحت؛ ب- تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده.

جلسه ششم: الف- تغییرپذیری باورها، تحلیل عینی باورها، تحلیل استاندارد باورها و استراحت؛ ب- تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده.

جلسه هفتم: الف- تحلیل کارآمدی باورها، تحلیل هماهنگی باورها و استراحت؛ ب- ارائه کنفرانس درباره خودپنداره، ایفای نقش درخصوص یک موقعیت اضطراب‌زای اجتماعی و ارائه بازخورد با جهت‌گیری برای روش‌های گوش‌دادن فعال و هدفمند.

جلسه هشتم: الف- تحلیل منطقی باورها و استراحت؛ ب- ارائه کنفرانس درباره خودپنداره، ایفای نقش در- خصوص یک موقعیت اضطراب‌زای اجتماعی و ارائه بازخورد با جهت‌گیری برای روش‌های صحبت کردن کارآمد و گوش‌دادن فعال و هدفمند.

جلسه نهم: الف- ساخت سلسله‌مراتب اضطراب، باور مخالف و استراحت؛ ب- ارائه کنفرانس درباره خود- پنداره، ایفای نقش درخصوص یک موقعیت اضطراب- زای اجتماعی و ارائه بازخورد با جهت‌گیری به سمت روش‌های ابراز وجود و قاطعیت.

جلسه دهم: الف- تغییر ادراکی و روش بازداری ارادی کورتکس و استراحت؛ ب- ارائه کنفرانس درباره خودپنداره، ایفای نقش درخصوص یک موقعیت اضطراب‌زای اجتماعی و ارائه بازخورد با جهت‌گیری به سمت روش‌های تکمیلی ابراز وجود و قاطعیت.

جلسه یازدهم و دوازدهم: الف- خودتنبیهی / خود- پاداش‌دهی، تغییر پایدار، بررسی و مرور کلی مباحث مطرح شده، تمرین و بحث مجدد درباره موضوع‌های

مثبت حاصل از درمان را تا یک ماه حفظ کنند و حتی آن را گسترش دهند.

به علاوه، با زمینه‌یابی‌های انجام شده از ۱۵۴ نفر، ۳۲ نفر مبتلا بودند و در نتیجه میزان شیوع اضطراب اجتماعی در میان دختران دانش‌آموز کلاس پنجم دبستان در شهرستان جهرم ۲۰ درصد برآورد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

طبق یافته‌های این پژوهش درمان شناختی-رفتاری گروهی باعث کاهش اضطراب اجتماعی کودکان دختر می‌شود که این یافته صحه‌ای هست بر چندین تحقیق انجام شده پیشین (۱۳،۲۳-۲۲ و ۳۰-۳۳) که نشان داده بودند، درمان شناختی-رفتاری گروهی در درمان اضطراب اجتماعی موثر است و علت آن در این است که درمان شناختی-رفتاری گروهی مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و شناختی مراجعان را افزایش می‌دهد که این امر منجر به کاهش اضطراب اجتماعی مراجعان می‌شود. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که علاوه بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر بزرگسالان و نوجوان، این درمان بر روی کودکان ایرانی مبتلا به اضطراب اجتماعی نیز موثر است و در نتیجه فرضیه پژوهشی که بیان می‌دارد درمان شناختی-رفتاری گروهی باعث کاهش اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز می‌شود، تایید می‌شود.

بعلاوه، یافته‌های پژوهشی نشان دادند که آزمودنی‌های گروه آزمایشی توانسته‌اند، علاوه بر حفظ پیامدهای درمانی جلسات گروهی بعد از پیگیری یک ماهه، با اجرای تکنیک‌های آموزش داده شده رفتاری و شناختی که برای اجرا بعد از اتمام جلسات تنظیم شده بود، توانسته‌اند پیامدهای درمانی را گسترش دهند که منجر به بهبودی بیشتر و کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی آن‌ها شده است و این یافته با پژوهش ملیانی و همکارانش (۱۳۸۸) که به بررسی درمان شناختی-رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر پرداخته بودند و بیان نمودند که آزمودنی‌ها توانستند یافته‌های

مشکل‌تر برای اعضای گروه، جمع‌بندی کلی مطالب و ارائه راهکارهای تداوم‌بخش درمان پس از اتمام جلسات و استراحت؛ ب- ارائه کنفرانس و ایفای نقش و بازخورد با توجه به جمع‌بندی مطالب پیشین، بررسی و مرور برنامه (جمع‌بندی نهایی)، نظرسنجی از اعضا و ارائه پیشنهادها، بررسی اهداف مراجعان در جلسه اول و میزان تحقق آنها، بررسی نقاط ضعف و قوت گروه یا جلسات؟ به صورت کتبی و شفاهی، آماده‌سازی گروه برای ختم درمان و اختتامیه.

پس از اجرای جلسات، مقیاس اضطراب اجتماعی روی گروه آزمایش و کنترل اجرا شد و پس از تجزیه و تحلیل داده‌ها نتایج کلی به اولیا و مربیان دانش‌آموزان اطلاع داده شد.

نتایج

با نگاهی به جدول (۱) درمی‌یابیم که درجه معناداری آزمون تی برای اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش کمتر از ۰.۰۱ است در حالی که درجه معناداری همین آزمون برای گروه گواه بیشتر از ۰.۰۵ است و با نگاهی به جدول (۲) متوجه می‌شویم که میانگین اضطراب اجتماعی گروهی آزمایشی نسبت به گروه گواه کاهش یافته است و در نتیجه با ۹۹ درصد اطمینان، فرض پژوهشی مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی تأیید می‌شود.

همان‌طور که در جدول (۳) ملاحظه می‌کنید اختلاف میان نتایج پیگیری یک ماهه آزمون اضطراب اجتماعی و پس‌آزمون اضطراب اجتماعی بین فاصله اطمینان ۹۵ درصد قرارداد و درجه معناداری آن بیشتر از ۰.۰۵ است؛ در نتیجه، فرض پژوهشی مبنی بر عدم تفاوت معنادار میان نتایج پیگیری یک ماهه آزمون اضطراب اجتماعی و پس‌آزمون اضطراب اجتماعی با ۹۵ درصد اطمینان تأیید می‌شود و با نگاهی به جدول (۲) درمی‌یابیم که با اینکه میان پس‌آزمون اضطراب اجتماعی و پیگیری در گروه آزمایش، اختلاف زیادی وجود ندارد، در پیگیری، میانگین اضطراب اجتماعی کمتر شده است (۳۴ نسبت به ۴۱) و در نتیجه، آزمودنی‌ها توانسته‌اند نتایج

اجرا شد؛ با این حال، پژوهشگران سعی کردند تا با کاربرد تجزیه و تحلیل‌های آماری لازم، اعتبار پژوهشی را افزایش دهند.

با توجه به مقرون به صرفه بودن روش درمان گروهی در قیاس با روش‌های انفرادی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر سایر اختلال‌ها و مشکلات کودکان و نوجوانان، مانند اختلال‌های خلقی، دیگر اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های شخصیت، اختلال‌های سایکوتیک، اختلال‌های ارتباطی، اختلال‌های فراگیر رشد و کمبود توجه و مشکلات دیگر بررسی شود؛ به علاوه با توجه به شیوع بالای اضطراب اجتماعی در کودکان دختر و اهمیت آن پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده به بررسی اولین تماس اجتماعی در شکل‌گیری اضطراب اجتماعی و نیز آموزش‌های والدینی درباره روابط اجتماعی در سبب‌شناسی اضطراب اجتماعی پرداخته- شود و از آنجا که تشخیص زودتر اختلال‌های روانی نظیر اضطراب اجتماعی، وسواس، افسردگی و ... با درمان سریع‌تر و بهتر آنها رابطه دارد، از کسانی که در ارتباط زیاد با کودکان هستند که با داشتن استعداد‌های فراوان، توان استفاده از آنها به نحوی مطلوب را ندارند، پیشنهاد می‌شود آنها را به مراکز برای برطرف کردن مشکلاتشان معرفی کنند، هرچند این مشکلات به چشم- نیابند، شاید با برطرف کردن آنها بتوان نهال استعداد‌های نهفته این کودکان و نوجوانان را که جوانان تنومند فردای ما هستند، به ثمر رساند.

سپاس ...

با سپاس از خدای منان که به ما این لطف را مرحمت فرمود تا با همکاری مسئولان آموزش و پرورش، مدیر، ناظم و معلمان کلاس پنجم مدارس دخترانه این نسخه را به پایان برسانیم.

حاصل از درمان را حفظ کنند، همخوان هست. در توضیح این مطلب می‌توان فرایندهای پس از وقوع (PEP) همچون فرایندهای شناختی در اضطراب اجتماعی در حین مواجهه واقعی را بیان نمود که لاپوسا^۱ و ریکتور (۲۰۱۱) آن را علت حفظ درمان شناختی رفتاری گروهی در اضطراب اجتماعی می‌دانند. در نهایت یافته‌های این پژوهش مهر تأییدی است بر پژوهش‌های قبلی (۲۷،۱۷) در زمینه حفظ درمان شناختی- رفتاری گروهی در پیگیری هست.

همچنین با زمینه یابی های انجام شده میزان شیوع اضطراب اجتماعی در بین دختران دانش آموز کلاس پنجم دبستان در شهرستان جهرم ۲۰٪ برآورد شد که نسبت به موارد مشابه در استان‌های دیگر کشور و نیز بررسی‌های انجام شده در کشورهای غربی (۶-۲) بیشتر بوده است.

از محدودیت‌های موجود در این پژوهش، نداشتن مجوز لازم برای اجرای پژوهش در مراکز استان‌ها بود که البته این مشکل به سبب داشتن آگاهی بیشتر درمانگر از شرایط فرهنگی و اجتماعی درمان‌جویان شهر جهرم و نیز تسهیل در برنامه‌ریزی زمانی و مکانی اجرای جلسات تا حدودی تعدیل شد؛ به علاوه، از آنجا که درمان گروهی، مستلزم آن است که درمانگران، یک پایگاه بزرگ ارجاع برای جمع‌آوری یک گروه از بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی داشته باشند و از آنجا که در شهرستان‌ها تهیه چنین پایگاهی بسیار مشکل است، پژوهشگران درصدد برآمدند تا از طریق پرسش‌نامه افراد واجد شرایط را پیدا کنند و پس از اجرای پرسش‌نامه‌ها در بین بیش از ۱۵۰ دانش‌آموز دختر کلاس پنجم دبستان، فقط حدود ۳۰ نفر واجد شرایط بودند که از این میان نیز، تعدادی از آنها به دلیل نداشتن سطح آگاهی لازم والدین و در- نتیجه عدم رضایت آنها و نیز عدم واجد شرایط بودن برای درمان گروهی و دلایل دیگر از فهرست خارج- شدند و فقط حدود ۱۹ نفر باقی ماندند که در دو گروه آزمایشی و گواه به‌طور تصادفی قرار گرفتند و درمان

منابع

1. Verhulst FC, Vander Ej, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Journal of general psychiatry* 1997; 4: 329-336.
2. Essau C A, Conrardt J, & Petermann F. Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behavioral Research and Therapy* 1999; 37: 831±843.
3. Ito LM, Roso MC, Tiwari S, Kendall PC, Asbahr FR. Cognitive-behavioral therapy in social phobia. Correspondence, Fernando R Asbahr, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr* 2008; 30(2): 96-101.
4. Gaffari Nejad AR. The prevalence of social anxiety disorder and related factors in Kerman city high school students in 1377. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences and Health Services* 1380; Year VIII, Number 2, Number 20: 9-12. (Persian).
5. Ranta K, KaltialaHeino R, Koivisto AM, Tuomisto MT, Pelkonen M, Marttunen M. Age and gender differences in social anxiety symptoms during adolescence: The Social Phobia Inventory (SPIN) as a measure. *Psychiatry Research* 2007; 153: 261 – 270.
6. Kim SJ, Kim BN, Cho SC, Kim JW, Shin MS, Yoo HJ, Kim HW. The prevalence of specific phobia and associated co-morbid features in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders* 2010; 24: 629–634.
7. American Psychiatric Association. Text of the revised Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders DSM-IV-TR. (2000). Translated by Nick wontRN, Vadis Yans H. Fourth edition. Publications speak; 1388. (Persian)
8. Bieling PJ, McCabe RE, Anton, MM. Cognitive-behavioral therapy in groups. The Guilford Press, a Division of Guilford Publications, Inc. New York: 72 Spring Street; 2006.
9. Kendall PC. Child and adolescent therapy: cognitive – behavioral procedures. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2000.
10. Heimberg RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies Treatment. Edition illu strated Publisher Guilford Press; 2002.
11. Choy Y, Fyer AJ, Lipsitz JD. Treatment of specific phobia in adults. *Clinical Psychology Review* 2007; 27: 266 – 286.
12. Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, Telch MJ. Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 2008; 28: 1021 – 1037.
13. Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Moitra E, Myers VH, 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.
14. Mootamedin M, Badri R. Comparison of Effectiveness of two method of self- assertiveness training (role playing & leaflet) on mental health, social anxiety, self-assertiveness & academic performance of boy students of First grade of Azarbayegan Sharghi high school. 1389. Refer to www.SID.ir. (Persian).
15. Mehrabi Zade Honarmand M, Taghavi SF, Atari YA. Effectiveness of Assertive training on social skills social anxiety & academic performance of girl student. *Behavior sciences Journal* 1388; 3(1): 59-64. (Persian).
16. Rahimy J, Haghhighy J, Mehraby Zadeh Honarmand M, Bashlydeh k. The survey of Effectiveness of Assertive training on social skills, social anxiety & self- assertion in first grad high school boy students. *Educational science & psychology Journal in Shahid Chamran Ahvaz University* 1385; p3, 13(1): 111-124. (Persian).
17. Stravynski A, Bond S, Amado D. Cognitive causes of social phobia: A critical appraisal. *Clinical Psychology Review* 2004; 24: 421–440.
18. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behavior Research and Therapy* 2003; 41: 991–1007.
19. McEvoy PM, Perini SJ. cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without training: A controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders* 2009; 23: 519-528.
20. McManus F, Clark DM, Grey N, Wild J, Hirsch C, Fennell M, et al. A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 2009; 23: 496–503.
21. Ezady Fard R, Sepasy Ashtiany M. Effectiveness of cognitive-Behavior with skill problem solving educating on decreasing of Exam anxiety syndrome. *Behavior science Journal* 1389; 4(1): 23-27. (Persian).
22. Purehsan FS, saed O. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) on reduction of social phobia. *Proscenia Social and Behavioral Sciences* 2010; 5: 1694–1697.
23. Malyani M, Shaeiri MR, Ghaedi GH, Bakhtiari M, tativoli A. Effectiveness of Cognitive-Behavioral group therapy according Heimberg model to in decreasing of social anxiety syndrome. *Psychiatry & clinical psychology journal* 1388; 15(1): 42-49. (Persian).
24. Schleismann KD, Gillis JM, University A. The Treatment of Social Phobia in a Young Boy with Asperger's Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2011; pp: 1-15.
25. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behavior Research and Therapy* 2003; 41: 991–1007.

26. Mo`rtberg 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.
27. Beidel DC, Turner SM, Young J. Social Effectiveness Therapy for Children: Five Years Later. *Behavior Therapy* 2006; 37: 416 - 425.
28. Masan Abadi T. *The survey of Actualizing & validity; reliability & modeling of Social Anxiety Questionnaire in student of Tehran high school*. Thesis for perception of Master degree of psychometrics major in Central Tehran Azad University; 1388. (Persian).
29. Shafiey N. *Normalization of Social Anxiety Inventory among students in Mashhad city*. thesis for getting master degree. Allame Tabatabaey University; 1386. (Persian).
30. Gallagher HM, Rabian BA, McCloskey MS. A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Anxiety Disorders* 2004; 18: 459-479.
31. Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, Holt CS, Welkowitz LA, et al. Cognitive Behavioral Group Therapy vs. Phenelzine Therapy for Social Phobia 12-Week Outcome. *Archive general psychiatry*, vole 55, 1998; PP: 1133-1141.
32. Vakilian S, Ghanbari Hashem Abadi BA. The survey of Effectiveness of assimilates Cognitive-Behavioral group therapy & social skills training on negative evaluation phobia & social avoidance. *Clinical psychology* 1388; 1(2):11-28. (Persian).
33. Vakilian S, Ghanbari Hashem Abadi BA, Tabatabayi M. The surveys of Effectiveness of assimilate Cognitive-Behavioral group therapy & social skills training on treatment of collegian social phobia. *Mental health doctrine Journal* 1387; 10(2): 87-97. (Persian).
34. Laposa J M, Rector N A. A prospective examination of predictors of post-event processing following videotaped exposures in group cognitive behavioural therapy for individuals with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 2011; 25: 568-573.

Daneshvar

Medicine

*Scientific-Research
Journal of Shahed
University
Seventeenth Year,
No.96
December, January
2011-2012*

Received: 10/8/2011

Last revised: 7/11/2011

Accepted: 4/1/2012

Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on social anxiety of female students

Zahedeh Rahmanian^{1*}, Bahram Mirzaian², Ramazan Hassanzadeh³

1. MA Student of Clinical Psychology, Islamic Azad University of Sari, Sari, Iran.
2. Assistant Professor - Islamic Azad University of Sari, Sari, Iran.
3. Associate Professor - Islamic Azad University of Sari, Sari, Iran.

E-mail: z7911529@yahoo.com

Abstract

Background and Objective: Since the social, individual and psychological effects of social anxiety could damage functioning of many children and teenagers, we decided to survey the effectiveness of cognitive-behavioral group therapy for social anxiety of female students.

Materials and Methods: Method of this study was an experimental type. After performing social anxiety inventory, clinical interview based on DSM-IV-TR was conducted and 18 students (n = 9 for each group) were randomly selected in two groups; experimental group (cognitive-behavioral group therapy) and control group (no treatment). After 12-session treatment (2 hours/session), social anxiety inventory was repeated as a post-test in both groups.

Results: The statistical t-test results showed that there were significant differences between the experimental and control groups regarding social anxiety with 99% confidence and with 95% confidence the clients could save the result of treatment until a month later.

Conclusion: Cognitive-behavioral group therapy must be effective on social anxiety in fifth-grade female students.

Key words: Cognitive-behavioral group therapy, Social anxiety, students