



مقایسه جرات آموزی و جرات آموزی توأم با بازسازی شناختی

در کاهش اضطراب اجتماعی

شهره آملی^{۱*}، دکتر امیر هوشنگ مهریار^{۲**}، دکتر جعفر بوالهروی^{۳***}

چکیده

پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه میزان کارآیی روش جرات آموزی که مجموعه‌ای از چند روش رفتاری است و نیز جرات آموزی توأم با بازسازی شناختی به روش بازسازی منظم منطقی پرداخته است. آزمودنیها را ۲۱ دانش آموز (۱۴-۱۲ ساله) مضطرب اجتماعی که دارای ملاکهای تشخیصی اضطراب اجتماعی بودند و بر اساس ویژگیهای جمعیتی همتا سازی شده بودند تشکیل می‌دادند. پیش از شروع آزمایش، به وسیله آزمونهای مقیاس اضطراب مدرسه، مقیاس اجتناب و فشار اجتماعی، مقیاس ترس از ارزیابی منفی، عبارتهای خودبیانی، مقیاس تنهایی، مقیاس احساس خودکفایی کودکان، مقیاس انتظار مثبت از پیامدها، مقیاس جرات ورزی (درجه ناراحتی، نرخ بروز رفتارها)، مقیاس درجه بندی تعامل اجتماعی از دیدگاه معلم و نیز مصاحبه نیمه ساختاری مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس به طور تصادفی به دو گروه درمانی و یک گروه شبه درمان اختصاص داده شدند. بلافاصله پس از درمان و نیز یک ماه پس از آن ارزیابی‌های مرحله دوم و مرحله سوم با استفاده از همان ابزارها انجام گرفت. سرانجام با استفاده از تحلیل پراش یک عاملی و آزمون توکی به مقایسه بین گروهها پرداخته شد. نتایج برتری روش جرات آموزی و جرات آموزی توأم با بازسازی شناختی را نسبت به شبه درمان نشان داد. برتری روش جرات آموزی توأم با بازسازی شناختی نسبت به روش جرات آموزی در همه جنبه‌های اضطراب اجتماعی تأیید نشد.

Andeeheb
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۱۸

کلید واژه: اضطراب اجتماعی، جرات آموزی، بازسازی شناختی، نوجوانان

"اضطراب اجتماعی" پدیده‌ای نسبتاً رایج در نخستین سالهای نوجوانی است. این واکنش اساساً طبیعی هرگاه از

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، شیراز، مرکز روانپزشکی شیراز، صندوق پستی ۷۱۳۴۵/۷۷۴

** عضو هیئت علمی دانشگاه شیراز - تهران، مؤسسه عالی پژوهش در برنامه ریزی و توسعه، نیاوران، خیابان شهید مختار عسگری.

*** روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی ایران. تهران، خیابان طالقانی، نرسیده به خیابان دکتر

شریعتی، کوچه جهان، پلاک ۱.

سطح بهنجار آن فراتر رفته و جنبه بیمارگونه به خود گیرد، یکی از انواع اختلالات اضطرابی به شمار می‌آید، که انجمن روانپزشکان آمریکا در سومین راهنمای آماری و تشخیصی بیماریهای روانی، فرم تجدید نظر شده^(۱)، اصطلاح "فوبی اجتماعی" را برای آن در نظر گرفته است. از آنجایی که اضطراب و ترس علیرغم تفاوتی که از نظر مفهومی دارند به این علت که هر دو در الگوی مشابه شناختی - عاطفی، فیزیولوژیکی و رفتاری تظاهر می‌کنند و گاهی در ادبیات پژوهشی به شکل مترادف به کار می‌روند، می‌توان از اصطلاح "اضطراب اجتماعی" که مفهوم گسترده‌تری دارد و در کودکان و نوجوانان بیشتر به کار می‌رود استفاده کرد. پژوهشهای انجام شده نشان می‌دهد که حدود یک درصد کودکان و نوجوانان از شکل بیمارگونه آن رنج می‌برند. برای درمان اختلالهای اضطرابی و ترسهای مرضی در کودکان و نوجوانان روشهای درمانی گوناگونی پیشنهاد شده است. بیشتر آنها درمانهایی بوده که بر روی بزرگسالان به کار رفته و نتایج موفقیت آمیزی داشته است. از جمله آنها درمانهای رفتاری و شناختی - رفتاری است. یکی از درمانهای پیشنهادی "جرأت آموزی"^(۲) است که روشی چند محتوایی است. این روش به عنوان یک تکنیک رفتار درمانی در اواسط دهه ۷۰ به اوج خود رسید و بالاترین محبوبیت خود را در دهه ۸۰ به دست آورد و در برنامه‌های پژوهشی جای حساسیت زدایی تدریجی را گرفت. در حال حاضر مشکلاتی مانند خجالتی بودن، بازداری شدن و اضطراب اجتماعی بیشتر مورد توجه این روش درمانی قرار گرفته است (راکز^(۳)، ۱۹۹۱). این روش را نخستین بار سالتز^(۴) به کار برد. دیدگاه او جنبه مطلق داشت، به این معنا که تأکید وی بر بیان احساسات، عقیده مخالف و قبول و پذیرش تمجید از طرف دیگران، استفاده از ضمیر من و حاضر جوابی بود، بدون آنکه شرایط و موقعیت اجتماعی را در نظر داشته باشد. بعدها ولپی^(۵) تکنیکهای این روش را توسعه داد. ولپی مطرح کرد که جرأت ورزی پاسخی

است که بستگی به موقعیت اجتماعی دارد و باید پیامدهای اجتماعی آن را نیز در نظر گرفت. ولپی عدم جرأت ورزی را به منزله یک نقص مهارتی خاص و یا بازداری رفتارهایی دانست که احتمالاً ناشی از تجارب یادگیری اجتماعی نادرست است و همچنین جرأت آموزی را به عنوان یکی از روشهای بازداری اضطراب معرفی کرد. راکز (۱۹۹۱) جرأت آموزی را یک مداخله اولیه و اصلی برای سازگاری با دنیای جدید و مطابق با نیازهای مردم در محیط پر هرج و مرج امروزی می‌داند. منطق درمان بر این اصل استوار است که انجام فعالیتهای مناسب مثبت باعث ایجاد تطبیق و سازگاری می‌شود و خود به حل مشکل در موقعیتهای پر فشار و اضطراب آور می‌انجامد. جرأت آموزی یک روش چند محتوایی رفتاری است و اجزای درمانی آن عبارتند از: راهنمایی^(۶)، ایفای نقش^(۷)، الگوسازی^(۸)، پس خوراند^(۹)، تمرین و مرور رفتاری^(۱۰)، در تخیل و در واقعیت (لوکوک^(۱۱)، سالکوسکیز^(۱۲)، ۱۹۸۷).

دلوتی^(۱۳) (۱۹۸۱)، برنشتین^(۱۴)، بلاک و هرسن (۱۹۷۷)، پژوهشهایی را در زمینه جرأت آموزی بر روی دانش آموزان خجالتی و مضطرب انجام دادند و نتایج مثبت گزارش شد. وهر^(۱۵) و کافمن^(۱۶)، جرأت آموزی را بر روی عده‌ای از نوجوانان مضطرب اجتماعی آزمودند و نتایج نشان داد که احساس خودکفایی در آنان افزایش یافته و اضطراب کاهش پیدا کرده است. اخیراً در مورد نقش عوامل شناختی در ایجاد اضطراب اجتماعی و نیز در

1-Diagnostic and statistical Manual of mental disorders (3rd ed.) Revised

2-assertiveness Training

4-Salter

6-coaching

8-modeling

10-behavioral rehearsal

12-Salkovskis

14-Bernestein

16-Kaufman

3-Rakos

5-Wolpe

7-role playing

9-feed back

11-Locock

13-Deloty

15-Wehr

درمان آن تأکیدهای بسیاری شده است. پژوهشی که توسط موتتی^(۱) و همکاران بر روی گروهی از افراد مضطرب اجتماعی انجام شد نشان داد که عوامل شناختی در این افراد باعث ایجاد نارسایی در مهارت‌های اجتماعی آنها شده است. مدارکی که نشان دهنده نقش عوامل شناختی در ایجاد اضطراب اجتماعی است، مشخص می‌کند که چرا افرادی که دارای مهارت‌های اجتماعی مناسب هستند در استفاده کردن از آنها در بعضی از موقعیتها دچار اشکال می‌شوند. این گونه افراد پس خوراندهای بین فردی را در مورد خود بسیار منفی‌تر از دیگران ارزیابی می‌کنند. همچنین به نظر می‌رسد که واکنشهای بین فردی خود را بیشتر به خاطر می‌آورند و مهارت‌های بین فردی خود را در موقعیت‌های اجتماعی بسیار پایین‌تر از حد واقع برآورد می‌کنند. شواهد دیگری نشان می‌دهد که افراد مضطرب اجتماعی مستعد تعمیم دادن شناخت منفی خود به دیگر موقعیت‌های اجتماعی هستند (کاسیوپو^(۲)، گلاس^(۳) و مرلوزی^(۴)، ۱۹۷۹؛ هالفورد و فودی^(۵)، ۱۹۸۲). پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که تأکید بر عوامل شناختی در درمان اضطراب اجتماعی می‌تواند مؤثر باشد. شناخت نقش مهم عوامل شناختی سبب شد که افزودن استراتژی‌های شناختی و پیوند آنها با درمان‌های رفتاری سودمند تلقی شود (باتلر^(۶)، کولینگتون^(۷)، مونبی^(۸)، آمیز^(۹) و گلدلر^(۱۰)، ۱۹۸۴). باتلر و ماتيو^(۱۱) (باتلر و همکاران، ۱۹۸۴) افزودن روش‌های درمانی شناختی را به درمان‌های رفتاری مورد تأکید قرار دادند. یکی از روش‌های بازسازی شناختی که در درمان اضطراب اجتماعی مطرح می‌باشد "بازسازی منظم منطقی"^(۱۲) است. این تکنیک توسط گلدفرید^(۱۳) و همکاران (۱۳۷۰) پیشنهاد شده و زیر بنای آن درمان عقلانی - عاطفی^(۱۴) الیس^(۱۵) است، با این تفاوت که روشی سازمان یافته‌تر و کاملتر از آن بوده و از چهار بخش تشکیل شده است:

۱- منطق درمان: روش درمان عقلانی - عاطفی الیس با اشاره به این موضوع که این افراد در مورد پیامدهای

رویدادهای گوناگون پیش بینی‌های منفی دارند، توضیح داده می‌شود.
۲- ارائه فرضیه‌های منفی که الیس آنها را زیر بنای روان رنجوری می‌داند.
۳- تحلیل مشکلات بیمار از یک دیدگاه شناختی برای تعیین غیر منطقی بودن احتمالی یکی از فرضیه‌ها.
۴- آموزش به بیمار جهت اصلاح گفتار یا احکام درونی^(۱۶).

در این روش بیمار می‌آموزد که هرگاه احساس تنش کرد و دچار یک واکنش هیجانی شد آنرا به منزله یک نشانه تلقی کند و بلافاصله بکوشد که به افکار غیر منطقی و احکام درونی که با خود مطرح کرده است پی برده و از خود بپرسد، آیا ممکن است آنچه را که با خود می‌گویم غیر منطقی باشد؟ پس با آگاهی بیشتری آنها را بازشناسی کرده و عبارتهای منطقی را جایگزین آن نماید. گلدفرید معتقد است که می‌توان روش‌های رفتاری را با این روش ترکیب کرد. روش‌هایی مثل تمرین و مرور رفتاری و راهنمایی اگر با این روش ترکیب شوند، اثربخشی آنها را خواهند افزود (همان‌جا). مک نیلی^(۱۷) و یورک^(۱۸) (۱۹۹۰) بازسازی منظم منطقی را با روش‌های چند محتوایی رفتاری ترکیب کردند و در درمان اضطراب اجتماعی به نتایج مثبتی دست یافتند. استراوینسکی^(۱۹) و همکاران، با استفاده از این روش ترکیبی در درمان اضطراب اجتماعی به نتایج مثبتی رسیدند. لاین هانت^(۲۰) بازسازی منظم منطقی را به

1-Monti	2-Cacciopo
3-Glass	4-Merluzi
5-Foddy	6-Butler
7-Cullington	8-Munby
9-Amies	10-Gelder
11-Mathew	
12-systematic rational restructuring (SRR)	
13-Gold Fried	
14-Rational Emotive Therapy (RET)	
15-Ellis	16-internal
17-Mc Neilly	18-York
19-Stravinsky	20-Line Hant

تنهایی با ترکیبی از این روش و تمرین و مرور رفتاری و نیز گروه شبه درمان مورد مقایسه قرار داد. نتایج نشان دهنده برتری روش ترکیبی در درمان اضطراب اجتماعی بود. برنشتین و برچارت^(۱) معتقدند، کارآیی درمانهای رفتاری و شناختی - رفتاری در مورد اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان نیاز به پژوهشهای سازمان یافته بیشتری دارد. از آنجایی که نتایج این قبیل پژوهشها از قابلیت تعمیم اندکی برخوردارند، بایستی به بازآزمایی آنها پرداخته شود.

پژوهش حاضر به بررسی و مقایسه میزان کارآیی روش جرأت آموزی که مجموعه‌ای از چند روش رفتاری از جمله راهنمایی، الگوسازی، ایفای نقش، پس خوراند، تمرین و مرور رفتاری در تخیل و در واقعیت است، به عنوان یک روش مجزا با همین روش توأم با بازسازی شناختی به روش بازسازی منظم منطقی بر روی گروهی از دانش آموزان دختر ۱۲ تا ۱۴ ساله مدرسه‌های راهنمایی جدول ۱: تعداد و سن آزمودنیها در هر گروه قبل و بعد از درمان

منطقه یازده آموزش و پرورش تهران پرداخته است. هدف اصلی پژوهش ارزیابی روشهای درمانی پیشنهاد شده و دستیابی به مناسبترین و مؤثرترین روش در درمان و کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان است.

روش

آزمودنیهای پژوهش را ۲۱ نفر از دانش آموزان ۱۲ تا ۱۴ ساله دختر چند مدرسه راهنمایی منطقه یازده آموزش و پرورش تهران تشکیل می‌دادند. این افراد بر اساس ملاکهای تشخیصی اضطراب اجتماعی در DSM-III-R از نظر سن، جنس و موقعیت اجتماعی اقتصادی همتا سازی شدند و به تصادف به دو گروه درمانی و یک گروه شبه درمان با تعداد ۷ نفر برای هر گروه تقسیم شدند. جدول شماره ۱ توزیع فراوانی آزمودنیها را بر حسب گروههای سنی در پیش و پس از درمان نشان می‌دهد.

گروهها	پیش از درمان			پس از درمان			
	n	تعداد بر حسب سن		n	تعداد بر حسب سن		
		۱۲ساله	۱۳ساله	۱۴ساله	۱۲ساله	۱۳ساله	۱۴ساله
جرأت آموزی (AT)	۷	۳	۳	۱	۲	۱	
جرأت آموزی و بازسازی منظم منطقی AT+SRR	۷	۲	۴	۱	۵	۱	
شبه درمان	۷	۲	۳	۲	۲	۳	

N=۱۴

ابزارها

۱- مصاحبه نیمه ساختاری^(۲): یکی از ابزارهای اصلی را در این پژوهش تشکیل می‌داد، که جهت شناسایی و تشخیص دانش آموزان مضطرب اجتماعی مورد استفاده قرار گرفت و در سه مرحله ارزیابی (پیش از درمان - بلافاصله پس از درمان و نیز یک ماه پس از قطع درمان) با خود دانش آموز، مادر و چند تن از آموزگاران مدرسه مصاحبه انجام گرفت.

۲- آزمون اضطراب مدرسه (فیلیپس^(۳))، (۱۹۷۸)

۳- مقیاس اجتناب و فشار اجتماعی (واتسون^(۴)) و فرند^(۵))، (۱۹۶۹)،

۴- مقیاس ترس از ارزیابی منفی (همان جا)

1-Berchart	2-smistructured interview
3-Philips	4-Watson
5-Friend	

- ۵- آزمون جرأت ورزی بر اساس آزمون جرأت ورزی گمبریل^(۱) و ریچی^(۲) (۱۹۷۵)، که از دو بخش درجه ناراحتی و نیز میزان بروز رفتارها تشکیل شده است.
- ۶- آزمون عبارتهای خودبینی بر اساس عبارتهای خودبینی (گلاس و همکاران، ۱۹۸۲).
- ۷- مقیاس تنهایی (اشر، هایمل و رنشا؛ ۱۹۸۴)
- ۸- مقیاس احساس خودکفایی (ویلر^(۳) و ولد^(۴)، ۱۹۸۲)
- ۹- مقیاس انتظار مثبت از پیامدها
- ۱۰- مقیاس ارزیابی درمانگر (این آزمون برای کنترل اعتبار درونی پژوهش و نیز آگاهی درمانگر از چگونگی عملکرد خود در جلسه‌های درمانی تهیه شده بود).
- ۱۱- مقیاس درجه بندی تعامل اجتماعی از دیدگاه

آموزگار (هویز^(۵) و همکاران، ۱۹۷۸). این ابزارها برای اندازه‌گیری و ارزیابی جنبه‌های گوناگون اضطراب اجتماعی در نوجوانان به کار رفتند و مدارک موجود نشان می‌دهند که برای کاربرد، اعتبار و پایایی دارند. همچنین در طول پژوهش بر روی گروهی از دانش آموزان دوره راهنمایی با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله ۲۵ روز، ضریب پایایی برای هر یک از آنها به دست آمد که مناسب بودن آن را نشان می‌داد.

جدول شماره ۲ ضریب بازآزمایی، میانگین و انحراف معیار نمره‌های تعدادی از دانش آموزان را در مرحله اول و دوم اجرای آزمونها و نیز دامنه نمره‌های آنها را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ضریب بازآزمایی، میانگین، انحراف معیار و دامنه نمره آزمونهای به کار رفته در پژوهش

آزمونها	دامنه نمره	مرحله اول		مرحله دوم		ضریب بازآزمایی	فراوانی
		SD	X	SD	X		
اضطراب مدرسه	۰-۷۴	۱۹/۵۵	۴۵/۹۷	۱۲/۲۶	۴۵/۹۷	۰/۵۹	۴۲
اجتناب و فشار اجتماعی	۰-۲۸	۴/۳۷	۱۲/۱۳	۴/۸۴	۱۲/۱۳	۰/۸۳	۳۹
ترس از ارزیابی منفی	۰-۳۰	۱۸/۲۷	۴/۰۵	۶/۷۴	۱۶/۳۸	۰/۵۹	۳۹
عبارتهای خودبینی	۱۶-۸۰	۴۶/۵۸	۹/۶۲	۸/۷۲	۴۵/۹۵	۰/۷۹	۴۰
جرأت ورزی (درجه ناراحتی)	۲۲-۱۱۰	۴۷/۴۶	۶/۲۲	۱۱/۹۸	۴۷/۶۷	۰/۶۷	۴۰
جرأت ورزی (نرخ بروز رفتار)	۲۲-۱۱۰	۷۴/۸۵	۱۰/۹۵	۱۰/۹۹	۷۶/۵	۰/۸۲	۴۰
تنهایی	۱۶-۸۰	۴۱/۵۱	۲۵/۰۱	۱۱/۰۹	۴۰/۴۹	۰/۴۹	۴۱
انتظار مثبت از پیامدها	۲۲-۱۱۰	۶۳/۹۲	۱۲/۳۵	۱۴/۲۹	۶۵/۶۹	۰/۹۶	۴۱
خودکفایی کودکان	۲۲-۸۸	۶۹/۶۳	۹/۸۵	۹/۰۷	۶۸/۰۴	۰/۶۱	۴۱
تعامل اجتماعی از دیدگاه معلم	۸-۵۶	۴۴	۳/۹۲	۴/۰۱	۴۷	۰/۸۶	۲۰

1-Gambrill

2-Richey

3-Wheeler

4-Ladd

5-Hops

شیوه اجرا

اجرای پژوهش از مهر ماه ۱۳۷۳ آغاز شد و دارای دو مرحله بود:

۱- مرحله اول، آماده سازی اولیه آزمونها بود در ابتدا ۱۳ آزمون که اضطراب اجتماعی را از ابعاد گوناگون در نوجوانان می‌سنجید و سعی شده بود که ماده‌های آنان برای دانش آموزان مدرسه راهنمایی قابل درک باشند به صورت دفترچه در آمده و در اختیار ۴۲ نفر از دانش آموزان دختر کلاس دوم راهنمایی قرار گرفت. آزمون میزان تعامل اجتماعی از دیدگاه آموزگار توسط چند تن از آموزگاران تکمیل شد. سرانجام سه آزمون به دلیل نامناسب بودن ماده‌های آنها و پایین بودن ضریب پایایی حذف شدند.

۲- مرحله دوم، اجرای اصلی پژوهش بود، در این مرحله ارزیابی‌های پیش از درمان بر روی اعضای هر سه گروه به صورت گروه‌های ۷ نفری انجام شد. در مرحله بعدی برنامه‌های درمانی اجرا شد. طول دوره درمان برای هر یک از سه گروه ۱۶ جلسه ۱/۵ الی ۲ ساعتی و دو بار در هفته بود.

برنامه درمانی به روش جرأت آموزی (AT)

این برنامه برای دانش آموزان دوره راهنمایی تنظیم شده و بر مهارت‌های اجتماعی تأکید دارد. به طور خلاصه شامل مراحل زیر است:

- ۱- شناسایی مشکل و رفتار هدف (مرحله الف)
- ۲- شناسایی موقعیت‌های تهدید کننده (این دو قسمت در مصاحبه و ارزیابی اولیه مشخص می‌شود).
- ۳- منطق درمان که توسط درمانگر با مثال‌های ساده و روشن بیان می‌شود.
- ۴- فراهم آوردن موقعیت‌های تمرینی برای اجرا.

مرحله ب) تمرین و مرور رفتاری که شامل آموزش

جرأت آموزی یک روش چند محتوایی رفتاری است و اجزای درمانی آن عبارتند از راهنمایی، ایفای نقش، الگوسازی، پس‌خوراند، تمرین و مرور رفتاری در تخیل و در واقعیت

مهارت‌های اجتماعی اساسی و اختصاصی است.

مهارت‌های اجتماعی اساسی مثل استفاده از حرکات چهره و بدن، نظیر ارتباط چشمی مناسب و حالات چهره مناسب با موقعیت، به وسیله روش‌هایی مانند الگوسازی تطابقی و مشارکتی، به صورت زنده آموزش داده می‌شود.

مهارت‌های اجتماعی اختصاصی و مهارت‌های پیچیده‌تر مانند برقراری ارتباط کلامی و مهارت‌های کلامی، مشارکت در بحث‌های عمومی، عقیده خود را بیان کردن با استفاده از روش حداقل پاسخ مؤثر^(۱) و جلو رونده تدریجی^(۲) آموزش داده می‌شوند. تکلیف خانگی گام بعدی است که در آن دانش آموز در کلاس درس و در مدرسه و در خانه آنچه را که به تدریج می‌آموزد به اجراء در می‌آورد.

برنامه درمانی جرأت آموزی توأم با بازسازی

منظم منطقی (AT+SRR)

الف) شامل همه برنامه‌های AT

ب) افزودن بازسازی منظم منطقی به AT - در هر جلسه یک یا چند تفکر غیر منطقی با مثال‌های واقعی و قابل لمس برای دانش آموزان توضیح داده می‌شود و دانش آموزان با عبارتهای خودبیانی یا احکام درونی که در هنگام برخورد با موقعیت‌های تهدید کننده به ذهنشان می‌آید آشنا می‌شوند. تکلیف خانه، گام بعدی است که

1-minimal effective response (MEF)

2-scalation

در آن علاوه بر تمرین و مرور رفتاری در واقعیت، یک یادداشت روزانه تهیه می‌کنند و در آن وقایع روزانه را که به صورت تجربه هیجانی پیش آمده یادداشت می‌نمایند و در ستونهای بعدی رفتار، احساس و افکار خود را که همزمان یا پس از واقعه پیش آمده است و نیز منطقی بودن و غیر منطقی بودن آن را از نظر خود یادداشت می‌نمایند.

برنامه شبه درمان

بخشهایی از کتاب شاهزاده و گدا اثر مارک تواین برای

جدول ۳: نتایج تحلیل پراش سه گروه پیش از درمان (مرحله اول ارزیابی) در هر یک از آزمونها

آزمونها	اضطراب مدرسه	اجتناب و فشار اجتماعی	ترس از ارزیابی منفی	عبارتهای خودبیانی (نرخ بروز رفتارها)	جرأت ورزی (درجه ناراحتی)	جرأت ورزی
F	۰/۶۵	۲/۷	۲/۷	۲/۲۵	۰/۱۸	۰/۰۵۳
آزمونها	مقیاس تنهایی	انتظار مثبت	احساس خودکفایی	از دیدگاه معلم	درجه بندی تعامل اجتماعی	
F	۱/۴۵	۱/۴۵	۰/۳۶۲		۱/۲۰۶	

Andeeshah
Va
Raftar
اندیشه و رفتار
۲۴

$P < 0/05$

جدول ۴: نتایج تحلیل پراش سه گروه بلافاصله بعد از درمان (مرحله دوم ارزیابی) در هر یک از آزمونها

آزمونها	F	آزمونها	F
اضطراب مدرسه	۱۱/۲۴*	جرأت ورزی (درجه ناراحتی)	۶/۸۴**
اجتناب و فشار اجتماعی	۸/۱۱	مقیاس تنهایی	۵۳/۹۶
ترس از ارزیابی منفی	۲۱/۸۸	انتظار مثبت از پیامدها	۵۰/۶۶
عبارتهای خودبیانی	۵۸/۷۱	احساس خودکفایی	۳۰/۸
جرأت ورزی (نرخ بروز رفتارها)	۴۹/۶۹	درجه بندی تعامل اجتماعی از دید معلم	۲۰/۹۶

** $P < 0/001$

* $P < 0/01$

نتایج و بحث

جدول ۳ با استفاده از تحلیل پراش یک عاملی نشان داد که تفاوت آماری معنی داری بین سه گروه آزمایشی پیش از درمان وجود ندارد.

جدول ۴ نشان داد که تفاوت آماری معنی داری با سطح اطمینان ۰/۹۹۹ و ۰/۹۹ بین سه گروه بلافاصله بعد

از درمان به وجود آمده است.

جدول ۵ مقایسه دو تایی میانگینها را بین گروههای جرأت آموزی و جرأت آموزی همراه با بازسازی شناختی و شبه درمان با استفاده از آزمون توکی در مرحله دوم ارزیابی نشان می‌دهد.

جدول ۵: مقایسه دوتایی میانگین گروه‌های آزمون‌های مختلف (مرحله دوم ارزیابی)

آزمونها	گروهها	میانگین نمره‌ها
	AT و شبه درمان	۵/۱۱*
اضطراب مدرسه	SRR+AT و شبه درمان	۵/۹۱*
	AT و SRR+AT	۰/۸۸****
	AT و شبه درمان	۳/۳۵**
اجتناب و فشار اجتماعی	SRR+AT و شبه درمان	۵/۱۶**
	AT و SRR+AT	۱/۲۹****
	AT و شبه درمان	۵/۵۷***
ترس از ارزیابی منفی	SRR+AT و شبه درمان	۸/۷۳***
	AT و SRR+AT	۲/۲۲****
	AT و شبه درمان	۳/۶**
عبارت‌های خودبیانی	SRR+AT و شبه درمان	۱۳/۲۲****
	AT و SRR+AT	۶/۹***
	AT و شبه درمان	۳/۸۹**
جرأت‌ورزی	SRR+AT و شبه درمان	۵/۰۲*
(میزان بروز رفتارها)	AT و SRR+AT	۱/۱۲****
	AT و شبه درمان	۶/۹***
جرأت‌ورزی	SRR+AT و شبه درمان	۶/۳***
(درجه ناراحتی)	AT و SRR+AT	۲/۶۶****
	AT و شبه درمان	۱۲/۷۷***
مقیاس تنهایی	SRR+AT و شبه درمان	۱۱/۸۷***
	AT و SRR+AT	۰/۸۹۷****
	AT و شبه درمان	۱۲/۱۱***
انتظار مثبت از پیامدها	SRR+AT و شبه درمان	۱۶/۹۷***
	AT و SRR+AT	۲/۳۷**
	AT و شبه درمان	۲/۳۷**
احساس خودکفایی	SRR+AT و شبه درمان	۵/۲۲**
	AT و SRR+AT	۲/۰۲****
درجه بندی تعامل	AT و شبه درمان	۱۰/۳۲***
اجتماعی از دیدگاه	SRR+AT و شبه درمان	۱۱/۰۱***
آموزگار	AT و SRR+AT	۰/۳۵****

* P < ۰/۰۱

*** P < ۰/۰۰۵

** P < ۰/۰۵

**** NS

عدم رفتار جرات ورزی و اضطراب اجتماعی در دانش آموزان مورد نظر بیشتر به دلیل نقص مهارت‌های اجتماعی آنان بود

جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که در مرحله دوم ارزیابی دو روش AT, SRR+AT نسبت به گروه شبه درمان تفاوت آماری معنی‌دار نشان داده‌اند. همچنین استفاده از آزمون t وابسته که به مقایسه گروه با خودش در دو مرحله پیش و پس از درمان پرداخته بود، مؤثر بودن دو روش AT, SRR+AT را نشان داد. در مرحله دوم ارزیابی تفاوت آماری معنی‌داری بین دو روش AT, SRR+AT تنها در دو آزمون عبارت‌های خود بیانی و انتظار مثبت از پیامدها با ۰/۹۹۵ و اطمینان وجود دارد و می‌توان چنین استنباط کرد که روش SRR+AT نسبت به AT در همه جنبه‌های اضطراب اجتماعی در نوجوانان دختر ۱۲ تا ۱۴ ساله برتری نداشته بلکه در آزمون‌هایی که صرفاً جنبه‌های شناختی را می‌سنجیده‌اند از جمله عبارت‌های خودبیانی و انتظار مثبت از پیامدها، تأثیر بیشتری داشته است.

پیگیری است و نیز با استفاده از آزمون t وابسته برای مقایسه نمرات هر گروه پیش از درمان و پس از آن مؤثر بودن روشهای AT و SRR+AT مورد تأیید قرار گرفت.

جدول ۶ تحلیل پراش گروههای آزمایشی را در مرحله سوم ارزیابی نشان می‌دهد. این جدول حاکی از معنی‌دار باقی ماندن تفاوت آماری بین سه گروه آزمایشی در مرحله

جدول ۶: نتایج تحلیل پراش گروهها در مرحله سوم ارزیابی در هر یک از آزمونها

آزمونها	اضطراب مدرسه	اجتناب و فشار اجتماعی	توس از ارزیابی منفی	عبارتهای خودبینی	جرأت ورزی
F	۱۵	۶۰/۱	۵۷/۲	۵۷/۵	۳۶/۳
آزمونها	جرأت ورزی (درجه ناراحتی)	مقیاس تنهایی	انتظار مثبت از پیامدها	احساس خودکفایی	درجه بندی تعامل اجتماعی از دیدگاه معلم
F	۵۳/۳۲	۲۳/۹۳	۲۳/۳۱	۳۵/۰۵	۲۳/۹۲

$P < 0.001$

جدول ۷: مقایسه دوتایی میانگین گروهها در آزمونهای مختلف (مرحله سوم ارزیابی)

آزمونها	گروهها	میانگین نمرهها
	AT و شبه درمان	۷/۳۶**
اضطراب مدرسه	SRR+AT و شبه درمان	۸/۳۰**
	AT و SRR+AT	۱/۰۳***
اجتناب و فشار اجتماعی	AT و شبه درمان	۳/۷۴۵*
	SRR+AT و شبه درمان	۲/۵۵**
	AT و SRR+AT	۰/۲۷***
توس از ارزیابی منفی	AT و شبه درمان	۱۳**
	SRR+AT و شبه درمان	۱۲**
	AT و SRR+AT	۰/۸۸***
عبارتهای خودبینی	AT و شبه درمان	۷/۱۳**
	SRR+AT و شبه درمان	۱۵/۲۶**
	AT و SRR+AT	۸/۱۲**
جرأت ورزی (نرخ بروز رفتارها)	AT و شبه درمان	۱۳/۱۱**
	SRR+AT و شبه درمان	۶۵/۲**
	AT و SRR+AT	۲/۳۵**
جرأت ورزی (درجه ناراحتی)	AT و شبه درمان	۷/۶۵**
	SRR+AT و شبه درمان	۶/۸۲**
	AT و SRR+AT	۷/۸۳***
	AT و شبه درمان	۸/۴۳**

جدول شماره ۷ نشان می‌دهد که در مرحله سوم ارزیابی تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه AT و SRR+AT در سه آزمون عبارتهای خودبینی و انتظار مثبت از پیامدها و نیز احساس خودکفایی وجود دارد. در بقیه آزمونها همچنان عدم تفاوت آماری معنی‌دار بین این دو روش وجود دارد. این جدول همچنین نشان می‌دهد که تفاوت آماری معنی‌دار بین دو گروه AT و شبه درمان و نیز SRR+AT و شبه درمان در مرحله سوم ارزیابی (پیگیری) محفوظ مانده است. مقایسه نتایج پژوهش در مرحله دوم و سوم ارزیابی نشان می‌دهد که روش جرأت آموزی توأم با بازسازی شناختی در مرحله سوم باعث افزایش احساس خودکفایی به طور معنی‌داری نسبت به روش جرأت آموزی در

۳- به نظر می‌رسد درمانهای چند	۷/۹ ^{**}	SRR+AT و شبیه درمان	مقیاس تنهایی
محتوایی رفتاری جزء مؤثر و	۰/۰۶ ^{***}	AT و SRR+AT	
کسارآمدی را در جرأت آموزی	۸/۷۹ ^{**}	AT و شبیه درمان	
تشکیل دهند و اثر بخشی آنها در	۱۲/۸ ^{**}	SRR+AT و شبیه درمان	انتظار مثبت از پیامدها
افزایش فراوانی رفتار جرأت	۳/۷۸ [*]	AT و SRR+AT	
ورزی و حتی در تغییر دادن	۵/۵۶ ^{**}	AT و شبیه درمان	
شناخته‌های نابجا و افکار غیر	۱۱/۸۹ ^{**}	SRR+AT و شبیه درمان	احساس خودکفایی
منطقی غیر قابل انکار است.	۶/۳۱ ^{**}	AT و SRR+AT	
۴- علیرغم کوشش درمانگر در مورد	۱۰/۱۹ ^{**}	AT و شبیه درمان	درجه بندی تعامل
کاربرد صحیح و دقیق روشهای	۱۳/۱ ^{**}	SRR+AT و شبیه درمان	اجتماعی از دیدگاه
مداخله این امکان وجود دارد که	۱/۵۰ ^{***}	AT و SRR+AT	آموزگار

* P < ۰/۰۵

*** NS

** P < ۰/۰۰۵

بکسارگیری روشها وجود داشته باشد.

۵- بررسی‌های اندکی که در مورد مقایسه اثر بخشی

روشهای رفتاری و شناختی - رفتاری جرأت ورزی انجام شده است، نتایج متضادی را در بر داشته است. برای نمونه پژوهشی که توسط گلاس، گاتمن و شمراک^(۱) (۱۹۷۶) انجام شده نشان داده است که روش جرأت آموزی توأم با بازسازی شناختی نسبت به روش جرأت آموزی برتری داشته است. حال آنکه پژوهشی که هامن^(۲)، جاکوبز^(۳)، مایول^(۴)، کچران^(۵) (۱۹۸۰) انجام دادند، نشان داد که روش جرأت آموزی توأم با بازسازی شناختی و جرأت آموزی برتری معنی داری نسبت به یکدیگر ندارند. تجزیه و تحلیل کیفی که از مصاحبه‌ها در سه مرحله ارزیابی انجام شد، نشان داد که دو AT و SRR+AT روش روشهایی مؤثر در کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان هستند.

مقایسه با مرحله دوم ارزیابی شده بود. توجیه آن می‌تواند این باشد که در مرحله دوم ارزیابی افزایش انتظار مثبت از پیامدها و کاهش عبارتهای خودبینی منفی که توأم با تمرین و مرور رفتاری در واقعیت و افزایش تجربه و رویارویی موفقیت آمیز می‌باشد در طول مدت مثلاً ۴ هفته می‌تواند باعث افزایش احساس خودکفایی در نوجوانان شود. در سایر آزمونهایی که جنبه‌های شناختی - رفتاری را توأم اندازه گیری می‌کردند تفاوتی میان این دو روش مشاهده نشد و احتمالهای زیر می‌تواند در این مورد مطرح باشد:

۱- آزمونهایی که جنبه‌های شناختی و ذهنی را مورد سنجش قرار می‌دادند نسبت به تأثیر مداخله‌های شناختی حساس تر بوده و تغییرات را آشکارتر نشان داده‌اند. مانند آزمونهایی خودبینی، انتظار مثبت از نتایج و احساس خودکفایی.

۲- عدم رفتار جرأت ورزی و اضطراب اجتماعی در نمونه‌های مورد نظر بیشتر به دلیل نقص مهارتهای اجتماعی آنان بود و روش جرأت آموزی با تأکید بر آموزش مهارتها می‌توانست نیازهای دانش آموزان را در این مورد برطرف نماید.

Bernstein, G. A. & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.

Bernstien, M. R., Bllack, A. S. & Hersen, M. (1977). Social skills training for unassertive children: A multiple baseline analysis. *Journal of Applied Behavior analysis*, 10, 183-195.

Butler, G. A., Cullington, A., Munby, M., Amies, P. & Gelder, M. G. (1984). Exposure and anxiety management in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 642-65.

Cacciopo, J. T., Glass, G. R. & Merluzzi, T. V. (1979). Self statement and self evaluation, a cognitive response. *Analisyis Modificata de Conducta*, 11, 325-331.

Deluty, R. H. (1981). Assertiveness in children: Some research considerations. *Journal of Clinical Child Psychology*, 10, 149-56

Gambrill, E. D. & Richey, C. A. (1975). Assertion Test. *Behavior Therapy*, 12, 550-567.

Glass, C. R., Merluzzi, T. & Larsen, C. (1982). Cognitive assessment of social anxiety. *Cognitive Thrapy and Research*, 69, 37-55.

Halford, K. & Flddy, M. (1982). Cognitive and social skills, correlates of social anxiety. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 17-28.

Hammen, C.; Jacobs, M.; Mayol, A.; Cochran, S. D. (1980). Dysfunctional cognitions and the effectiveness of skills and cognitive behavioral assertion training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 685-695.

Hops, D. H., fleischman, I. & Greenwood, C. P. (1978).

عدم قدرت تعمیم پذیری به دلیل حجم محدود نمونه و دو سوکور نبودن پژوهش، از محدودیت‌های عمده پژوهش حاضر به شمار می‌رفت. چند محتوایی بودن روشهای درمانی باعث شده بود مشخص نشود که اثر بخشی درمانی تحت تأثیر کدام جزء درمانی صورت گرفته است و یا اینکه تا چه میزان تحت تأثیر تعامل بین اجزای برنامه درمانی است. با توجه به این گونه محدودیتها باز آزمایی این روشها که سایر گروههای سنی و طبقه‌های اجتماعی و هر دو جنس را در بر گرفته باشد، پیشنهاد می‌شود. انجام پژوهشهایی که به مقایسه اثر بخشی هر یک از اجزای برنامه درمانی به طور جداگانه بپردازد از پیشنهادهای دیگر است. پژوهشهایی که در آن به مقایسه روشهای رفتاری، شناختی - رفتاری و شناختی به منظور جرأت آموزی پرداخته شود می‌تواند مفید باشد، گذشته از آن تهیه ابزاری معتبر و پایا برای اندازه گیری، ارزیابی و تشخیص اختلالهای اضطرابی به ویژه اضطراب اجتماعی در کودکان و نوجوانان که جنبه‌های شناختی، رفتاری و نئیز فیزیولوژیکی را در بر داشته باشد و منطبق با فرهنگ و رسوم جامعه باشد، از ضروریات اساسی در این گونه پژوهشها به شمار می‌رود.

منابع

کارتلیج، گندلین؛ میلیورن، جی اف. (۱۳۶۹). آموزش مهارتهای اجتماعی به کودکان. ترجمه محمد حسین نظری نژاد. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

گلد فرید، ماروین، آر.؛ دیویسون، جرالد، سی. (۱۳۷۰). رفتار درمانی بالینی. ترجمه ماهر، فرهاد. چاپ اول. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.

Asher, S. R., Hymel, S. & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child Development*, 55,

school assertion in adolescents. *Canadian Journal of Cunselling*, 24, 217-229.

Rakos, R. F. 1991. *Assertive behavior therapy research and training*. London, Rutledge.

Watson, D., Friend, R. (1969). Measurement of social evaluation anxiety. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 33, 448-457.

Wheeler, R. A., Ladd, G. W. (1982). Assessment of childrens self efficacy for social intraction with peers. *Developmental Psychology*, 18, 798-803.

Program for establishing effective relationship skills. *Cognitive behavior therapy with children in schools*. London: Pergamon Press.

Lucock, M. P. & Salcovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social anxiety and its treatment. *Behavior Research and Therapy*, 26, 297-308.

Phillips, B. N. (1978). *Cognitive behavior therapy with children in schools*. London: Pergamon Press.

Mc Neilly, R. A. & York, C. (1990). Social skills training and the role of a cognitive component in developing



انقلابی دیگر در بهداشت روانی

ما در میانه راه انقلاب بزرگی هستیم که در "تفکر" و "برنامه ریزی" مراقبتهای بهداشت روانی در سراسر دنیا در حال انجام است. سه جنبه مهم این انقلاب عبارتند از:

- ۱- چرخش از رویکرد یکسوگرایانه حیاتی یا روانشناختی به رویکردی واحد (حیاتی - روانی اجتماعی)^(۱) (گلدبرگ و هالسکی، ۱۹۹۲؛ سری ناوامورتی، ۱۹۹۳).
- ۲- چرخش از بیماری روانی^(۲) به سلامت روانی^(۳)
- ۳- توجه بین المللی به بهداشت روانی (گزارش توسعه جهانی، ۱۹۹۳؛ کمیسیون توسعه و پژوهش روانی، ۱۹۹۰؛ دانشکده پزشکی هاروارد، ۱۹۹۵).

"دکتر مورتی استاد روانپزشکی هند، اجلاس بهداشت روانی کارابلانکا، مراکش، ۱۹۹۵"