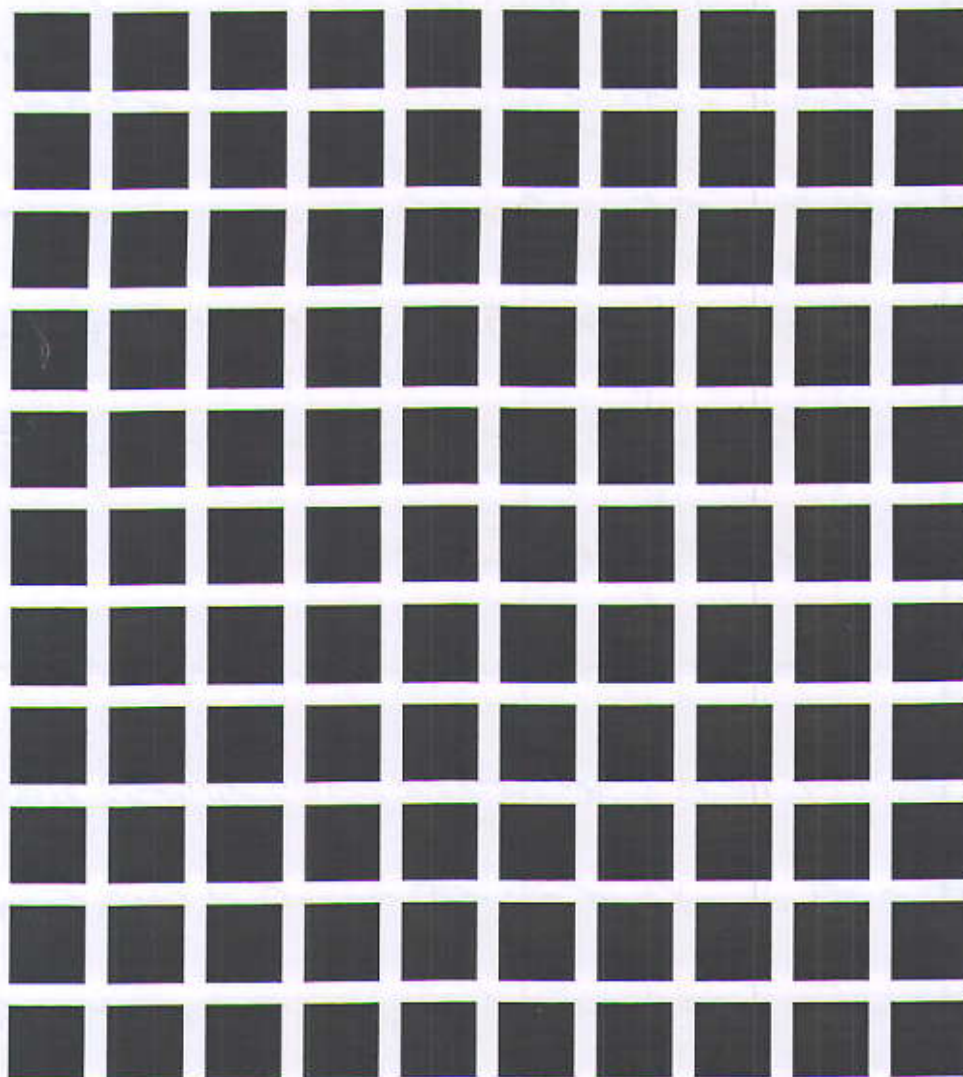


مجله

علوم روانشناختی

تحولی . بالینی . پرورشی . اجتماعی



نشریه «علمی - پژوهشی» علوم روانشناختی

در این شماره:

سخن سردیر ۲۸۱
شرایط روانشناختی رانندگی

ساخت و هنجاریابی پرسشنامه مدیریت زمان و بررسی
رابطه آن با اضطراب، عملکرد تحصیلی و سلامت
عمومی دانش آموزان دبیرستانی دختر / دکتر فرهاد
شقایق، دکتر احمد علی پور، فریبا رضوی ۲۸۳

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر
مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب
اجتماعی و کارآزمایی بالینی آن / دکتر مهدیه عطری
فرد، دکتر محمدرضا شعیری ۲۹۹

رابطه خودکارآمدبنداری عاطفی و باورهای
فراشناختی با اضطراب آماری / وحید منطری توکلی،
دکتر محمدعلی بشارت، دکتر حمدالله منطری توکلی ۳۲۰

بررسی قابلیت اعتماد و درستی پرسشنامه نهایی خواهی
والدگری / دکتر قوام ملتفت ۳۳۵

بررسی رابطه خودمتمایزسازی و سلامت روانی در
دانشجویان / سیاوش کیانی، محسن دهقانی اشکذری، احمد
احمدی قوزلوجه ۳۴۶

نقش سبکهای مقابله مذهبی در تبیین سلامت
روانی دانش آموزان / دکتر قدسی احقر ۳۶۰

بررسی درستی و قابلیت اعتماد مقیاس اعتیاد
نوجوانان دانش آموز به بازی های رایانه ای / دکتر
یاسمین عابدینی، مریم حق بین ۳۷۵

- پاسخ و تصریح:
گستره و مفهوم کنونی خلالت ۳۹۱

لغت نامه ۴۰۱

همایش های علمی ۴۰۳

چکیده های انگلیسی ۴۰۹

اشتراک سالانه:

۷۰۰۰۰ ریال، ۴ شماره

دانشجویان: ۴۰۰۰۰ ریال - تک شماره: ۱۹۰۰۰ ریال

پست الکترونیک: Irpsychoscience@yahoo.com

مجله

علوم روانشناختی

فصلنامه علمی-پژوهشی

شماره ۴۳

دکتر محمود منصور

(سردیر، صاحب امتیاز و مدیر مسؤول)

هیأت علمی مجله:

دکتر رضایوز حسین (دانشیار دانشگاه تهران)

دکتر محمد خدایاری فرد (دانشیار دانشگاه تهران)

دکتر مینا راد (استاد دانشگاه رن دکارت، سوئیس)

دکتر حسین شکر کن (استاد دانشگاه شهید چمران)

دکتر محسن شکوهی یکتا (دانشیار دانشگاه تهران)

دکتر علی صاحبی (دانشیار دانشگاه فردوسی)

دکتر سید وحید عقیلی (دانشیار دانشگاه آزاد اسلامی)

دکتر مرتضی کتبی (استاد دانشگاه تهران)

دکتر رضا کریمی نوری (دانشیار دانشگاه تهران)

دکتر مهرداد کلانتری (دانشیار دانشگاه اصفهان)

دکتر کتابون منصور (دانشگاه ورسای- سن گالن)

دکتر محمدصادق مهدوی (استاد دانشگاه آزاد اسلامی)

مدیر اجرایی:

دکتر س. ارشادی منش

همانگی و پیشبرد:

دکتر ف. منصور

دکتر ق. احقر

ف. کیقبادی

حروف چین و صفحه آرا:

زهره سمرقندی

چاپخانه دانشگاه تهران

کارگر شمالی، خیابان شانزدهم

نشانی سردیر: ارتباط و مکاتبه:

دانشکده روانشناسی، دانشگاه تهران

نشانی مجله:

جلال آل احمد، دوبروی کوی نصر، اول لیم

بنابر نامه شماره ۳/۹۱۰۴ مورخ ۸۵/۹/۲۵ براساس رای کمیسیون نشریات علمی کشور در وزارت
علوم، تحقیقات و فن آوری، مجله علوم روانشناختی از درجه علمی- پژوهشی برخوردار است.

تاریخ تمدید اعتبار درجه علمی- پژوهشی: ۱۳۸۹/۱/۲۹

دارای نمایه ISC از سال ۱۳۸۲

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و کارآزمایی بالینی آن

* دکتر مهدیه عطری فرد

** دکتر محمدرضا شعیری

چکیده

پیشینه درمان شناختی رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی، بر الگوهای مبتنی بر مواجهه با «موقعیت» و مواجهه با «خود- موقعیت» متمرکز بوده است. این الگوها، نقادی‌هایی را به همراه داشته‌اند. در این رابطه، موسکویچ (۲۰۰۹) مدعی است که درمان‌های کنونی، تنها بر مواجهه با «موقعیت» متکی هستند و نیمرخ خاص هر بیمار را در نظر نمی‌گیرند، بنابراین بیماران دارای اختلال اضطراب اجتماعی، در انتهای درمان نشانه‌دار باقی می‌مانند یا به یک راهنمای درمانی واحد، به صورت متفاوتی پاسخ می‌دهند. از اینرو، وی ترس از مواجهه با «خود» را به جای ترس از مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی فی‌نفسه، ترس اساسی در اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته و مواجهه با «خود» را اساس درمان پیشنهاد کرده است. مطابق آنچه گفته شد و براساس انتقادات و پیشنهادهای موجود در پیشینه پژوهشی، در این مطالعه، ابتدا یک الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود»، برای درمان

* دکترای روانشناسی

** دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد

اختلال اضطراب اجتماعی طراحی و سپس، اثربخشی مقدماتی الگوی درمانی طراحی شده در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، بررسی شد. بدین‌خاطر، ۱۲ آزمودنی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، براساس «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN) و «مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس DSM-IV» (SCID-IV) انتخاب شدند. ۶ نفر از مبتلایان یاد شده، به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و ۶ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش بر اساس الگوی طراحی شده تحت درمان قرار گرفت و گروه کنترل در انتظار ماند. واری‌ها نشان داد که دو گروه از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تا بودند. آزمودنی‌ها قبل از شروع و بعد از اتمام مداخله/ انتظار، (SPIN)، «مقیاس تصویر خود منفی» (NSPS)، «مقیاس بررسی فراوانی اجتناب ظریف» (SAFE) را تکمیل کردند. نتایج تحلیل‌ها نشان می‌دهد که تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی- رفتاری براساس مواجهه با خود) بر متغیر وابسته (NSPS، SAFE، SPIN) معنادار است. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود بر کاهش مؤلفه‌های مختلف اختلال اضطراب اجتماعی است.

واژه-کلیدها: اختلال اضطراب اجتماعی، خود- ادراکی منفی، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی، اختلالی است که دربرگیرنده دیدگاه منفی و تحریف شده‌ای از «خود» است (کلارک^۱ و ولز^۲، ۱۹۹۵؛ رابی^۳ و هیمبرگ^۴، ۱۹۹۷؛ هوک^۵ و والتیر^۶، ۲۰۰۲). تا جایی که خود- ادراکی منفی را نیروی محرک نشانه‌های رفتاری و جسمانی مقاوم و غالباً فرساینده‌ای در نظر می‌گیرند که مشخصه این اختلال می‌باشد (آر^۷ و موسکویچ^۸، ۲۰۱۰). بدین‌خاطر، اعتقاد بر این است که درمان مؤثر برای اختلال مذکور، تمایل به کاهش توجه منفی متمرکز بر «خود» و اصلاح خود- ادراکی منفی دارد (وودی^۹ و همکاران، ۱۹۹۷؛ هافمن^{۱۰} و همکاران، ۲۰۰۴؛ موسکویچ^{۱۱}، ۲۰۰۹؛ آر و موسکویچ^{۱۲}، ۲۰۱۰).

با توجه به آنچه گفته شد، طی دهه‌های اخیر، مفهوم‌سازی‌های متفاوتی از «خود» در بین

مدل‌های شناختی و شناختی-رفتاری از اختلال اضطراب اجتماعی مطرح شده است (به‌طور مثال، کلارک و ولز، ۱۹۹۵؛ رابی و هیمبرگ، ۱۹۹۷؛ هافمن، ۲۰۰۷؛ موسکویچ، ۲۰۰۹) که هر کدام به نوعی بر نقش اساسی خود-ادراکی منفی در تحول و حفظ نشانه‌های اضطراب در اضطراب اجتماعی تأکید می‌کنند. به‌طور نمونه، در مدل کلارک و ولز (۱۹۹۵) و رابی و هیمبرگ (۱۹۹۷)، ضمن اشاره به نقش بازنمایی‌های ذهنی از «خود» در حفظ اضطراب، مواجهه با «موقعیت» غلبه دارد. در مدل هافمن (۲۰۰۷) نیز «خود» در حفظ اضطراب اجتماعی، نقش بارزتری نسبت به مدل‌های پیشین دارد ولی مواجهه با «خود»، به‌طور کلی و با تأکید بیشتر بر ابعاد ظاهری «خود»، در کنار مواجهه با «موقعیت» صورت می‌گیرد و بالاخره در مدل موسکویچ (۲۰۰۹)، «خود» نقش قابل توجهی ایفا می‌کند.

موسکویچ (۲۰۰۹) با تکیه بر نتایج پژوهشی (هیمبرگ و همکاران، ۱۹۹۸؛ اوتو^۱ و همکاران، ۲۰۰۰؛ دیویدسون^۲ و همکاران، ۲۰۰۴) و همچنین نظرگاه پرسونس^۳ (۲۰۰۵) مبنی بر مطابقت درمان با نمرخ نشانه‌های منحصر به فرد هر بیمار به‌طور انفرادی، دلیل نشانه دار ماندن بیماران در انتهای درمان و متفاوت بودن پاسخ بیماران دارای یک تشخیص مشترک (اختلال اضطراب اجتماعی) به یک راهنمای درمانی را، به طراحی درمان‌های کنونی براساس مواجهه صرف با «موقعیت» و عدم نظر نگرفتن نمرخ خاص هر بیمار نسبت می‌دهد. وی با مطرح کردن اصطلاح «خودی» که از آن ترسیده می‌شود برای اولین بار، بحث می‌کند که ریشه این اختلال، در ارزیابی‌های مسئله‌دار فرد از «خود» و نه ناشی از ارزیابی‌های وی از «موقعیت» است. بنابراین، در موقعیت‌های اجتماعی، ترس از مواجهه با «خود»؛ یعنی رویارویی با نقایص ادراک شده «خود» در ۴ حوزه- «نقایص ادراک شده در مهارت‌های اجتماعی و رفتار»، «شکست در پنهان کردن علائم قابل مشاهده اضطراب»، «نقایص ادراک شده در ظاهر فیزیکی»، و «نقایص ادراک شده شخصیتی»- به جای ترس از مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی فی‌نفسه است که ترس اساسی در اختلال اضطراب اجتماعی را بازنمایی می‌کند. پس مواجهه با «خود» اساس درمان است (موسکویچ، ۲۰۰۹). البته لازم به ذکر است که در مدل مذکور، طی فرآیندی که در زیر بدان پرداخته می‌شود، موقعیت‌ها چارچوبی را شکل می‌دهند که طی آن مواجهه با «خود» اتفاق می‌افتد.

در تبادل نظری که نویسندگان این مقاله با موسکویچ، براساس نظرگاه وی (موسکویچ، ۲۰۰۹) انجام داده‌اند، چرخه ایجاد اضطراب (شکل ۱) در اختلال مذکور بدین ترتیب است: فرد مستعد اختلال اضطراب اجتماعی، به‌طور اساسی، ویژگی‌های خودش را در ۴ بُعد مذکور، ناقص، ناکارآمد یا متضاد با معیارها و هنجارهای اجتماعی درک می‌کند. این فرد، وقتی در موقعیت‌های آغاز کننده قرار می‌گیرد یا فعالیت‌هایی انجام می‌دهد که طی آن‌ها، احتمال برملا شدن نقایص، ناکارآمدی یا تضاد با هنجارهای اجتماعی در ۴ بُعد مورد نظر هست (پیکان ۱ الف)، توجهش برانگیخته می‌شود (پیکان ۲ الف). این توجه، از یکطرف به سمت موقعیت (معیارها و هنجارهای موقعیت و انتظارات دیگران از آن‌ها) (پیکان ۳ الف) و از طرف دیگر به خودش (نقایص ادراک شده «خود») (پیکان ۲ ب) معطوف می‌شود، در نتیجه، فرد تضاد ویژگی‌هایش را با معیارها، هنجارها و انتظارات دیگران بیشتر می‌بیند (پیکان ۱ ب). بنابراین، بر روی ویژگی‌های خودش بیشتر متمرکز می‌شود (پیکان ۲ ب)، طوری که هر چه بیشتر بر این ویژگی‌ها تمرکز می‌کند، آن‌ها را ناقص‌تر ادراک می‌کند - لازم به ذکر است که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی غالباً می‌توانند به‌طور همزمان، نگرانی‌هایی را در ۴ بُعد تجربه کنند یا یک رابطه سلسله‌مراتبی در میان این ۴ بُعد می‌تواند وجود داشته باشد. در نتیجه ادراک ناقص‌تر این ویژگی‌ها، فرد، احتمال برملا شدن این نقایص را بیشتر برآورد می‌کند و از آنجایی که بر این باور است که پیامد برملا شدن نقایصش، ارزیابی منفی توسط دیگران، طرد، شرمندگی، و از دست دادن منزلت اجتماعی و غیره است (یعنی پیامدهای فاجعه‌آمیز)، (پیکان ۴) دچار اضطراب می‌شود (پیکان ۵). در این حالت (اضطراب)، فرد ویژگی‌های خودش را در ۴ حوزه مذکور، ناکارآمدتر می‌بیند (پیکان ۶)، اضطراب بیشتر می‌شود (پیکان ۷) و در نتیجه با استفاده از رفتارهای ایمن‌بخش، راهبردهای خودحمایتی و پنهان‌کاری آن ویژگی‌ها، از برملا شدن و آشکار شدن آن‌ها جلوگیری می‌کند (پیکان ۸). پس اینکه یک موقعیت خاصی، تهدیدکننده تصور شود، به شکل اساسی، بستگی به طبیعت ویژگی‌های ترس‌آور «خود» فرد و اعتقاد او به موفقیت در پوشاندن این ویژگی‌ها از افشا شدن عمومی دارد. ولی حتی بعد از اینکه فرد با استفاده از رفتارهای ایمن‌بخش، راهبردهای خودحمایتی و پنهان‌کاری آن ویژگی‌ها، از برملا شدن و آشکار شدن آن‌ها جلوگیری می‌کند، مشکل تمام نمی‌شود. پس از آن، فرد تمایل دارد

که درباره ویژگی‌هایی که آن‌ها را ناکارآمد یا متضاد با هنجارها درک کرده است، زیاد فکر کند (نشخوارگری فکری) (پیکان ۹). نشخوارگری فقط امور را بدتر می‌کند (پیکان ۱۰ و آغاز دوباره چرخه) و فرد را مضطرب‌تر می‌سازد و باعث می‌شود که از موقعیت‌های آینده که در آن‌ها احتمال بر ملا شدن ویژگی‌هایش هست، اجتناب کند و اگر هم در آن قرار بگیری، سبک دوباره آغاز می‌شود.

پس براساس این مدل، مداخله شناختی رفتاری برای این اختلال باید به گونه‌ای طراحی شود تا فرد طی مواجهه با ۴ بُعد یاد شده با توجه به شرایط «خود»، یاد بگیرد که با ویژگی‌های خودش که آن‌ها را منفی می‌پندارد، مواجه شود، افکار منفی درباره خودش را تغییر دهد، بداند برای عملکرد در موقعیت‌های اجتماعی، لازم نیست کامل باشد، و با آنچه هست، احساس آرامش بکند. همین‌طور به نتیجه برسد که ویژگی‌هایش آنقدر که فکر می‌کرده، متضاد با هنجارهای جامعه و انتظارات دیگران نیست و اگر هم نقصی وجود داشته باشد، پیامد بر ملا شدن این نقائص، وحشتناک نیست. از این‌رو، از موقعیت‌هایی که در آن‌ها احتمال بر ملا شدن نقایص احتمالی ویژگی‌هایش هست و همچنین از بر ملا شدن نقائص ادراک شده در ویژگی‌هایش، اجتناب نمی‌کند، در موقعیت می‌ماند و به عملکردش می‌پردازد و یاد می‌گیرد که پس از اتمام آن، درباره خودش، منفی فکر نکند. در این رابطه، مرور پیشینه پژوهشی نشان می‌دهد که درمان‌های شناختی- رفتاری با تمرکز بر دو عنصر مواجهه و بازسازی شناختی (یک^۱ و امری^{۱۵}، ۱۹۸۵؛ آبرامویتز^{۱۶} و همکاران، ۲۰۰۹)، شکل مؤثر مداخله برای اختلال اضطراب اجتماعی هستند (همبرگ و بکر^{۱۷}، ۲۰۰۲؛ مک اوئی^{۱۸}، ۲۰۰۷) و هنوز نیاز به پیشرفت دارند (هافمن، ۲۰۰۷)؛ طوریکه هرچه راهبردهای مداخله‌ای، برای درمان اختلال مورد نظر، اختصاصی‌تر باشند، نتایج درمانی بهبود می‌یابند (هافمن، ۲۰۰۷). بنابراین، در مطالعه حاضر، به منظور طراحی یک الگوی درمانی، تلاش بر این بوده است که با تمرکز بر عنصر مواجهه - آن‌هم به شکل مواجهه با ۴ بُعد «خود» - و بازسازی شناختی، دید فرد راجع به نقائص ادراک شده در هر ۴ بُعد «خود» به‌طور مشخص و جداگانه اصلاح شود. بنابراین، باز هم در بحث و تبادل نظر با موسکویچ با توجه به الگوی نظری مطرح شده (موسکویچ، ۲۰۰۹)، ۴ نوع تکنیک مواجهه با ۴ بُعد «خود» مطرح می‌شود که در قالب هر یک، بازسازی شناختی نیز صورت می‌گیرد.

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

در مجموع، با توجه به اینکه نظرگاه موسکویچ (۲۰۰۹) برای اولین بار، نشانه رفتن صریح ویژگی‌های ادراک شده «خود» و به عبارت دیگر، مواجهه با «خود» را اساس درمان شناختی- رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی مطرح می‌کند و با توجه به نبود راهنمای درمانی برای این دیدگاه و نظر به اینکه مواجهه با «موقعیت» در الگوی درمانی هیمبرگ (راپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷) و مواجهه با «خود- موقعیت» در الگوی درمانی هافمن (هافمن، ۲۰۰۷)، دارای ابعاد و تکنیک‌هایی بوده که می‌توانند زمینه مناسب را برای هر نوع طراحی فراهم سازند، مؤلفان این مقاله در تبادل نظر با موسکویچ، گام نخست خود را با توجه به نبود راهنمای درمانی برای این دیدگاه، طراحی مدل درمان شناختی رفتاری قرار داده‌اند که هدف اساسی‌اش؛ مواجهه با «خود» بوده است. در این راستا، شاید این سؤال، ذهن برخی از خوانندگان را به خود معطوف کند که در جایی که مدل درمانی مواجهه با «خود- موقعیت» با دربرداشتن هر دو نوع مواجهه؛ یعنی مواجهه با «خود- موقعیت»، طراحی و بررسی شده است، جایگاه الگوی درمانی مواجهه با «خود» چیست؟ در پاسخ به این سؤال، توضیح این نکته ضروری است که مطرح بودن هر دو نوع مواجهه در الگوی درمانی مواجهه با «خود- موقعیت» (هافمن، ۲۰۰۷)، بیانگر جامعیت مدل مذکور نیست. چه، مدل درمانی هافمن (۲۰۰۷) در پی فرآیند تحول درمان‌های شناختی رفتاری خاص اختلال اضطراب اجتماعی به منصه ظهور رسیده است؛ جایی که حرکت از نقطه مواجهه غالب با «موقعیت» آغاز می‌شود و به سمت مواجهه غالب با «خود» در جریان است و در این بین، پیدایش الگوی مواجهه «خود- موقعیت» (هافمن، ۲۰۰۷)، به منزله یک وهله بینابینی در نظر گرفته می‌شود. بنابراین با توجه به آنچه گفته شد، الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» به ترتیب زیر طراحی شده است:

○ رنوس کلی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود»

قابل توضیح است که در طراحی این راهنمای درمانی، علاوه بر نظریه موسکویچ (۲۰۰۹)، تبادل نظر مستمر با موسکویچ، و نیم نگاهی به الگوهای درمانی هیمبرگ (هوپ^۱ و همکاران، ۲۰۰۰ و ۲۰۰۶) و هافمن (هافمن و اوتو، ۲۰۰۸) مدنظر بوده است. بنابراین برخی تکنیک‌ها از واریسی‌های پژوهشی و یا الگوهای درمانی اضطراب اجتماعی وام گرفته شده، اما برخی دیگر در جلوه‌ای تازه و در کل یک چارچوب ویژه، متکی بر نظرگاه موسکویچ (۲۰۰۹) طراحی

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

شده است. لازم به ذکر است که در طراحی این مدل درمانی، برای مواجهه با هر بُعد «خود»، تکنیک درمانی خاص آن بُعد به کار گرفته شده است.

این درمان، طی ۵ تا ۱۵ جلسه ۱ ساعته و به صورت انفرادی طراحی شده است. دلیل نوسان تعداد جلسات، به شرایط مراجع بازمی گردد؛ چرا که ممکن است هر فرد، از بین ۴ بُعد مطرح شده «خود»، در یک تا حداکثر چهار بُعد، خود را دارای مشکلات و نقایصی ببیند. رئوس کلی جلسات به ترتیب زیر است:

- جلسه اول و دوم: برقراری رابطه درمانی - بحث درباره الگوی درمانی با تأکید خاص بر نقش «خود» و ترس از ۴ بُعد آن در ایجاد اضطراب اجتماعی - ارزیابی شناختی رفتاری - بحث درباره مؤلفه های اضطراب و درمان - تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب به طور کلی - تمرین خانگی برای ثبت خودنظارتگری های مراجع در سه حوزه شناخت، رفتار و احساس در هنگامی که دچار اضطراب اجتماعی می شود.

- جلسات سوم تا پنجم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله مراتب ترس و اجتناب براساس برملا شدن نقائص ادراک شده در پنهان کاری علائم بالقوه قابل مشاهده اضطراب و بازسازی شناختی مرتبط با آن - انجام مواجهه درون جلسه براساس این بُعد - تمرین خانگی در ارتباط با بُعد مذکور.

تبصره: ورود به جلسات ششم تا هشتم، منوط به این است که فرد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، نقائصی را در ظاهر فیزیکی اش ادراک کند.

- جلسات ششم تا هشتم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله مراتب ترس و اجتناب براساس برملا شدن نقائص ادراک شده در ظاهر فیزیکی و بازسازی شناختی مرتبط با آن است - انجام مواجهه درون جلسه براساس این بُعد - تمرین خانگی در ارتباط با بُعد مذکور.

تبصره: ورود به جلسات نهم تا یازدهم، منوط به این است که فرد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، نقائصی را در مهارت ها و رفتارهای اجتماعی اش ادراک کند.

- جلسات نهم تا یازدهم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله مراتب ترس و اجتناب براساس برملا شدن نقائص ادراک شده در مهارت ها و رفتارهای اجتماعی و بازسازی شناختی مرتبط با آن - انجام مواجهه درون جلسه براساس این بُعد - تمرین خانگی در ارتباط با بُعد مذکور.

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

تبصره: ورود به جلسات دوازدهم تا چهاردهم، منوط به این است که فرد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، نقایصی را در ویژگی‌های شخصیتی‌اش ادراک کند.

- جلسات دوازدهم تا چهاردهم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله‌مراتب ترس و اجتناب براساس برملاشدن نقائص ادراک شده در شخصیت و بازسازی شناختی مرتبط با آن - انجام مواجهه درون جلسه براساس این بعد - تمرین خانگی در ارتباط با بعد مذکور.

- جلسه پانزدهم: مرور میزان پیشرفت فرد - تأکید بر کارکرد مستقل و مهارت‌های مثبتی که بیمار یاد گرفته است - بحث درباره احتمال بازگشت اضطراب - تعیین پاسخ‌های منطقی که فرد می‌خواهد تداوم یابد و خاتمه درمان.

لازم به ذکر است که در پی طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مذکور، این پرسش مطرح می‌باشد که آیا به کارگیری این الگوی درمانی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی، می‌تواند بهبود نشانه‌های مبتلایان را سبب شود؟ پس گام بعدی در مطالعه حاضر، تعیین اثربخشی مقدماتی الگوی درمانی طراحی شده در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی است.

روش‌شناسی

الف- طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع شبه‌تجربی با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیش‌آزمون - پس‌آزمون است. بنابراین در این طرح، متغیر مستقل، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» و متغیر وابسته، میزان اضطراب اجتماعی در نظر گرفته می‌شود.

ب- جامعه آماری، گروه‌های نمونه و روند اجرای پژوهش: جامعه آماری پژوهش حاضر، دربرگیرنده تمامی دانشجویان دختر و پسر ۱۸-۳۰ ساله شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ در دانشگاه‌های شاهد و تهران بوده که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بوده‌اند.

نمونه مطالعه حاضر نیز دربرگیرنده ۲ گروه (یک گروه درمان و یک گروه کنترل) است که تعداد آزمودنی‌های هر گروه، ۶ نفر و در مجموع، ۱۲ آزمودنی برای این مطالعه در نظر

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

گرفته شد. لازم به ذکر است که نمونه گیری در سه مرحله انجام گردید. مرحله اول دربرگیرنده یک سرند کلی بود که طی آن، «پرسشنامه هراس اجتماعی»^{۲۰} (SPIN) (کونور^{۲۱} و همکاران، ۲۰۰۰) بر روی ۱۱۴۸ دانشجو اجرا گردید و انتخاب افراد براساس یک نمره انحراف معیار بالاتر از میانگین SPIN در سرند اولیه در این مطالعه و مطالعات قبلی (حسنوند عموزاده، ۱۳۸۹) بود (نمره ۲۷/۵ برای دانشجویان پسر و نمره ۲۴/۸۸ برای دانشجویان دختر). از اینرو، در مرحله اول نمونه گیری، از اجرای ۱۱۴۸ پرسشنامه، ۱۳۶ نفر، نمره لازم را کسب کردند که از بین آن‌ها ۵۳ نفر حاضر به شرکت در مرحله بعد شدند. در مرحله دوم، برای تأیید تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و جنبه های افتراقی آن در نمونه حاصل از مرحله نخست، «مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس DSM-IV»^{۲۲} (SCID-IV) (فیرست^{۲۳} و همکاران، ۱۹۹۶، ۱۳۸۹) انجام گرفت و تنها ۳۸ نفر (۷۱٪) دارای اختلال اضطراب اجتماعی بودند که وارد مرحله بعد شدند. در مرحله سوم، نیز از بین ۳۸ نفر مرحله قبلی، با توجه به آمادگی و همکاری مستمر آزمودنی ها، ۱۰ نفر در لیست انتظار ماندند و جزء گروه کنترل قرار گرفتند و ۱۰ نفر نیز به تصادف به گروه درمانی اختصاص داده شدند. در مجموع، تا پایان مطالعه، با توجه به ۴ نفر افت در گروه آزمایش، ۶ نفر تا پایان، در مطالعه شرکت کردند و در گروه کنترل نیز از بین ۱۰ نفر مذکور، تعداد ۶ آزمودنی در ارزیابی پس آزمون به تصادف مشابه گروه آزمایش تنظیم و در مجموع، ۱۲ نفر در مطالعه شرکت داشتند.

قابل توجه است که ملاک های شمول آزمودنی ها عبارت بود از: شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی دانشگاه های شاهد و تهران؛ دارای محدوده سنی ۱۸-۳۰؛ دارای نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی براساس «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN) (کونور و همکاران، ۲۰۰۰) و SCID-IV (فیرست و همکاران، ۱۹۹۶، ۱۳۸۹)؛ در صورت استفاده همزمان دارودرمانی، کناره گیری از دارو با هماهنگی پزشک مسئول قبل از شروع درمان یا دریافت دوز دارویی ثابت سه ماه قبل از ارزیابی تشخیصی. همچنین ملاک های عدم شمول به این ترتیب بود: دریافت درمان دارویی یا غیر دارویی مشابه در گذشته در رابطه با اختلال اضطراب اجتماعی؛ دریافت درمان دارویی و غیر دارویی دیگر در رابطه با سایر مشکلات روانشناختی، به طور همزمان با مطالعه حاضر؛ استفاده از داروهای روانگردان؛ دریافت تشخیص فعلی اختلال

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

افسردگی عمده، دوقطبی، سایکوتیک، وابستگی به مواد یا الکل، یا صرع؛ دریافت تشخیصی برای اختلالات محور II؛ داشتن نیاز به توجه فوری مثلاً کسانی که برای خودشان یا دیگری تهدید فوری ایجاد می‌کنند یا رفتارهای آسیب‌زننده به خود دارند.

همچنین روند اجرای پژوهش هم طی مراحل ذیل انجام شده است:

۱) سرند کلی و انتخاب نمونه مورد مطالعه؛ ۲) انجام مصاحبه بر اساس SCID-IV (فیرست و همکاران، ۱۹۹۶، ۱۳۸۹)؛ ۳) جایگزینی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش آزمون بر اساس ابزارهای مورد استفاده؛ ۴) اجرای جلسات درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی طراحی شده مبتنی بر دیدگاه موسکویچ (۲۰۰۹) در مورد گروه آزمایش و در انتظار ماندن گروه کنترل در طول مدت ارائه درمان به گروه آزمایش؛ و ۵) بعد از اتمام درمان/انتظار، اجرای پس آزمون بر اساس ابزارهای مورد استفاده.

ج- ابزارهای پژوهش:

۱- مصاحبه تشخیصی مبتنی بر SCID-IV (فیرست و همکاران، ۱۹۹۶، ۱۳۸۹): مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و به منظور تشخیص اختلالات روانی، به صورت ساختاریافته طراحی شده است و به واسطه آن با پرسش درباره نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، تشخیص اضطراب اجتماعی تأیید می‌گردد. لازم به ذکر است که موارد تشخیص افتراقی در این ارتباط، مطابق DSM-IV مدنظر قرار گرفته‌اند.

۲- «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN) (کونور و همکاران، ۲۰۰۰): این پرسشنامه، یک ابزار خود گزارش دهی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده‌مقیاس ترس، اجتناب، و ناراحتی فیزیولوژیکی است. SPIN بر اساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای- به هیچ وجه (۰) تا خیلی زیاد (۴) - درجه‌بندی می‌شود. کونور و همکاران (۲۰۰۰) ضریب بازآزمایی SPIN را بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن را ۰/۸۲-۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز، در پژوهش حسوند عموزاده و همکاران (۱۳۸۹)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن، ۰/۶۸ و درستی همگرایی خرده‌مقیاس‌های آن، بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ می‌باشد (حسوند عموزاده و همکاران، ۱۳۸۹).

۳- «مقیاس تصویر خود منفی»^{۲۲} (NSPS) (موسکویچ و هایدنر^{۲۵}، ۲۰۱۱): این ابزار، مقیاسی

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

شامل ۲۷ عبارت است که پاسخ به هر عبارت، در دامنه (۱) «اصلاً نگران نیستم» تا (۵) «خیلی زیاد نگرانم» درجه بندی می شود. نمره کل، حاصل جمع نمره تمامی آیتم هاست. نتایج تحلیل های عاملی موسکویچ و هایدر (۲۰۱۱) بیانگر وجود سه خرده مقیاس نگرانی درباره (۱) کفایت اجتماعی؛ (۲) ظاهر فیزیکی؛ و (۳) علائم اضطراب است. آلفای کرونباخ کل این مقیاس و خرده مقیاس های آن بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ است. ضریب بازآزمایی کل این مقیاس در فاصله یک هفته، نیز $r = 0.75$ گزارش شده است. بررسی درستی همگرایی NSPS با سایر مقیاس های این حوزه، بین ۰/۷۳ تا ۰/۶۳ بوده است (موسکویچ و هایدر، ۲۰۱۱). بررسی مقدماتی بر روی این مقیاس در نمونه غیربالینی ایرانی بیانگر آن است که آلفای کرونباخ این سه خرده مقیاس و نمره کل در دامنه ۰/۹۳ - ۰/۷۷ قرار دارد. در بررسی درستی سازه این مقیاس با دیگر مقیاس های اضطراب اجتماعی، ضرایب همبستگی، در دامنه ۰/۲۵ تا ۰/۶۱ $r = 0.61$ و معنادار بوده است (عطری فرد و همکاران، در دست چاپ).

۴- «مقیاس بررسی فراوانی اجتناب ظریف»^{۲۶} (SAFE) (کامینگ^{۲۷} و همکاران، ۲۰۰۹): این ابزار، تمایل پرداختن به رفتارهای ایمنی بخش را در تعاملات اجتماعی می سنجد و شامل ۳۲ عبارت در قالب یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه ای از ۰ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است. این مقیاس دارای سه خرده مقیاس است: «رفتارهای ایمنی بخش فعال»، «محدود کردن ظریف رفتار»، «رفتارهایی که هدفشان اجتناب یا پوشاندن نشانه های جسمانی است». SAFE و خرده مقیاس های آن در مطالعه کامینگ و همکاران (۲۰۰۸)، آلفای کرونباخ ۰/۸۶ تا ۰/۹۱، درستی افتراقی مناسب و درستی همگرایی ۰/۷۰ - ۰/۶۲ $r = 0.62$ را با مقیاس های دیگر اضطراب اجتماعی نشان داده اند. در مطالعه شعیری و همکاران (در دست چاپ) در جمعیت ایرانی نیز آلفای کرونباخ SAFE و خرده مقیاس های آن در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۹۱، ضرایب بازآزمایی از ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ و درستی سازه آن با مقیاس های اضطراب اجتماعی در حد قابل قبول و معناداری (۰/۵۸ - ۰/۳۳ $r = 0.33$) گزارش شده است (شعیری و همکاران، در دست چاپ).

د- شیوه تحلیل داده ها: به منظور تحلیل داده ها، در این پژوهش علاوه بر استفاده از شاخص های توصیفی، از آزمون یومن ویتنی برای مقایسه ۲ گروه آزمایش و کنترل در مقیاس های SPIN، NSPS، SAFE در پیش آزمون و همچنین واریانس تأثیر متغیر مستقل (درمان

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

شناختی رفتاری) بر متغیر وابسته (میزان اضطراب اجتماعی براساس مقیاس های SPIN، NSPS، SAFE)؛ یعنی بررسی تفاوت تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. لازم به ذکر است که دلیل استفاده از آزمون یومن ویتنی برای انجام این تحلیل ها، حجم کم نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه، ۶ نفر) و عدم برقراری مفروضه های لازم برای انجام آزمون پارامتریک بوده است.

یافته ها

به منظور ارائه تصویری روشن تر از یافته های پژوهش، نخست یافته های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش به صورت کلی و به تفکیک جنس آورده شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک جنس دانشجویان

متغیرها	جنس	تعداد	میانگین	انحراف معیار
استاد دینی	دختر	۱۹۲	۶۲/۲۳	۹/۲۹۵
	پسر	۱۵۹	۵۷/۷۰	۱۱/۳۰۳
	کل	۳۵۱	۶۰/۱۸	۱۰/۴۸۵
استاد نه خدا (بعد فعال)	دختر	۱۹۲	۳۲/۰۵	۴/۲۲۹
	پسر	۱۵۹	۳۰/۳	۴/۹۰۱
	کل	۳۵۱	۳۱/۲۶	۴/۶۲۲
استاد نه خدا (بعد منفعل)	دختر	۱۹۲	۳۰/۱۸	۵/۹۲۳
	پسر	۱۵۹	۲۷/۴	۷/۰۳۴
	کل	۳۵۱	۲۸/۹۲	۶/۵۸۹
اضطراب امتحان	دختر	۱۹۱	۴۹/۹۹	۱۲/۷۷۸
	پسر	۱۶۹	۴۵/۵۵	۱۰/۹۸۲
	کل	۳۶۰	۴۷/۹۱	۱۲/۱۵۶
مؤلفه شناختی (مکرم)	دختر	۱۹۱	۲۳/۹۱	۴/۷۴۲
	پسر	۱۶۹	۲۲/۶۰	۴/۰۸۱
	کل	۳۶۰	۲۳/۲۹	۴/۴۸۵
مؤلفه عاطفی (مکرم)	دختر	۱۹۱	۲۶/۰۸	۸/۶۵۳
	پسر	۱۶۹	۲۲/۹۵	۷/۵۲۳
	کل	۳۶۰	۲۴/۶۱	۸/۲۸۱

در این قسمت، ابتدا یافته های توصیفی مرتبط با پرسشنامه ها در دو مرحله پیش آزمون و

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

پس آزمون (جدول ۱) ارائه می شود، سپس به تحلیل داده ها براساس مقیاس های SPIN، NSPS، SAFE پرداخته خواهد شد (جدول ۲).

قبل از ارائه نتایج، لازم به ذکر است که واریس همتا بودن دو گروه از لحاظ متغیرهای جمعیت شناختی حاکی از آن است که از لحاظ سن، دو گروه آزمایش ($SD_1=1/33$)، $M_1=20/83$ و کنترل ($SD_2=1/56$)، $M_2=21/5$ تفاوت معناداری با هم نداشتند ($P=0/21$)، همچنین از لحاظ جنسیت نیز ($\chi^2=2/4$ ، $P=0/12$) با هم همگن بوده اند.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار دو گروه کنترل و آزمایش براساس SPIN، NSPS، SAFE و خرده مقیاس های آن ها در پیش آزمون و پس آزمون

مرحله	پیش آزمون		پس آزمون	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
SPIN (بر سنجش نگرانی اجتماعی)	توس (SPIN, Fear)	گروه مواجهه با خود	۱۳/۵	۴/۳۷
		گروه کنترل	۱۰/۶۷	۲/۰۷
	اجتناب (SPIN, avoid)	گروه مواجهه با خود	۱۴/۱۷	۴/۶۲
		گروه کنترل	۱۳/۶۷	۲/۱۶
	علامه فیزیولوژیکی (SPIN, physio)	گروه مواجهه با خود	۱۰/۱۳	۲/۱۰
		گروه کنترل	۸/۵	۱/۸۷
	نمره کل (SPIN, tot)	گروه مواجهه با خود	۳۷	۵/۴۳
		گروه کنترل	۳۲/۸۳	۴/۰۷
	رفتارهای ایمنی بخش فعال (SAFE, active)	گروه مواجهه با خود	۳۹/۶۷	۵/۶۸
		گروه کنترل	۳۹	۳۹/۶۷
SAFE (مقیاس نگرانی اجتماعی و اضطراب)	محدود کردن ترفیع رفتار (SAFE, subtle)	گروه مواجهه با خود	۴۴/۳۳	۵/۰۸
		گروه کنترل	۴۳	۴۳/۱۷
	رفتارهایی که هدفشان اجتناب یا پوشاندن نشانه های جسمانی است (SAFE, conceal)	گروه مواجهه با خود	۱۴/۵	۵/۹۶
		گروه کنترل	۱۴/۶۷	۳/۸۳
	نمره کل (SAFE, tot)	گروه مواجهه با خود	۹۸/۵	۱۶/۱۳
		گروه کنترل	۹۶/۶۷	۱۳/۷۱
	نگرانی درباره ظاهر فیزیکی (NSPS, physical appearance)	گروه مواجهه با خود	۱۸/۶۷	۹/۰۷
		گروه کنترل	۱۸/۸۳	۹/۹۹
	نگرانی درباره کنایات اجتماعی (NSPS, Social competency)	گروه مواجهه با خود	۳۴/۱۷	۹/۸۲
		گروه کنترل	۳۰/۶۷	۱۰/۸۷
NSPS (مقیاس نگرانی اجتماعی)	نگرانی درباره علامه فیزیولوژیکی (NSPS, Sign of anxiety)	گروه مواجهه با خود	۲۴/۸۳	۷/۸۱
		گروه کنترل	۲۱/۵	۶/۱۶
	نمره کل (NSPS, tot)	گروه مواجهه با خود	۷۷/۶۷	۲۳/۵۹
		گروه کنترل	۷۱	۲۴/۴۰

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی...

نتایج مندرج در جدول شماره (۱) بیانگر آن است که نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس‌های SPIN، NSPS، SAFE در مراحل پیش‌آزمون، تفاوت‌هایی با هم دارند و در مرحله پس‌آزمون، در تمام مقیاس‌ها، نمرات گروه آزمایش، کمتر از گروه کنترل است. به‌منظور واریس معناداری تفاوت این نمرات در مرحله پیش‌آزمون، از آزمون یومن ویتنی استفاده شده است که نتایج نشان می‌دهد تفاوت نمرات دو گروه کنترل و آزمایش براساس مقیاس‌های SPIN، LSAS-SR، BFNE و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها در پیش‌آزمون، معنادار نمی‌باشد ($P > 0.05$) و دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد نظر در پیش‌آزمون همگن می‌باشند. نتایج واریس تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه با استفاده از آزمون یومن ویتنی نیز در جدول شماره (۲) ارائه شده است.

جدول ۲: مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش در SPIN، NSPS، SAFE و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها

مقیاس	شاخص	یومن ویتنی	Z	سطح معناداری
SPIN (بر اساس اجتناب و فزونی)	تربس (SPIN, Fear)	۰	-۲/۸۹	$P < 0.01$
	اجتناب (SPIN, avoid)	۰	-۲/۸۱	$P < 0.01$
	علامه فیزیولوژیکی (SPIN, physio)	۰/۵	-۲/۸۹	$P < 0.01$
	نمره کل (SPIN, tot)	۰	-۲/۸۹	$P < 0.01$
SAFE (مقیاس توانایی اجتناب و پوشاندن نشانه‌ها و تظاهر)	رفتارهای ایمنی بخش فعال (SAFE, active)	۰	-۲/۸۹	$P < 0.01$
	محدود کردن تظاهر رفتار (SAFE, subtle)	۰	-۲/۸۹	$P < 0.01$
	رفتارهایی که هدفشان اجتناب یا پوشاندن نشانه‌های جسمانی است (SAFE, conceal)	۵/۵	-۲/۰۱	$P < 0.05$
	نمره کل (SAFE, tot)	۰	-۲/۸۸	$P < 0.01$
NSPS (مقیاس تصویر خود)	نگرانی درباره ظاهر فیزیکی (NSPS, physical appearance)	۵	-۲/۰۹	$P < 0.05$
	نگرانی درباره کفایت اجتماعی (NSPS, Social competency)	۳	-۲/۴۱	$P < 0.05$
	نگرانی درباره علامه فیزیولوژیکی (NSPS, Sign of anxiety)	۲/۵	-۲/۴۹	$P < 0.05$
	نمره کل (NSPS, tot)	۳	-۲/۴۰	$P < 0.05$

نتایج مندرج در جدول شماره (۲) نشان می‌دهد که تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه کنترل و آزمایش براساس مقیاس‌های SPIN، NSPS، SAFE و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها تفاوت معناداری با هم دارد. به عبارت دیگر، نتایج بیانگر آن است که تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود») بر متغیر وابسته (نمره SPIN، NSPS،

SAFE و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها) معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

خود- ادراکی منفی، موتور محرکه اختلال اضطراب اجتماعی است، تا جایی که پیشنهاد شده است که مداخلات طراحی شده برای مورد هدف قرار دادن این مؤلفه، به‌طور مؤثری، پریشانی ذهنی را از بین می‌برند و در مقابل، مداخلاتی که برای کاهش پریشانی طراحی شده‌اند (مثل آرمیدگی، خوگیری و غیره)، کمتر احتمال دارد که اثر درمانی نیرومندی بر خود- ادراکی منفی داشته باشند (آر و موسکوویچ، ۲۰۱۰). در این راستا، از یکسو با در نظر گرفتن تعریف خود- ادراکی، یعنی فرآیندهای دربرگیرنده خودبینی‌های مثبت و منفی دربارهٔ باورها، انتظارات، اهداف و قوانین رفتاری فرد برای خود (بالدوین^{۲۸}، ۱۹۹۴) و در نتیجه، منحصر به فرد بودن این پدیده در هر فرد و از سوی دیگر با توجه به نظر پرسونس (۲۰۰۵) مبنی بر لزوم مطابقت درمان شناختی رفتاری با نیمرخ نشانه‌های منحصربه‌فرد هر بیمار به‌منظور اثربخشی مؤثر این درمان‌ها، بنابراین طراحی درمان‌های انعطاف‌پذیری که با شرایط منحصر به فرد هر بیمار تنظیم شود، امری ضروری است و چنین چیزی نیز مستلزم درک بهتر اختلال اضطراب اجتماعی و به‌دنبال آن، شناسایی دقیق‌تر مکانیزم‌های درمانی و در نتیجه تحول راهبردهای مداخله‌ای سودمند است. در این رابطه موسکوویچ (۲۰۰۹) پیشنهاد خود را در رابطه با درمان شناختی رفتاری منطبق با نیمرخ منحصربه‌فرد هر بیمار، پرداختن به هستهٔ اساسی اختلال اضطراب اجتماعی؛ یعنی ترس از رویارویی با «ویژگی‌های خود» که به‌طور ناقص ادراک می‌شوند، مواجهه با «خود» و ابعاد آن در نظر می‌گیرد.

با توجه به آنچه گفته شد و با در نظر گرفتن اینکه تاکنون مدل درمانی مبتنی بر دیدگاه مذکور طراحی نشده است، هدف مطالعه حاضر، علاوه بر طراحی مدل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود»، تعیین اثربخشی آن به صورت مقدماتی، در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی در نمونهٔ ایرانی مبتلا به این اختلال بوده است. در این راستا، نتایج، بیانگر اثربخشی مدل درمانی طراحی شده در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی می‌باشد؛ طوریکه نشانه‌ها براساس تعریف DSM-IV؛ یعنی اضطراب (براساس مقیاس و خرده‌مقیاس‌های SPIN) و

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

اجتناب (براساس مقیاس و خرده‌مقیاس‌های SAFE) در موقعیت‌های عملکردی و اجتماعی که طی آن‌ها، فرد در معرض مشاهده و مذاقه افراد ناآشنا قرار می‌گیرد از یکسو، و نیز بر مبنای تعریف موسکویچ (۲۰۰۹) از اختلال مذکور، یعنی نقائص ادراک شده «خود» (براساس مقیاس و خرده‌مقیاس‌های NSPS) از سوی دیگر، کاهش معناداری را نشان داده اند که در زیر بدان‌ها اشاره می‌شود.

همان‌طور که در بخش نتایج نیز مشاهده شد، مدل درمانی مبتنی بر مواجهه با «خود»، بر کاهش نشانه‌های کلی اختلال اضطراب اجتماعی یعنی نمره کلی SPIN و خرده‌مقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک مؤثر بوده است. یعنی با توجه به تعریف اضطراب اجتماعی در DSM-IV که بدان اشاره گردید، درمان شناختی رفتاری ارائه شده براساس مواجهه با «خود»، ترس و اجتناب از موقعیت‌های عملکردی و اجتماعی و بروز علائم فیزیولوژیک در آن‌ها را کاهش داده است. نکته قابل توجه در این نتایج، آن است که با وجود آنکه درمان حاضر بر اصلاح خود-ادراکی فرد تأکید داشته ولی به نظر می‌رسد اصلاح نگرش فرد نسبت به خودش، اصلاح ادراک فرد از موقعیت‌های بیرونی را نیز در پی دارد و کاهش اضطراب و اجتناب در آن‌ها را نیز سبب می‌شود، به عبارت دیگر می‌توان اظهار داشت در صورتی که فرد، خود را همان‌طور که هست، بپذیرد و نسبت به خودش احساس آرامش داشته باشد، با دنیای بیرون نیز تعاملی سازنده خواهد داشت.

در رابطه با NSPS و خرده‌مقیاس‌های آن، یعنی نگرانی درباره (۱) کفایت اجتماعی (دربیرگیرنده ویژگی‌های ناقص ادراک شده «خود» در دو بعد ویژگی‌های شخصیتی و مهارت‌های اجتماعی از دیدگاه موسکویچ (۲۰۰۹) است؛ (۲) ظاهر فیزیکی؛ و (۳) علائم اضطراب، که همه، بر خود-ادراکی و تصور از «خود» تأکید دارند، نتایج بیانگر آن است که درمان شناختی رفتاری طراحی شده براساس مواجهه با «خود»، بر اصلاح ادراک فرد از ۴ بعد «خود» در نظریه زیربنایی (موسکویچ، ۲۰۰۹) مؤثر بوده است و این نتیجه، بیانگر اختصاصی بودن درمان حاضر و به عبارت دیگر، اعتبار این مدل درمانی است. لازم به ذکر است که کاهش نشانه‌ها در ۴ بعد مربوط به «خود»، با کاهش نشانه‌ها در دو مقیاس SPIN و SAFE همسو است. برای نمونه، وقتی نگرانی فرد در رابطه با مهارت‌هایش در کنترل علائم اضطراب

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

کاهش می‌یابد (خرده‌مقیاس NSPS)، ظهور علائم فیزیولوژیکش (خرده‌مقیاس SPIN) هم کاهش می‌یابد. یا در صورتی که نگرانی فرد درباره مهارت‌های اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی (خرده‌مقیاس کفایت اجتماعی NSPS) و ظاهر فیزیکی‌اش (خرده‌مقیاس ظاهر فیزیکی NSPS) افول پیدا می‌کند، ترس و اجتنابش (نمرات SPIN و SAFE) هم از موقعیت‌های برملاکننده این نواقص ادراک شده، که طی درمان اصلاح می‌شود، کاهش می‌یابد.

و در آخر نیز با توجه اینکه آثار تغییرات روانشناختی و اصلاحات حاصل از درمان‌های ارائه شده در رفتار فرد جلوه‌گر می‌شود، لازم است که عملکرد فرد سنجیده شود و در رابطه با اضطراب اجتماعی نیز، بررسی عملکرد فرد از طریق چگونگی رفتارش در موقعیت‌هایی سنجیده می‌شود که وی می‌ترسیده در آن موقعیت‌ها، نواقص ادراک شده ویژگی‌هایش، برای دیگران برملا شود. یعنی به‌نظر می‌رسد که در صورت مؤثر بودن درمان مبتنی بر مواجهه با «خود»، رفتارهای اجتنابی کاهش یابد که نتایج، بیانگر چنین تأثیری است؛ یعنی گروه آزمایش بعد از درمان، کاهش معناداری را در نمره کلی SAFE و خرده‌مقیاس‌هایش یعنی «رفتارهای ایمنی بخش فعال»، «محدود کردن ظریف رفتار» و «رفتارهایی که هدفشان اجتناب یا پوشاندن نشانه‌های جسمانی است» نشان دادند. این نتیجه نشان می‌دهد که در صورتی که نگرش فرد نسبت به ویژگی‌های خودش اصلاح شود و خود را بپذیرد و با آنچه هست احساس آرامش کند، از موقعیت‌هایی هم که در آن‌ها احتمال برملا شدن نقائص احتمالی ویژگی‌هایش را می‌داده و همچنین از برملا شدن نقائص ادراک شده در ویژگی‌هایش، اجتناب نمی‌کند، در موقعیت می‌ماند و به عملکردش می‌پردازد و اجتناب چه از نوع آشکار و چه از نوع پنهانش، کاهش می‌یابد.

در مجموع، با توجه به محدودیت‌های مطالعه حاضر مبنی بر کم بودن حجم نمونه و استفاده صرف از اندازه‌گیری‌های مبتنی بر مقیاس‌های خودگزارش دهی، نتایج مطالعه حاضر بیانگر اثربخشی مدل درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی در نمونه ایرانی است. لازم به ذکر است که به‌منظور واری‌های بیشتر این اثربخشی، نیاز است که تأثیر مدل درمانی حاضر، در فواصل زمانی و پیگیری‌های بیشتر و حتی در مقایسه با مدل‌های درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، مثل الگوی هیمبرگ

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

(رابی و هیمبرگ، ۱۹۹۷) و مواجهه با «خود- موقعیت» (هافمن، ۲۰۰۷) بررسی شود که این امر، هدف نویسندگان مقاله حاضر در مطالعات بعدی خواهد بود.

پی نوشت ها:

- 1- Clark, D.M.
- 3- Rapee, R.M.
- 5- Hook, J.N.
- 7- Orr, E. M.J.
- 9- Woody, S.R.
- 11- Otto, M.W.
- 13- Persons, J.B.
- 15- Emery, G.
- 17- Becker, R.E.
- 19- Hope, D.A.
- 21- Connor, K.M.

- 23- First, M.B.
- 25- Huyder, V.

- 27- Cuming, S.

- 2- Wells, A.
- 4- Heimberg, R.G.
- 6- Valentiner, D.P.
- 8- Moscovitch, D.A.
- 10- Hofmann, S.G.
- 12- Davidson, J.R.T.
- 14- Beck, A.T.
- 16- Abramowitz, J.S.
- 18- McEvoy, P.M.
- 20- Social Phobia Inventory (SPIN)
- 22- Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-IV)
- 24- Negative Self-Portrayal Scale (NSPS)
- 26- Subtle Avoidance Frequency Examination (SAFE)
- 28- Baldwin, M.W.

منابع و مآخذ فارسی:

- حسنوند عموزاده، مهدی، باقری، اکرم و شعیری، محمدرضا. (۱۳۸۹). بررسی روایی و اعتبار سیاهه ترس اجتماعی در نمونه های غیر بالینی ایرانی. *مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*، ۲۳-۲۴ اردیبهشت ۱۳۸۹، دانشگاه شاهد و دفتر مرکزی مشاوره دانشجوی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- عطری فرد، مهدیه، شعیری، محمدرضا. رسولزاده طباطبائی، کاظم. اصغری مقدم، محمدعلی. اسمعیلی الموتی، سوده. قنبری، زهرا. (در دست چاپ). بررسی ویژگی های روانسنجی «مقیاس تصویر خود منفی» (NSPS) در نمونه ایرانی. *مجله دانشور رفتار*.
- شعیری، محمدرضا، عطری فرد، مهدیه، غفاری، آرزو. رجبی، مهتاب. (در دست چاپ). بررسی

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

ویژگی‌های روانسنجی «مقیاس بررسی فراوانی اجتناب ظریف» (SAFE) در نمونه ایرانی.

فیرست، مایکل بی. اسپیتزر، رابرت ال. گگی بن، ماریا. ویلیامز، جانت بی دبلیو. (۱۹۹۶). مصاحبه

بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-IV. ترجمه پروانه محمدخانی و همکاران

(۱۳۸۹)، تهران: دانژه.

منابع و مأخذ خارجی:

- Abramowitz, J.S., Moore, E.L., Braddock, A.E., & Harrington, D.L. (2009). Self-help cognitive-behavioral therapy with minimal therapist contact for social phobia: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 98-105.
- Baldwin, M.W. (1994). Relational schemas and the processing of social information. *Psychological Bulletin*, 112, 461-484.
- Beck, A.T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. In R. G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E. & Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Cuming, S., Rapee, R. M., Kemp, N., Abbott, M. J., Peters, L., & Gaston, J.E. (2009). A self-report measure of subtle avoidance and safety behaviors relevant to social anxiety: Development and psychometric properties. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 879-883.
- Davidson, J.R.T., Foa, E.B., Huppert, J.D., Keefe, F., Franklin, M., Compton, J., Zhao, N., Connor, K., Lynch, T.R., & Kishore, G. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005-1013.
- Heimberg, R.G., & Becker, R.E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L.A., Juster, H.R., Campeas, R., Bruch, M.A., Cloitre, M.,

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

- Falloon, B., & Klein, D.F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12-weeks outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Hofmann, S.G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209.
- Hofmann, S.G., & Otto, M.W. (2008). *Cognitive Behavioral therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*. New York: Routledge; Taylor & Francis Group.
- Hofmann, S.G., Moscovitch, D.A., Kim, H.J., & Taylor, A.N. (2004). Changes in self-perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 588-596.
- Hook, J.N., & Valentiner, D.P. (2002). Are specific and generalized social phobias qualitatively distinct? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 379-395.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., Juster, H.R., Turk, C.L. (2000). *Managing Social Anxiety: A Cognitive Behavioral Therapy Approach*. Client workbook: Oxford University Press.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., Turk, C.L. (2006). *Managing Social Anxiety: A Cognitive Behavioral Therapy Approach*. Therapist Guide: Oxford University Press.
- McEvoy, P.M. (2007). Cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: a benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3030-3040.
- Moscovitch, D.A. & Huyder, V. (2011). The Negative Self-Portrayal Scale: Development, Validation, and Application to Social Anxiety. *Behaviour Therapy*, 42, 183-196.
- Moscovitch, D.A. (2009). What is the core fear in social phobia?: A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 123-134.
- Orr, E.M.J., & Moscovitch, D.A. (2010). Learning to re-appraise the self during video feedback for social anxiety: Does depth of processing matter? *Behaviour Research and Therapy*, 48, 728-737.
- Otto, M.W., Pollack, M.H., Gould, R.A., Worthington, J.J., McARDLE, E.T., Rosenbaum, J.F. & Heimberg, R.G. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive behavioral group therapy for treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.
- Persons, J.B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36, 107-118.

طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با «خود» در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و...

Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.

Woody, S.R., Chambless, D.L., & Glass, C.R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 117-129.