

## اثربخشی مداخله ی شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش هراس اجتماعی

حسین عابدی پریجا<sup>۱</sup>، الهه صادقی<sup>۲</sup>، بیتا شلانی<sup>۳</sup> و سعید صادقی<sup>۴</sup>

هراس اجتماعی، یکی از اختلالات اضطرابی شایع است که به دلیل کناره گیری از جمع و ترس از ارزیابی منفی توسط همسالان، با افت تحصیلی زود هنگام و کاهش عملکرد تحصیلی فرد ارتباط دارد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله ی شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش هراس اجتماعی در دانش آموزان پسر بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری، ۳۰ نفر از دانش آموزان پایه ی هفتم و هشتم با تشخیص هراس اجتماعی از دبیرستان های دولتی پسرانه ی منطقه ی ۶ شهر تهران با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به شیوه ی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. گروه ها در سه مقطع پیش و پس از مداخله و پیگیری از نظر میزان هراس اجتماعی مورد آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه تحت مداخله ی گروهی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر هراس اجتماعی قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد هراس اجتماعی در گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافته است. به نظر می رسد که مداخله ی گروهی شناختی - رفتاری در کاهش هراس اجتماعی دانش آموزان پسر می تواند به عنوان یک روش درمانی موثر مورد استفاده قرار گیرد.

**واژه های کلیدی:** دانش آموزان، مداخله گروهی شناختی - رفتاری، هراس اجتماعی

### مقدمه

هراس اجتماعی یکی از اختلالات اضطرابی شایع است که با ترس آشکار و ثابت از شرمندگی شدن و مورد ارزیابی قرار گرفتن (وارسی) در موقعیت های اجتماعی یا در زمان انجام فعالیتی در حضور دیگران مانند بودن در جمع، سخنرانی و دیدار با افراد جدید مشخص می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). مطالعات اخیر همه گیر شناختی نشان داده است که میزان شیوع در جمعیت عمومی در

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران (نویسنده ی مسوول) bita.shalani@gmail.com

۴. دپارتمان روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

طول عمر دارای دامنه‌ای از ۲/۴ تا ۱۶ درصد است که در میان جمعیت نوجوانان شایع‌تر است (بتانی، مارتین، کوپر و آیکن، ۲۰۱۲). افراد مبتلا به هراس اجتماعی، ترس شدید از مورد قضاوت قرار گرفتن توسط دیگران و ارزیابی‌های بین‌فردی دارند و از اعمال خود خجالت می‌کشند (کوپر و دنولیت، ۲۰۱۲). دشواری در تنظیم هیجانات خود یکی از مشکلات این افراد است (کارسازی و هاشمی‌نصرت‌آباد، ۲۰۱۵) که تاثیرات قابل توجهی روی اختلالات اضطرابی از جمله هراس اجتماعی دارد (فرداینی‌سفلی، کارسازی، امامی‌عزت و بخشی‌پور رودسری، ۲۰۱۵). افراد مبتلا به هراس اجتماعی در توجه متمرکز بر خود و سوگیری قضاوت، نمره ی بیشتر و در توجه متمرکز بر دیگران، نمره ی کمتری از افراد عادی کسب کردند (بیرامی، موحدی و پورمحمدی، ۲۰۱۶).

هراس اجتماعی می‌تواند به انزوا و کناره‌گیری مشخص از اجتماع منجر شود، این اختلال علت شایع فرار از مدرسه در کودکان و نوجوانان است که امتناع شدید از مدرسه را به همراه خواهد داشت و موجب اختلال در روابط اجتماعی نوجوانان می‌شود (بورستین، کتان، البانو، آنولوی و همکاران، ۲۰۱۱). این نوع هراس در بین اختلالات اضطرابی تنها اختلالی است که به دلیل کناره‌گیری از جمع و ترس از ارزیابی منفی توسط همسالان، به طور قطع با افت تحصیلی زود هنگام و کاهش عملکرد تحصیلی فرد ارتباط دارد.

مطالعات نشان داده است که عوامل شناختی مانند تحریفات شناختی در هراس اجتماعی نقش دارد (احمد و باقری، ۲۰۱۴؛ هافمن، ۲۰۰۵). پژوهشگران با توجه به مدل‌های شناختی، خصایص عمده‌ای را که در هراس اجتماعی نقش دارد شامل تحریف شناختی درباره ی پیامد و ماهیت موقعیت (تاچن-کافیر، خال، بندر، ۲۰۱۱) ترس افراطی و پایدار از موقعیت‌های اجتماعی، اجتناب از این موقعیت‌ها (تولبور، زنتیاگوتی، دوبرین و دیوید، ۲۰۱۳)، ترس از ارزیابی منفی (جودیت، ویلسون و ریپه، ۲۰۰۶)، ترس از تحت واری قرار داشتن (بتانی و همکاران، ۲۰۱۲)، تفسیر فاجعه‌آمیز رویدادهای اجتماعی منفی جزئی (کیمبرل، نلسون-گری، میتچل، ۲۰۱۲) و تمرکز بر خود (ماکار و گرشام، ۲۰۱۱) دانسته‌اند. افراد مبتلا به هراس اجتماعی، طی تعاملات اجتماعی، تصورات منفی از خود دارند که باعث کاهش کیفیت روابط و تجربه ی اضطراب در آنها می‌شود و با میزان تجارب اجتماعی ناراحت کننده در ارتباط است. تصور افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی این است که دیگران ذاتا انتقادکننده هستند و احتمالا آنها را منفی ارزیابی می‌کنند (راپی و همبرگ، ۱۹۹۷).

درمان هراس اجتماعی، شامل درمان‌های دارویی و درمان‌های روان شناختی است (رووا و آنتونی، ۲۰۰۵). درمان شناختی- رفتاری، روش مواجهه و بازسازی شناختی است که بیش از سایر روش‌ها از

سوی کارشناسان مورد تاکید قرار گرفته است (لیهی و هالند، ۲۰۰۵؛ رووا و آنتونی، ۲۰۰۵؛ آندرسون و همکاران، ۲۰۰۵؛ احمد و وسترا، ۲۰۰۹؛ مورتبرگ و همکاران، ۲۰۰۷). در مدل‌های شناختی-رفتاری بر تعریف‌های شناختی و سوگیری‌های ادراکی تاکید می‌شود، نظریه‌های شناختی درباره ی هراس اجتماعی بر نقش باورهای مبتلایان به هراس اجتماعی درباره ی خود، دیگران و دنیا، فرایندهای شناختی و کانون توجه در تداوم این اختلال تاکید دارند (کلارک و همکاران، ۱۹۹۷). نقش عوامل شناختی چون پردازش پس‌رویدادی (بساک‌نژاد، معینی و محرابی‌زاده، ۲۰۱۱)، ترس از ارزیابی منفی (بیدل و ترنر، ۲۰۰۷) و سوگیری در توجه (زارع، قنبرنیا و سعدی پور، ۲۰۰۸) در تداوم هراس اجتماعی به اثبات رسیده است، بنابراین در درمان شناختی-رفتاری نقش تعریف‌ها و سوگیری‌های شناختی در سبب شناسی و ماندگاری نسبت به آن نمایان است (راپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷).

مطالعات نشان می‌دهد که هراس اجتماعی در دوران کودکی و نوجوانی با مشکلات مهمی در کارکرد فرد همراه است و جنبه‌های گوناگونی از زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (آدرکا و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به میزان شیوع بالای این اختلال در جامعه (طالع پسند و نوکانی، ۲۰۱۰) و تبعات آن در دانش‌آموزان که منجر به کناره‌گیری از جامعه و مدرسه شده و آسیب در عملکردهای تحصیلی و اجتماعی را به همراه خواهد داشت (کسلر، برگلاند، دملر، جین، و والترز، ۲۰۰۵)، ارایه ی درمانهای موثر برای هراس اجتماعی ضروری به نظر می‌رسد. بر این اساس، پژوهش حاضر در نظر داشت که اثربخشی مداخله ی شناختی-رفتاری گروهی را در کاهش هراس اجتماعی دانش‌آموزان پسر بررسی کند.

## روش

پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه ی آماری پژوهش، شامل دانش‌آموزان پایه ی هفتم و هشتم با تشخیص هراس اجتماعی در دبیرستان‌های دولتی پسرانه ی شهر تهران بود. برای تشخیص، از طریق نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای ۶ مدرسه انتخاب و دانش‌آموزان مقطع هفتم و هشتم با مقیاس هراس اجتماعی<sup>۱</sup> مورد آزمون قرار گرفتند. سپس با توجه به نتایج پرسشنامه از بین دانش‌آموزانی که نمره ی آنها بالاتر از نقطه برش بود ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل کاربردی شدند. گروه

آزمایش پس از امضای رضایت‌نامه کتبی، پیش و پس از مداخله، به همراه گروه کنترل، مقیاس هراس اجتماعی را یک هفته بعد از اتمام مداخله و دو ماه و نیم بعد از آن به عنوان پیگیری تکمیل کردند. پرسشنامه ی هراس اجتماعی (SPIN) که نخستین بار توسط کانر و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه شد، یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای با سه مقیاس فرعی ترس<sup>۱</sup> (۶ ماده) اجتناب<sup>۲</sup> (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک<sup>۳</sup> (۴ ماده) است. پایایی و اعتبار این مقیاس در پژوهش‌های مختلف تایید شده است (کانر و همکاران، ۲۰۰۰؛ حسنوندعموزاده، شعیری و باقری، ۲۰۱۰). برای مقایسه ی نمرات گروهها از روش تحلیل کواریانس استفاده شد. داده ها با هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

### شیوه ی اجرا

آزمودنی های گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی تحت مداخله ی شناختی- رفتاری گروهی بر اساس پکیج علیلو و همکاران (۲۰۱۴) قرار گرفت. طی این مدت گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در جدول ۱، پکیج درمانی مورد استفاده به صورت خلاصه ارایه شده است.

### جدول ۱. خلاصه ی ساختار جلسات مداخله ی شناختی - رفتاری گروهی هراس اجتماعی

#### علیلو و همکاران (۱۳۹۳)

| روند جلسات |                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ۱          | معرفی و آشنایی اعضای گروه، برقراری ارتباط اولیه، مطرح کردن قوانین گروه و اصل رازداری، عنوان کردن اهداف گروه، معرفی کلی اضطراب، معرفی و تشریح هراس اجتماعی، معرفی روش و روند درمان، معرفی شیوه ی مشاوره ی گروهی، توافق و توضیح درباره ی فرایند مشارکتی بودن جلسات و توافق بر سر انجام تکالیف خانوادگی. |
| ۲          | آموزش تکنیک تنفس عمیق و آموزش ریلکسیشن، تمرین تن آرامی گروهی در جلسه ی مشاوره ی گروهی با مشارکت همه ی اعضای گروه (جهت اطمینان از فهم صحیح تکنیک‌ها)، تکلیف خانگی.                                                                                                                                     |
| ۳          | آموزش مدل شناختی و معرفی الگوی (ABC) توسط رهبر و ذکر مثال‌هایی از زندگی روزمره، طرح افکار خودکار منفی و شناخت خطاهای شناختی رایج، ارایه ی برگه ی ثبت افکار ناکارآمد و تکلیف خانگی.                                                                                                                    |
| ۴          | ساختار این جلسه، مشابه جلسه ی قبل است که شامل بررسی تکالیف منزل، آموزش روان شناختی: مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف‌های شناختی و ارایه ی تکلیف منزل است.                                                                                                                                 |
| ۵          | بررسی تکالیف، آموزش روان شناختی و جایگزین کردن باورهای منفی با افکار واقعی و منطقی توسط اعضای گروه، معرفی و تمرین مواجهه و ایفای نقش در جلسه. تکلیف منزل.                                                                                                                                             |
| ۶          | بررسی مسایل جلسه ی قبل، تمرین مواجهه و ایفای نقش در جلسه، تکلیف منزل: بازسازی شناختی، تکمیل                                                                                                                                                                                                           |

برگه‌های ثبت افکار، تمرین مواجهه.

۷ بررسی تکالیف، تمرین مواجهه و ایفای نقش در جلسه با توجه به تمرینات قبلی، ارایه ی تکلیف.

۸ بررسی تکالیف، آموزش مهارت‌های اجتماعی (جرات‌ورزی و مهارت حل‌مساله، توضیح این تکنیک با ارایه ی

مثال‌هایی از موقعیت‌های زندگی روزمره ی اعضای گروه) و جمع بندی.

**یافته‌ها**

در جدول ۲، مولفه های توصیفی نمرات به تفکیک گروه‌ها ارایه شده است.

**جدول ۲. شاخص‌های توصیفی هراس اجتماعی در گروه کنترل و آزمایش**

| متغیر              | گروه   | پیش آزمون |      | پس آزمون |      | پیگیری |      |
|--------------------|--------|-----------|------|----------|------|--------|------|
|                    |        | sd        | M    | sd       | M    | sd     | M    |
| نشانه‌های ترس      | آزمایش | ۱۳/۳۳     | ۲/۴۶ | ۷/۷۳     | ۲/۵۲ | ۱۱/۸۶  | ۲/۴۴ |
|                    | کنترل  | ۱۴/۱۳     | ۲/۷۴ | ۱۵/۶     | ۳/۱۳ | ۱۵/۱۳  | ۱/۳  |
| اجتناب             | آزمایش | ۱۵        | ۲/۸  | ۹/۴۶     | ۲/۲۳ | ۱۳/۲   | ۳/۹۱ |
|                    | کنترل  | ۱۷        | ۳/۲۳ | ۱۸/۳۳    | ۲/۲۲ | ۱۵/۲۶  | ۲/۵۷ |
| ناراحتی فیزیولوژیک | آزمایش | ۱۰/۹۳     | ۱/۷۵ | ۵/۴۶     | ۲/۹۴ | ۹/۲    | ۱/۲۶ |
|                    | کنترل  | ۱۱/۳۳     | ۲/۱۹ | ۱۰/۲     | ۲/۶۵ | ۱۱     | ۱/۶۴ |
| کل                 | آزمایش | ۳۹/۲۶     | ۴/۲۱ | ۲۲/۶۶    | ۵/۰۵ | ۲۸/۴۶  | ۶/۶۸ |
|                    | کنترل  | ۴۲/۵۳     | ۴/۷۳ | ۴۴/۱۳    | ۴/۴۷ | ۴۱/۳۳  | ۲/۹۹ |

بعد از تحلیل مفروضه های تحلیل کواریانس، خلاصه ی نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارایه شده است.

**جدول ۳. خلاصه ی نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری میانگین نمره‌های پس آزمون هراس**

| اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل |       |         |         |    |         | متغیر وابسته       |
|------------------------------------|-------|---------|---------|----|---------|--------------------|
| Eta.                               | Sig   | F       | MS      | df | SS      |                    |
| ۰/۷۴                               | ۰/۰۰۱ | ۱۵۱/۹   | ۳۴۵۶/۱۳ | ۱  | ۳۴۵۶/۱۳ | هراس اجتماعی       |
| ۰/۹۴                               | ۰/۰۰۱ | ۵۰۴/۷   | ۴۰۸۳/۳۳ | ۱  | ۴۰۸۳/۳۳ | ترس                |
| ۰/۹۷                               | ۰/۰۰۱ | ۱۱۶۷/۰۴ | ۵۷۹۶/۳  | ۱  | ۵۷۹۶/۳  | اجتناب             |
| ۰/۸۹                               | ۰/۰۰۱ | ۲۳۴/۱۴  | ۱۸۴۰/۸۳ | ۱  | ۱۸۴۰/۸۳ | ناراحتی فیزیولوژیک |

نتایج آزمون معناداری تحلیل کواریانس چندمتغیری در گروه آزمایش نشان داد که در گروه‌های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان داد که

تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و ۸۶/۶ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تاثیر متقابل متغیرهای وابسته است. با توجه به نتایج جدول ۴، مقادیر F برای هراس اجتماعی، ۱۵۱/۹ ( $P < ۰/۰۰۱$ )، ترس، ۵۰۴/۷ ( $P < ۰/۰۰۱$ )، اجتناب، ۱۱۶۷/۰۴ ( $P < ۰/۰۰۱$ ) و ناراحتی فیزیولوژیک، ۲۳۴/۱۴ ( $P < ۰/۰۰۱$ ) به دست آمد و با توجه به اندازه ی اثر محاسبه شده، ۰/۷۴ تغییر در هراس اجتماعی، ۰/۹۴ تغییر در ترس، ۰/۹۷ تغییر در اجتناب و ۰/۸۹ تغییر در ناراحتی فیزیولوژیک ناشی از تاثیر متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری) بوده است، در واقع حضور در گروه آزمایشی و دریافت درمان، موجب کاهش هراس اجتماعی و مولفه های آن در این گروه شده است.

جدول ۴. خلاصه ی نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

| Sig.  | sd   | اختلاف میانگین |           |           |
|-------|------|----------------|-----------|-----------|
| ۰/۰۰۱ | ۱/۹۳ | ۷/۵            | پس آزمون  | پیش آزمون |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۳۹ | ۶              | پیگیری    |           |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۹۳ | ۷/۵            | پیش آزمون | پس آزمون  |
| ۰/۱۴  | ۰/۹۹ | ۱/۵            | پیگیری    |           |
| ۰/۰۰۱ | ۱/۳۹ | ۶              | پیش آزمون | پیگیری    |
| ۰/۱۴  | ۰/۹۹ | ۱/۵            | پس آزمون  |           |

با توجه به نتایج جدول ۴، می توان نتیجه گرفت که تاثیر مداخله ی شناختی- رفتاری گروهی در کاهش هراس اجتماعی بعد از گذشت دو ماه و نیم پایدار مانده است.

### بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش هراس اجتماعی در دانش آموزان پسر انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر کاهش هراس اجتماعی و مولفه های آن در دانش آموزان موثر است. نتایج این پژوهش با پژوهش های مورتبرگ و همکاران (۲۰۰۷)، احمد و وسترا (۲۰۰۹)، آندرسون و همکاران (۲۰۰۵)، عالمی و همکاران (۲۰۰۵)، همتی ثابت و همکاران (۲۰۱۲)، لک (۲۰۱۱)، لیویتز (۲۰۰۸)، کرمی (۲۰۰۹)، و کیلیان و همکاران (۲۰۰۸) و مسیسی چناربن و همکاران (۲۰۱۰) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش هراس اجتماعی همسو است.

در تبیین نتایج می‌توان گفت، فرض بنیادین درمان شناختی- رفتاری این است که افکار و احساسات ما نقش کلیدی و اساسی در رفتار دارند. افرادی که زمان زیادی را صرف فکر کردن به ارزیابی‌های دیگران می‌کنند، رفته‌رفته از قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند. هدف درمان شناختی- رفتاری آموزش این نکته به بیماران است، با وجودی که آنها نمی‌توانند بر تمام جنبه‌های دنیای پیرامونشان کنترل داشته باشند اما، می‌توانند چگونگی تعبیر و تفسیر و پرداختن به مسایلی که در محیط وجود دارد را کنترل کنند. دو دلیل ممکن است برای انتظار ارزیابی منفی به‌خصوص در موقعیت‌های عملکردی وجود داشته باشد، یکی اینکه افراد انتظار دارند مرتکب اشتباهی شوند (به‌طور ضعیفی عمل کنند) و دوم اینکه آنها انتظار دارند نشانه‌های فیزیکی قابل مشاهده ای داشته باشند (مانند سرخ شدن و لرزیدن) که اضطراب آن‌ها را برملا خواهد کرد؛ به عبارت دیگر، مواجهه با واری‌های دیگران به طور خودآیند به ارزیابی منفی منجر می‌شود که اغلب به دلیل باورهای بیماران در مورد ناقص یا منحرف بودن در برخی جنبه‌های رفتار خود است و در قالب احساس ناایمنی، عزت‌نفس پایین و اعتمادبه‌نفس ضعیف جلوه‌گر می‌شود (بتانی و همکاران، ۲۰۱۲).

در رویکرد شناختی- رفتاری، راهبردهای درمانی بر تغییر افکار، نگرش‌ها و ادراک‌های اضطراب‌آور و جایگزین کردن افکار منطقی تاکید دارد، مفروضه ی زیربنایی این روش این است که اصلاح شناخت‌های غیرانطباقی به تغییر رفتارهای اضطرابی منجر می‌شود. آموزش مدیریت خود به افراد دارای هراس کمک می‌کند تا تفکرات و نگرش‌های خود را تغییر دهند تمرین‌های خودنظارتی، آموزش مهارت‌های کاهش اضطراب (تکنیک‌های آرمیدگی)، آموزش تکنیک‌های بازسازی شناختی و جایگزینی افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی از جمله روش‌های این درمان است. در این روش، از مراجع خواسته می‌شود تفکرات خود را در مورد محرک ترس آور به سوی افکار مثبت سوق دهد و هسته ی هراس اجتماعی، انتظار و ترس از ارزیابی بین‌فردی منفی است. این انتظار، اشخاصی با هراس اجتماعی بارز از نظر بالینی را نسبت به روابط بدبین می‌کند تلاش‌هایشان را در تعامل اجتماعی راحت تحلیل برده و تفسیرشان را از روابط اجتماعی و یادآوری عواقب روابط فوق‌مخدوش می‌کند (کرویر و آلدن، از صفی‌زاده، ۲۰۰۷). در خلال دوره ی درمان و از طریق آموزش الگوی ABC، دانش- آموزان یاد می‌گیرند که چگونه الگوهای فکری مخرب یا مزاحمی که دارای تاثیرات منفی روی رفتار آنهاست را شناسایی کرده و تغییر دهند؛ برای مثال از دانش‌آموزی که از صحبت در جمع می‌ترسد و دایم به این فکر می‌کند که او را مسخره خواهند کرد و یا از عهده صحبت در مورد موضوع مورد نظر

بر نخواهد آمد، خواسته می شود که خود را در موقعیت سخنرانی فرض کند و دایم با خود بگوید "از عهده آن برمی آیم، دلیلی ندارد که نتوانم صحبت کنم" و ...، علاوه بر شناسایی افکار، تکنیک های به کار گرفته شده در جلسات درمان مانند ریلکسیشن، مواجهه و ایفای نقش به فرد جهت تمرکز و غلبه بر اضطراب، کمک می کند. طی جلسات نیز، درمانگر برای مبارزه با افکار و رفتارهای مخرب، ابتدا به دانش آموزان کمک می کند تا باورهای مشکل زای خود را شناسایی کنند. این مرحله برای یادگیری اینکه چگونه افکار، احساسات و موقعیت ها می توانند در رفتارهای ناسازگارانه نقش داشته باشند، اهمیت دارد و ساختار جلسات همچنین بر رفتارهای واقعی که در مشکل دخیل هستند، تمرکز دارد. دانش آموزان، طی جلسات مداخله شروع به یادگیری و تجربه ی مهارت های جدیدی می کنند که می تواند در وضعیتها و شرایط واقعی به کار گرفته شود؛ علاوه بر این، حضور دانش آموزان در گروه با فراهم کردن شبکه ی حمایتی، می تواند موجب کاهش انزوای این افراد شود. بنابراین گروه درمانی در مقایسه با درمان های انفرادی تاثیر بیشتری بر افراد دارد. درمان شناختی- رفتاری گروهی به بیماران کمک می کند تا مهارت های اجتماعی موثرتری را بیاموزند، در نتیجه روابط بین فردی دانش آموزان را نیز بهبود می بخشد.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی به طور معنی داری منجر به کاهش زیر مقیاس های ترس، ناراحتی فیزیولوژیک و اجتناب شده است. در رابطه با اثربخش بودن درمان شناختی- رفتاری در کاهش این مولفه ها، می توان گفت که تکنیک های بکار گرفته شده در جلسات درمان مانند آموزش تنفس عمیق و آموزش آرمیدگی (ریلکسیشن) به دانش آموزان جهت کنترل عوامل ایجاد کننده ی تنش و اضطراب کمک کند. فنون آرمیدگی، موجب حفظ آرامش شده و باعث می شود فرد کنترل بیشتری بر علایم اضطرابی و شرایط اضطراب زا داشته باشد. در این تکنیک ها فرد با تنفس عمیق و منبسط کردن عضلات، موجب کاهش نشانه های فیزیولوژیک شده و از اضطراب می کاهد. یافته ها همچنین نشان داد که کاهش هراس اجتماعی و مولفه های آن در پی گیری دو ماه و نیمه نیز پایدار بوده است. این یافته گویای آن است که درمان شناختی- رفتاری به دانش آموزان در تغییر افکار ناکارآمد کمک کرده است، با گذشت زمان و در اختیار داشتن فرصتی برای انجام رویارویی های بیشتر، آزمودنی ها مهارت های به دست آمده در مداخله را به کار بسته و گسترش داده اند که به دنبال آن تاثیر نسبی مداخله تقویت شده است.

#### Reference

- Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26: 393-400.



- Ahmadi, M., & Bagheri, M. (2014). Mediating role of cognitive distortions in the relationship of adolescents' body image with social anxiety. *International Journal of Behavioral Sciences*, 7(4):321-9.
- Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact Of A Treatment Rationale On Expectancy And Engagement In Cognitive Behavioral Therapy For Social Anxiety. *Cognitive Therapy And Research*, 33(3), 314-322.
- Alami, Gh., Ghafarzadeh, E., Azimi, H., & Haideri, J. (2005). Evaluation of cognitive therapy on social phobia. *Journal of Mazandaran University*, 10 (3), 348-335. (Persian)
- Alilo, M., Hamidi, S., & Shirvani, A. (2014). *Cognitive treatment of social phobia step-by-step guide: Practical Treatment Guide for Therapists and Clients*. Tehran: SID (martyr Beheshti University), 20-125.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. (2015). Tehran: Ravan (In Persian)
- Anderson, P. L., Zimand, E., Hofges, L. F., & Rothbaum, B. O. (2005). Cognitive Behavioral Therapy For Public-Speaking Anxiety Using Virtual Reality For Exposure. *Depression And Anxiety*, 22, 156-158.
- Bassak-Nejad, S., Moini, N., & Mehrabizadeh-Honarmand, M. (2011). The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. *Journal of Behavioral Sciences*, 4(4):135-152. (In Persian)
- Beidel, D., & Turner, S. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder* (2 Ed). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bethany, A.G., Martin, M.A., Koerner, N., & Aiken, A. (2012). Appearing Anxious Leads to Negative Judgments by Others. *Journal of Clinical Psychology*. in press.
- Birami, M., Movahedi, Y., & Pourmohammadi, M. (2016). Focused attention on self, others, and partiality of judgment in patients with social phobia disorder and normal individuals. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 9(38), 47-56. (In Persian)
- Burstein, M., He, J. P., Kattan, G., Albano, A., Avenevoli, S., & Merikangas, K. (2011). Social phobia and subtypes in the national comorbidity survey adolescent supplement prevalence, correlates, and comorbidity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 50(9):870-80.
- Clark, D. B., Feske, U., Masia, C. L., Spaulding, S. A., Brown, C., Mammen, O., & Shear, M. K. (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and Anxiety*, 6, 47-61.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Curchill, L.E., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Dalrymple, K. L., Galione, J., Hrabosky, J., Chelminski, I., Young, D., O'Brien, E., & Fehm L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European Neuropsychopharmacol*, 15: 453-62.
- Fardaeni Sofla, H., Karsazi, H., Imami Ezzat, A., & Bakhspour Roudsari, A. (2015). The Structural Relationship of Anxiety Sensitivity, Worry and Difficulty in Regulating Emotions with Generalized Anxiety Disorder, Social Anxiety Disorder and Panic Disorder. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 9(36), 77-92. (In Persian)
- Hasanvandamozadeh, D., Shaeri, D., & Asghari Moghaddam, M. (2010). Investigate the simple and multiple relationship between anger, shame, behavioral inhibition, shyness, depression and social anxiety in a sample of students according to gender. *MA Thesis in Clinical Psychology, Shahed University*. (In Persian)
- Hematisabet, A., Khalatbary, J., & Amini, D. (2012). Compare the effectiveness of stress management group and cognitive therapy on students' social phobia. *Journal of Clinical Psychology*, 2 (1), 21-1. (In Persian)
- Hofmann, S. G. (2005). Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 43:885-95.
- Judith, K., Wilson, J.K., & Rapee, R.M. (2006). Self concept certainty in social phobia. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 44, 113- 136.
- Karami, F. (2009). Review the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing body image, social phobia female students of Allameh Tabatabai University Faculty of Psychology. *Master's thesis: Allameh Tabatabai University*. (In Persian)
- Karsazi, H., & Hashemi Nosratabad, T. (2015). Structural relationship of brain - behavior systems and difficulty in regulation with social anxiety disorder and depression. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 9(37), 77-88. (Persian)

- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6): 593-602.
- Khodayarifard, M., & Jump, or. (2006). The effect of family therapy with an emphasis on the cognitive-behavioral approach in teenagers social phobia treatment (Case Study). *Journal of Psychology and Educational Sciences*, 36 (1 and 2), 142-123. (In Persian)
- Kimbrel, N. A., Nelson-Gray, R. O., & Mitchell, J. T. (2012). bis, bas, and bias: the role of personality and cognitive bias in social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 52:395-400.
- Kupper, N., & Denollet, J. (2012). Social anxiety in the general population: Introducing abbreviated versions of sias and sps. *Journal of Affective Disorders*, 136:90-8.
- Lak, Z (2011). The effectiveness of cognitive behavioral therapy to students with social phobia Shahed University according to personality traits and cognitive beliefs in academic year 89-90. *Master's thesis: Allameh Tabatabai University*. (In Persian)
- Leahy, R. L., & Holland, S. J. (2005). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. NewYork: Guilford Press.
- Liebowitz, M. R. (2008). Cognitive – behavioral group therapy versus phenelzine therapy for social phobia. *Depression and Anxiety*, 89-98.
- Makkar, S. R., & Grisham, J. R. (2011). Social anxiety and the effects of negative self-imagery on emotion, cognition, and post-event processing. *Behaviour Research and Therapy*, 49:654-64.
- Meliani, M., Shaiery, M., Ghaedi, GH., Bakhtiari, M., & Tavoli, A. (2007). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing symptoms of social phobia based on Heimberg's Model. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 15 (1), 42-49. (In Persian)
- Mortberg, E., Clark, D. M., Sundin, O., & Wistedt, A. (2007). Intensive Group Cognitive Treatment And Individual Cognitive Therapy Vs. Treatment As Usual In Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115(2), 142-154.
- Mosayebi Chenarin, H., Ismaili, M., & Falsafinezhad, M. R. (2010). The effect of self-talk technology-based cognitive therapy in reducing social phobia and correct interpretation of themselves and others. *Studies in Education and Psychology*, 11 (2), 102-87. (In Persian)
- Rapee, R., & Heimberg, R. A. (1997). Cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther*, 35(8):741- 65.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 308-316.
- Safi Zadeh, M. (2007). Construction and standardization of scale diagnosis of social phobia among high school students in Mashhad. *Master's thesis: Allameh Tabatabai University*, Tehran. (In Persian)
- Tulbure, B. T., Szentagotai, A., Dobrean, A., & David, D. (2013). Evidence based clinical assessment of childand adolescent social phobia: a critical review of rating scales. *Child Psychiatry & Human Development*, 43, 795-820.
- Tuschen-Caffier, B., Kühn, S., & Benderm, G. (2011). Cognitive-evaluative features of childhood social anxiety in a performance task. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(233-39): 233.
- Vakilian, S., Ghanbari Hashem Abadi, B. A., & Tabatabai, M. (2008). The effect of adding social skills training, cognitive-behavioral group treatment for social phobia treatment of students. *Journal of Mental Health*, 2, 97-87. (In Persian)
- Zare, H., Ghanbarnia, N., & Sadipour, Y. (2008). Compare cognitive memory between students with and without social anxiety. *Journal of Behavioral Sciences*, 2 (3), 193-200. (In Persian)

Journal of  
Thought & Behavior in Clinical Psychology  
Vol. 9 (No. 41), pp.57-66, 2016

## The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Intervention on The Reduction of Social Phobia in Male Students

Abedi Parjja, Hossein

University of Shahid Beheshti , Tehran, Iran

Sadeghi, Elahe

University of Shahid Beheshti , Tehran, Iran

Shalani, Bita

Razi University, Kermanshah, Iran

Sadeghi, Saeed

Shahid Beheshti University, Tehran, Iran

Received: Jan 02, 2016

Accepted: Feb 29, 2016

Social phobia is a common anxiety disorders that is associated with decline or failure in academic performance due to withdrawal from peers and fear of their negative evaluation. The purpose of this study is to examine the effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on the reduction of social phobia among male students. The study used a semi-experimental design with pretest–posttest, control group and follow-up. The study population consisted of male students in seventh and eighth grade in Tehran district 6, who were diagnosed with social phobia. Of this, 30 students were selected through convenience sampling method and randomly assigned to experimental and control groups (n=15). Subjects in both groups were evaluated for Social Phobia in three stages of pre and post intervention and follow up. The experimental group received eight sessions of group cognitive-behavioral intervention based on social phobia. The results of analysis of covariance by Spss showed that the level of social phobia was significantly reduced in experimental group compared to the control group, both in the posttest and the two-and-a-half-month follow-up. It could be concluded that group cognitive behavioral interventions can be used as an effective treatment method in reduction of social phobia among male students.

**Keywords:** Students, Group cognitive behavioral therapy, Social Phobia

*Electronic mail may be sent to: bita.shalani@gmail.com*