

درمان هراس اجتماعی

اعظم مرادی^۱ فاطمه غلامی رنانی^۲

پرسشها

عوامل بروزدهنده هراس اجتماعی چه هستند؟
ایا ناباوری فرد از کارآمدی خودخواستگاری برای هراس اجتماعی است؟
برای افزایش باوری فرد از کارآمدی خود چه می توان کرد؟
روشهای افزایش موفقیت در عملکرد و کاهش هراس اجتماعی چه هستند؟

چکیده

تاکنون تکنیکها و روشهای متعددی نظیر مواجهه درمانی، آرامسازی کاربردی، آموزش تنیدگی زدایی، درمان کارآمدی اجتماعی، آموزش کنترل اضطراب، درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان ترکیبی مواجهه گروهی و بازسازی شناختی گروهی برای درمان هراس اجتماعی به کار برده شده است، اما بررسیها نشان می دهد که هرکدام از این روشهای درمانی اثر ویژه ای بر هراس اجتماعی دارند فقط تاحدی در درمان این اختلال موثرند. این امر اهمیت طراحی درمانی را که کارآمدتر باشد و جنبه های مختلف هراس اجتماعی را پوشش دهد، بیش از پیش روشن می سازد. از طرف دیگر به نظر می رسد که یکی از عواملی که در بروز هراس اجتماعی نقش مهمی دارد، احساس خودکارآمدی پایین فرد در موقعیتهای اجتماعی است. به اعتماد بندورا (۱۹۹۷) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی عمدتا از لحاظ باورهای مختل در مورد کارآمدی خود و نه از لحاظ مهارتهای اجتماعی واقعی با دیگران متفاوتند. لیری و آدرتون (۱۹۸۶) و گایودیانو و هربرت (۲۰۰۳) خاطر نشان می کنند که رواندرمانی هراس اجتماعی می تواند برافزایش خودکارآمدی در موقعیتهای اجتماعی متمرکز شود. روش شناختی - رفتاری بندورا برای افزایش خودکارآمدی بر چهار اصل کلی موفقیت عملکرد، تجربه های جانشینی، قانع سازی کلامی و تعدیل کردن برانگیختگی فیزیولوژیکی

^۱ دانشجوی دکترای روانشناسی

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

استوار است. روشهای اصلی افزایش موفقیت عملکرد در افراد مبتلا به هراس اجتماعی شامل ایفای نقش مثبت، انجام تکالیف خانه در بین جلسات درمانی و آموزش مهارتهای اجتماعی است؛ روش افزایش خودکارآمدی نسبت به روشهای پیشین مانند مواجهه درمانی، بازسازی شناختی و آرامسازی این مزیت را دارد که به صورت توأمان اجزایی از هر کدام از آنها را دربردارد.

کلید واژه ها: هراس اجتماعی، خودکارآمدی، موقعیت های اجتماعی

Abstract

As yet numerous methods such as exposure therapy, applied relaxation, stress inoculation training, social effectiveness therapy, anxiety management training, cognitive-behavior group therapy, and group exposure with group cognitive restructuring have been used for cure of social phobia; But results of studies shows that every one of these methods has a special effect on social phobia and only somewhat effective for cure of this disorder. This matter clears up more than ever importance of design a more effective method that include various dimensions of social phobia. On the other hand it seems that one of factors that has a important role in appearing social phobia is individual's low self efficacy perception. According to Bandura (1977) persons with social anxiety chiefly differ from others in term of maladjustment believes about own self-efficacy and no in term of real social skills. Leary and Atherton (1986), and Gaudiano and Herbert (2003) point out that psychotherapy for social phobia can be focused on increase the self-efficacy for social situations. Bandura's cognitive-behavioral method for increase self-efficacy is based on four overall principle: mastery performance, vicarious experiences, verbal persuasion, and adjustment of physiological arousal. Basic methods of mastery performance improving are positive role playing, carry out of homework assignment out of sessions and social skills training. Bandura's cognitive-behavioral method as compare to previous methods such as exposure therapy, cognitive restructuring and relaxation has this advantage that has a number components of every one these methods.

Key Words: social phobia, self-efficacy, social situations

مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و از اجتماعی زیستن او گریزی نیست. در این میان بیشتر افراد قادرند بدون دغدغه خاطر با دیگران ارتباط برقرار کنند یا در جمع به فعالیتهایی از قبیل سخنرانی، غذا خوردن، نوشتن و غیره بپردازند. اما کسانی نیز هستند که در چنین موقعیت هایی دچار اضطراب می شوند. این حالات گاهی آنچنان شدت می یابد که فرد خود را مجبور

به اجتناب از چنین موقعیتهایی می بیند یا آنها را با اضطراب زیاد تحمل می کند و در کل زندگی حرفه ای، تحصیلی و اجتماعی او مختل می گردد، به طوری که مشمول تشخیص اختلال هراس اجتماعی می گردد. هراس اجتماعی که با ترس مداوم از تعامل با دیگران یا انجام عملی درموقعیت های اجتماعی که ناشی از نگرانی از هول شدن، تحقیرشدن یا ارزیابی منفی دیگران است، مشخص می شود، اغلب یک حالت مزمن و ناتوان کننده است (است^۱، ۱۹۸۸؛ اسکینیر^۲ و همکاران، ۱۹۹۲). هراس اجتماعی از انواع دیگر هراسها پیچیده تر است، چون حول محور ترس از رویدادهای غیرقابل مشاهده مانند ارزیابی منفی، انتقاد و یا طرد شدن از جانب دیگران دور می زند (هاوتون^۳ و همکاران، ۱۳۸۱). البته هراس اجتماعی دو جنبه متمایز مهم دارد؛ به نظر می رسد که توصیفاتی مانند کمرویی، اضطراب اجتماعی، اضطراب درباره مرادده با جنس مخالف و اضطراب بین فردی خصوصیت مشترک مشکل تعامل با دیگران است؛ برعکس اضطراب صحبت کردن و ترس از مورد مشاهده موشکافانه قرارگرفتن (مثلا به هنگام غذا خوردن، نوشیدن یا چیزی نوشتن و غیره) موضوع متفاوتی است، به طوری که این فعالیتها لزوماً شامل تعامل با دیگران نمی شود، بلکه فقط شامل قرارگرفتن درموقعیتی می شود که فرد مورد مشاهده دیگران است و احساس می کند که زیرنظر گرفته شده است (ماتیک و کلارک^۴، ۱۹۹۸؛ لیری^۵، ۱۹۸۳). DSM-III-R (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۷) نیز چنین تمایزی بین دو جنبه مهم هراس اجتماعی را پیشنهاد کرده است. طبق گزارشهای موجود، شیوع سراسر عمر هراس اجتماعی ۳ تا ۱۳ درصد است (کاپلان و سادوک^۶، ۱۳۷۸). این امر نشان میدهد که هراس اجتماعی اختلال شایعی بوده و تعداد زیادی از افراد با این مشکل دست به گریبانند.

با افزایش علاقه به بررسی اختلال هراس اجتماعی طی سالهای اخیر نیاز شدیدی به دستیابی به روشهای ارزیابی دقیق و درمان این اختلال احساس می شود (فایربراذر^۷، ۲۰۰۲).

¹-Ost

²- Schincier

³-Hawton

⁴- Mattick & Clark

⁵-Leary

⁶-Kaplan & Sadock

⁷-Fairbrother

مواجهه^۱ درمانی نخستین درمان روانشناختی بود که تأثیر آن در افراد مبتلا به هراس اجتماعی نشان داده شد، اما تحقیقات بیانگر آن است که اگر چه این نوع درمان موثر است، محدودیتهایی نیز دارد. از جمله اینکه بسیاری از افراد مبتلا به این اختلال، یا در پاسخ به درمان موفق نیستند یا فقط بهبودی نسبی نشان می دهند (کلارک و فربون^۲، ۱۳۸۰). برای مثال ماتیک و پیترز^۳ (۱۹۸۸) دریافتند که فقط ۳۰٪ افراد درمان شده به وسیله مواجهه، در پایان درمان به نتیجه مطلوب نهایی رسیده اند. سایر روشهای رفتاری از جمله آرامسازی کاربردی^۴، آموزش تنیدگی زدایی^۵ و درمان کارآمدی اجتماعی^۶ نیز کم و بیش نتایج مشابهی دربرداشته اند (تورک^۷ و همکاران، ۱۹۹۹). این محدودیتهای بود که انگیزه ای برای ارائه یک درمان جایگزین فراهم آورد، درمانی که رویکردهای شناختی برای مفهوم سازی و درمان این اختلال را دربرگیرد (کلارک و فربورن، ۱۳۸۰). فرض مدلهای شناختی بر این است که ارزیابی های منفی افراد مبتلا به هراس اجتماعی از عملکرد خود حداقل تا حدودی تحریف شده است و رفتارهای ایمنی آنها در تداوم بخشیدن به هراس اجتماعی آنها موثر است. همچنین براساس این مدلها، افراد مبتلا به هراس اجتماعی از اطلاعات درونی برای ترسیم خود به ویژه از نظر دیگران استفاده می کنند و این اطلاعات برای آنها مهمتر از مشاهده رفتارهای واقعی دیگران است (کلارک و فربون، ۱۳۸۰). محققان دریافتند که این افراد عملکرد خود را کم برآورد می کنند (رپی ولیم^۸، ۱۹۹۲)، اما برآورد بیشتری از میزان اضطراب خود در نظر دیگران، دارند (مک ایوان و دونیز^۹، ۱۹۸۳).

توجه به این مولفه ها و دیگر مولفه های شناختی در بروز هراس اجتماعی باعث شده که روانشناسان با استفاده از مدل های شناختی و رفتاری پیشین، چندین درمان شناختی - رفتاری برای اختلال هراس اجتماعی ابداع نمایند. این روشهای درمانی دربرگیرنده آموزش کنترل

1-exposure

2-Fairborn

3-Peters

4-applied relaxation

5-stres inoculation training

6- Social effectiveness therapy

7-Turk

8-Rapee & Lim

9-McEwan & Devins

اضطراب^۱ باتلر^۲ و همکاران، درمان گروهی شناختی رفتاری^۳ هیمبرگ^۴ و همکاران و درمان ترکیبی مواجهه گروهی و بازسازی شناختی گروهی^۵ ماتیک و پیترزاست. اما مطالعات کنترل شده، شامل مقایسه انواع مداخله های روانشناختی، نشان می دهد که هر کدام از این روشهای درمانی اثر ویژه ای برهواس اجتماعی دارند و فقط تا حدی در درمان این اختلال موثرند (کلارک و فربورن، ۱۳۸۰). این امر اهمیت طراحی درمانی را که کارآمدتر باشد و جنبه های مختلف هراس اجتماعی را پوشش دهد، بیش از پیش روشن می سازد.

از طرف دیگر به نظر می رسد که یکی از عواملی که در بروز هراس اجتماعی نقش مهمی دارد، احساس خودکارآمدی^۶ پایین افراد مبتلا به این اختلال در موقعیت های اجتماعی است. بندورا^۷ (۱۹۹۷) خودکارآمدی را باور راسخ فرد مبنی بر اینکه می تواند یک رفتار خاص لازم برای دستیابی به نتیجه مورد نظر را با موفقیت انجام دهد، تعریف می کند. به اعتقاد وی، احساس خودکارآمدی وابسته به موقعیت خاص است و به طور قابل ملاحظه ای بستگی به موقعیتی دارد که فرد در آن قرار میگیرد. از زمانیکه بندورا این اصطلاح را مطرح کرد محققان متعددی دریافته اند که خودکارآمدی بادامنه گسترده ای از مسائل بالینی از جمله فوبی ها، وابستگی به مواد، افسردگی، مهارتهای اجتماعی، جراتمندی، استرس و غیره مربوط است (پاجارس^۸، ۱۹۹۷).

به اعتقاد بندورا (۱۹۹۷) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی عمدتاً از لحاظ باورهای مختل درمورد کارآمدی خود و نه از لحاظ مهارتهای اجتماعی واقعی با دیگران متفاوتند؛ وقتی افراد باورهایی در مورد کارآمدی اجتماعی خود شکل می دهند، موفقیتها و شکستهای اجتماعی خود را هماهنگ با این باورها تعبیر می کنند. لیری و آدرتون^۹ (۱۹۸۶) نقش خودکارآمدی در هراس اجتماعی را مربوط به این باور می دانند که افراد می توانند خود را به شیوه ای مطلوب جلوه دهند تا مانع ارزیابی منفی دیگران شوند.

^۱-anxiety management training

^۲-Butler

^۳-cognitive behavior

^۴-Heimberg

^۵- group cognitive restructuring

^۶- self- efficacy

^۷- Bandura

^۸- Pajares

^۹- Atherton

شوارزر و جروسالم^۱ (۱۹۹۲) ارتباط بین خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی را براساس میزان تمرکز بر خود تبیین می کنند. به اعتقاد آنها «خودآگاهی متمرکز بر خود» وقتی رخ می دهد که افراد باور دارند که در معرض مشاهده شدن و ارزیابی شدن توسط دیگران قرار دارند؛ به عبارت دیگر تمرکز بر خود اشتغال ذهنی با خود انگاره است. شوارزر و جروسالم معتقدند افرادی که خودکارآمدی پایینی دارند خودآگاهی اجتماعی بالایی نشان می دهند، روی عیوب خود متمرکز می شوند، شکست ها را تجسم می کنند و انتظار پیامدهای نامطلوب ذهن آنها را مشغول می کند. استوپا^۲ و کلارک (۱۹۹۳) نیز معتقدند که سطوح بالای تمرکز بر خود مشخصه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی است؛ طبق نظر آنها افکار افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی «مبنی بر اطلاعات» نیست، بلکه برنامه ای است که در موقعیت های اجتماعی به طور خودکار فعال می شود و میزان بالای تمرکز بر خود را نشان می دهد. به اعتقاد ماهونی^۳ و همکاران (۱۹۹۳) هراس اجتماعی ممکن است با یک «طرحواره خود منفی» اساسی که باعث جهت دهی ادراک عملکرد در موقعیت های اجتماعی و خودکارآمدی پایین می شود، ارتباط داشته باشد.

مادوکس^۴ و همکاران (۱۹۸۸) از آزمودنیها خواستند که خود را در چند موقعیت اجتماعی تصورکنند و خودکارآمدی و اضطراب خود را درجه بندی کنند. آنها دریافتند که انتظار کارآمدی آزمودنیها با درجه بندی آنها از اضطراب مورد انتظار خود همبستگی ۰/۴۹- و با اضطراب اجتماعی مربوط به موقعیتهای اجتماعی همبستگی ۰/۶۵- دارد. استوپا و کلارک (۱۹۹۳) در تحقیقی از افراد مبتلا به هراس اجتماعی، افراد مبتلا به انواع دیگر اضطراب و افراد گروه کنترل خواستند که در قالب یک بازی نقش با یک دوست صحبت کنند و افکار خود را ثبت نمایند. نتایج نشان داد که افراد مبتلا به هراس اجتماعی حتی وقتی که نسبت به دو گروه دیگر در تکلیف بازی نقش عملکرد ضعیف تری داشتند درجه بندی آنها از مهارت خود در انجام این تکلیف از درجه بندی مشاهده گر پایین تر بود. استوپا و کلارک معتقدند که این نتایج حاکی از خودکارآمدی پایین این افراد در موقعیت های اجتماعی است. ماهونی و همکاران (۱۹۹۳) در تحقیقی بر روی پسران دانشجوی دوره لیسانس این فرضیه را که اضطراب

^۱ -Schwarzer & Jerusalem

^۲ -Stopa

^۳ -Mahone

^۴ -Maddux

اجتماعی از خودکارآمدی پایین در ایجاد عقیده مطلوب ناشی می‌شود، آزمایش کردند. براساس نتایج بدست آمده درصد افکار مربوط به خود ارزیابی منفی با درجه بندی از خودکارآمدی خویش قبل و اوایل مکالمه با دختر جذاب رابطه معکوس داشت. علاوه بر این خودکارآمدی با درجه بندی فرد از اضطراب ذهنی خود در پایان مکالمه رابطه داشت.

گایودیانو و هربرت^۱ (۲۰۰۳) و لیری و آدرتون (۱۹۸۶) خاطر نشان می‌کنند که روان‌درمانی هراس اجتماعی می‌تواند بر افزایش خودکارآمدی در موقعیت های اجتماعی متمرکز شود. روش شناختی رفتاری بندورا برای افزایش خودکارآمدی بر چهار اصل استوار است که عبارتند از:

- ۱- مواجه کردن افراد با تجربه های موفقیت آمیز از طریق ترتیب دادن هدفهای دست یافتنی، موفقیت عملکرد را افزایش می دهد
- ۲- مواجه کردن افراد با الگوهای مناسبی که در یک زمینه خاص موفق هستند، تجربه های موفق جانشینی را بهبود می بخشد.
- ۳- قانع سازی کلامی افراد را به این باور می رساند که توانایی عملکرد موفقیت آمیز را دارند.

۴- تعدیل کردن برانگیختگی فیزیولوژیکی از طریق رژیم غذایی مناسب، کاهش استرس و برنامه های ورزشی توانایی کنار آمدن با مسائل را افزایش می دهد (شولتز^۲ و شولتز، ۱۳۸۱).

بویژه بندورا (۱۹۷۷) خاطر نشان می سازد که پیشرفت در عملکرد باعث بیشترین افزایش در خودکارآمدی میشود. به اعتقاد گایودیانو و هربرت (۲۰۰۳) و لیری و آدرتون (۱۹۸۶)، روشهای اصلی افزایش موفقیت عملکرد در افراد مبتلا به هراس اجتماعی شامل ایفای نقش مثبت، انجام تکالیف خانه در بین جلسات درمانی و آموزش مهارتهای اجتماعی است. لیری و آدرتون (۱۹۸۶) چنین مطرح می کنند که ایفای نقشهای مثبت موفق که در آن درمانگر از طریق تعاملات اجتماعی پیامدهای مثبتی برای مراجع فراهم می کند، نقش مهمی در جذب درمان شدن بیمار دارد. به اعتقاد گایودیانو و هربرت (۲۰۰۳) تکالیف خانگی درمانهای شناختی - رفتاری و از جمله درمان شناختی - رفتاری بندورا به افراد مبتلا به هراس اجتماعی کمک می

^۱-Gaudio & Herbert

^۲ Schultz

کند تا در فاصله بین جلسات تعاملات اجتماعی مثبتی را تمرین کنند که باعث افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی در موقعیت های اجتماعی در آنها می شود؛ آنها براین باورند که تمرین های ایفای نقشی که در جلسات انجام می شود نیز چنین کارکردی دارد. گایودیانو و هربرت همچنین معتقدند که آموزش مهارت های اجتماعی در مورد چگونگی عملکرد موفق تر در موقعیت های اجتماعی آموزش صریحی فراهم می کند که ممکن است خودکارآمدی را افزایش دهد. علاوه بر این به اعتقاد آنها درمانهای مؤثر اضطراب اجتماعی مثل درمان شناختی - رفتاری بندورا در مورد ریشه های واکنش های اضطرابی اطلاعاتی به مراجعین ارائه می دهند و تکنیکهایی برای کاهش اضطراب به آنها می آموزند.

بنابراین روش افزایش خودکارآمدی بندورا بر تکنیکهایی مانند تکنیکهای مورد استفاده سایر روشهای درمان هراس اجتماعی و از جمله روشهای شناختی - رفتاری متداول استوار است، اما نسبت به آنها این مزیت را دارد که به صورت توأمان اجزایی از روشهای مختلف پیشین از جمله مواجهه درمانی، مشارکت هدایت شده، بازسازی شناختی و آرام سازی را دربردارد؛ بنابراین به نظر می رسد که این روش نسبت به روشهای پیشین در کاهش هراس اجتماعی مؤثرتر باشد.

از طرف دیگر، روانشناسان معتقدند که شباهتهای بین افراد مبتلا به یک نوع هراس خاص (از جمله هراس اجتماعی) آنها را مستعد درمانهای گروهی میسازد، چون در گروه اعضا غالباً می توانند افکار خود درباره مقابله با موقعیتهای آنها را با دیگران در میان بگذارند و یکدیگر را مورد حمایت و تشویق قرار دهند (هاوتون، ۱۳۸۰). تنها تحقیقی که در مورد اثربخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر افزایش خودکارآمدی در موقعیتهای اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی منتشر شده است، تحقیق گایودیانو و هربرت (۲۰۰۳) است. نتایج تحقیق آنها که بر روی افراد با سطح تحصیلات مختلف و با استفاده از تکنیک بازی نقش انجام گرفت، نشان داد که این روش درمانی باعث افزایش معنی دار خودکارآمدی در موقعیت های اجتماعی می شود و این نوع خودکارآمدی پیش بینی کننده مستقلی برای کاهش علائم هراس اجتماعی است. از طرف دیگر هرچند در مورد اثر بخشی آموزش خودکارآمدی بر افزایش خودکارآمدی در موقعیتهای اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی تنها یک تحقیق منتشر شده است، اما در مورد تأثیر تکنیکهای مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بندورا بر حیطه های نسبتاً مشابه و جنبه هایی از هراس اجتماعی تحقیقات چندی انجام گرفته است. کمرویی هم در بزرگسالان و هم

در کودکان با سرمشق گیری درمان شده است. مراجعان یاد گرفته اند که بر بازداری هایشان غلبه کنند و ارتباط بهتری با دیگران برقرار نمایند (شولتس و شولتس، ۱۳۸۱). بندورا با استفاده از اصول چهارگانه افزایش خودکارآمدی به آزمودنیهای خود کمک کرد تا با اشخاص جنس مخالف رابطه بهتری برقرار کنند (شولتس و شولتس، ۱۳۸۱). بتز و شیفانو^۱ (۲۰۰۰) در تحقیقی بر روی ۵۶ آزمودنی این فرضیه را که مداخلات درمانی مبتنی بر نظریه خودکارآمدی اعتماد نفس مربوط به فعالیتهای عملی و علاقه به این فعالیتهای را افزایش میدهد، مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که در مرحله پس از آزمون ۲۴ نفر آزمودنی شرکت کننده در این برنامه درمانی نسبت به ۳۰ نفر شرکت کننده در برنامه کنترل افزایش معنی داری در اعتماد به نفس مربوط به فعالیت های عملی نشان دادند.

ویلیامز و زان^۲ (۱۹۸۹) در تحقیقی ۲۶ آزمودنی را که براساس آزمون رفتاری می توانستند فعالیتهایی را که برای آنان ترس آور بود انجام دهند، اما بهنگام انجام واقعی آنها دچار اضطراب شدیدی می شدند به سه گروه درمانی عملکرد موفق هدایت شده، مواجهه درمانی و درمان تاخیری واگذار کردند. نتایج نشان داد که عملکرد موفق هدایت شده به طور معنی دار نسبت به مواجهه درمانی در کاهش اضطراب عملکردی موثرتر است و این تفاوت در مرحله پی گیری افزایش می یابد. نتایج تحقیقات نشان داده است که با بهبود خودکارآمدی آزمودنیها در طول درمان، آنها به طور فزاینده ای می توانند با موضوعی که منبع ترس آنها بوده بهتر برخورد کنند (بندورا و همکاران، ۱۹۷۷). کازدین^۳ (۱۹۷۵، ۱۹۷۹) در تحقیقات خود نشان داده است که سرمشق گیری حتی بدون یک الگوی قابل مشاهده می تواند موثر باشد. او سرمشق گیری نهفته را برای درمان بازداری های اجتماعی به کار برده است (به نقل از شولتس و شولتس، ۱۳۸۱). نتایج تحقیق شمعی زاده (۱۳۸۴) که بر روی دو گروه ۱۵ نفره از دانشجویان دانشگاه اصفهان، به عنوان گروه آزمایشی و گروه کنترل، انجام شد نشان داد که مشاوره شغلی به شیوه شناختی - اجتماعی (مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بندورا) هم در مرحله پس از آزمون و هم در مرحله پیگیری خودکارآمدی کارآفرینی و نیز خودکارآمدی عمومی دانشجویان را افزایش می دهد. جلالی (۱۳۷۶) ۶۴ دانشجو را براساس مصاحبه بالینی و مشاهده رفتاری و آزمونهای هوشی و شخصیتی انتخاب و به طور تصادفی به ۴ گروه سرمشق پذیری و تمرین،

^۱ - Betz & Schifano

^۲ - Williams & Zan

^۳ - Kazdin

سرمشق پذیری، آرمیدگی عضلانی و گواه واگذارکرد. برنامه های نمایشی مربوط به روش سرمشق پذیری درباره موضوعها و موقعیتهای نشانگر جرأت ورزی و غیرجرأت ورزی بود؛ در تمرین رفتار آزمودنیها موظف بودند که در موقعیت هایی نظیر ارتباطات دانشگاهی و یا دیگر مسائل زندگی روزمره به تمرین پرداخته و فرم ارزشیابی مربوط به هر یک از این تمرینها را نمره گذاری وثبت نماید. علاوه بر این هر هفته گزارشهای نوشتاری مستقلی نیز از جانب آزمودنیها به درمانگر تحویل می شد. آرمیدگی عضلانی براساس روش ولپه و با کمک نوار در دو جلسه آموزش داده شد و آزمودنیهای گروه سوم موظف شدند که به مدت یک ماه دوبار در روز به اجرای تمرینهای آن بپردازند. نتایج نشان داد که گروه سرمشق پذیری و تمرین در همه متغیرهای مورد بررسی یعنی رفتارهای غیرجرأت ورزی، پرخاشگری، سلطه پذیری، رفتار انفعالی و اضطراب نسبت به گروه گواه و گروه آرمیدگی عضلانی تفاوت معنی داری دارد. همچنین این گروه نسبت به گروه سرمشق پذیری صرف، جرأت ورزی بیشتر و سلطه پذیری و اضطراب کمتری نشان داد. گروه سرمشق پذیری و گروه گواه در تمام متغیرهای مورد بررسی تفاوت معنی داری داشت. هرچند گروه آرمیدگی عضلانی در سطح توصیفی نسبت به گروه گواه برتری نشان داد اما از لحاظ آماری تأثیر آن بر هیچ یک از متغیرهای مورد مطالعه معنی دار نبود. نتایج پژوهش دانش (۱۳۷۶) نشان داد که روش درمانی خودآموزش دهی با استفاده از مجموعه روشهای رفتاری و شناختی در مقایسه با گروه گواه بر کلیه عوامل شخصیتی دانشجویان گروه آزمایشی تأثیر گذاشته و منجر به تنظیم تنفس، ایجاد تغییرات شناختی مطلوب، کاهش رگه - حالت اضطراب و اضطراب سخنرانی و افزایش کارآمدی مربوط به سخنرانی و سازش یافتگی در آنها می شود. آمالی خامنه (۱۳۷۴) در تحقیقی به مقایسه تأثیر جرأت آموزی و جرأت آموزی توأم با بازسازی شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان پرداخت نتایج نشان داد که روش جرأت آموزی و جرأت آموزی توأم با بازسازی شناختی نسبت به شبه درمان میزان اضطراب اجتماعی آزمودنیها را بیشتر کاهش داده است.

از بررسی پیشینه تحقیق مشخص می شود که چه در سطح جهان و چه در سطح ایران تحقیقاتی در مورد اثر بخشی تکنیکهای مبتنی بر نظریه خودکارآمدی بندورا بر افزایش خودکارآمدی در حیطه های مختلف و کاهش شدت انواع اختلالات روانی صورت گرفته است؛ همچنین در مورد اثر بخشی روشها و تکنیکهای مختلف درمانی بر کاهش هراس اجتماعی تحقیقات نسبتاً زیادی انجام شده است؛ اما در مورد اثر بخشی آموزش خودکارآمدی بر افزایش

خودکارآمدی در موقعیت های اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی تا آنجا که مؤلف اطلاع دارد فقط یک تحقیق در آمریکا انجام گرفته و منتشر شده است که آن هم با استفاده از تکنیکهای محدود (فقط بازی نقش) و بر روی افراد با سطح تحصیلات مختلف انجام گرفته است و در آن تاثیر آموزش خودکارآمدی بر دو جنبه متمایز هراس اجتماعی (اضطراب تعامل اجتماعی و ترس از مورد مشاهده قرار گرفتن) مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به آنچه مطرح شد آزمایش اثر بخشی آموزش خود کارآمدی بر افزایش خود کارآمدی در موقعیتهای اجتماعی و کاهش هراس اجتماعی در گروههای مختلف در کشورمان مفید به نظر می رسد.

منابع

- آمالی خامنه، شهره. (۱۳۷۴). مقایسه جرات آموزی و جرات آموزی توأم با بازسازی شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی. *فصلنامه اندیشه و رفتار، شماره ۴*، ۱۵-۲۵.
- جلالی، محمد رضا. (۱۳۷۶). بررسی اثر روشهای آموزش و سرمشق پذیری و تمرین، سرمشق پذیری و آرمیدگی عضلانی در درمان رفتارهای غیر جرات ورزی و آموزش رفتارهای جرات ورزانه، رساله دکتری روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس.
- دانش، عصمت. (۱۳۷۶). بررسی علل و پیامدهای اضطراب سخنرانی در دانشجویان دانشگاه و تاثیر روش خودآموزش دهی بر کاهش آن. پایان نامه دکتری، دانشگاه تربیت مدرس.
- شماعی زاده، مرزیه. (۱۳۸۴). بررسی تاثیر مشاوره شغلی به شیوه شناختی-اجتماعی بر افزایش خودکارآمدی کارآفرینی دانشجویان دانشگاه اصفهان. پایان نامه کارشناسی ارشد راهنمایی و مشاوره، دانشگاه اصفهان.
- شولتنس، دوان و شولتنس، سیدنی ان. (۱۳۸۱). *نظریه های شخصیت*. ترجمه یحیی سیدمحمدی. تهران: موسسه نشر ویرایش.
- کاپلان، هارولد ای و سادوک، بنجامین جی. (۱۳۷۸). *خلاصه روانپزشکی (جلد دوم)*. ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی. تهران: انتشارات ارجمند.
- کلارک، دیوید م. و فریبورن، کریستوفر جی. (۱۳۸۰). *دانش و روشهای کاربردی رفتاردرمانی شناختی (جلد اول)*. ترجمه حسین کاویانی. تهران: انتشارات فارس.
- هاوتون، کیت، سالکوس کیس، پال، م. کرک، جوان و کلارک، دیوید. م. (۱۳۸۰). *رفتاردرمانی شناختی (جلد اول)*. ترجمه حبیب الله قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند.

References

- American Psychiatric Association(1987).*Diagnostic and statistical manual of mental disorders(3rd edition, Revised)*. Washington, DC:Author
- Bandura,A.(1997).*Self-efficacy:The exercise of control*.NewYork: Freeman
- Bandura,A.(1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliff, NJ; Prentice-Hall.
- Betz,N.E.,and Schifano,R.S.(2000).Evaluation of intervention to increase realistic self-efficacy and interest in college women *Journal of Vocational Behaviour,56*,1,35-53.
- Fairbrother, N.(2002).The treatment of social phobia:100 years ago .*Behaviour Research and Therapy,4*,1291-1304.
- Gaudiano,B.A.and Herbert,J.D.(2003).Preliminary psychometric Evaluation of a New self-efficacy Scale and Its Relationship to treatment outcome in social anxiety disorder.*Cognitive Therapy and research,27*,5,537-555.
- Leary,M.R.,and Atherton,S.C.(1986).Self-efficacy,social anxiety,and inhibition in interpersonal encounters. *Journal of Social and Clinical Psychology,4*,256-267.
- Leary,M.R.(1983).Social anxiousness:The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment,47*,66-75.
- Maddux,J.E., Norton, L.W., and Leary, M.R.(1988).Cognitive component of social anxiety:An integration of self-presentational theory and self-efficacy research.*Journal of Social and Clinical Psychology,6*,180-190.
- Mahone, E.M., Bruch, M.a., and Heimberg, R.G..(1993).Focus of attention and social anxiety:The role of negative self-thoughts and perceived positive attributes of the others.*Cognitive Therapy and Research,17*,209-224.
- Mattick,R.P., and Clarke,J.C.(1998).Development and Validation of Measures of Social Phobia Scrutiny Fear and Social Interaction Anxiety .*Behaviour Research and therapy,36*,455-470.
- Mattick,R.P., and Clarke,J.C.(1989).Development and Validation of Measures of Social Phobia Scrutiny Fear and Social Interaction Social Anxiety .unpublished Manuscript,University New South Wales,A Ustralia.
- Mattick,R.P.,Peters,L.,and Clarke, J.C.(1989).Exposure and cognitive restructuring for social phobia :A controlled study .*Behavior Therapy, 20*,3-23.
- Mattick,R.P.,Peters,L.(1988).Treatment of social phobia:Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring *Journal of Consulting and clinical Psychology,36*,251-260.
- McEwan,K.L. and Devins,G.M.(1983).Is increased arousal in social anxiety noticed by others?*Journal of Abnormal Psychology,92*, 417-421.
- Ost,L.G.(1988).Applied relaxation:Description of an effective coping technique. Scandinavian. *Journal of Behaviour Therapy,17*, 83-96

- Pajares,F.(1997).Current disorder in self-efficacy research.In M.Maehr and P.R.Pintrich(Eds.), *Advances in Motivation and Achievement*(Vol 10,PP.1-49). Greenwich,ct:Jaipress.
- Rapee,R.M.and Lim,L.(1992).Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobics *Journal of Abnormal Psychology,101*,728-731
- Schneier,F.R., Johnson, J, Horing, C.D., Liebowitz, M.R., and Weisman, M.M.(1992).Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Psychiatry,49*,282-288.
- Schwarzer,R., and Jerusalem,M.(1992).Advances in anxiety theory: Acognitive process approach.In K.A.Hagtvvet and T.B.Johnson (Eds.),Advances in test anxiety. *Archives of General research*(Vol.7,pp.217)Amsterdam,The Netherland:Swets and Zeitliger.
- Stopa,L.,and Clark,D.M.(1993).Cognitive processes in social phobia *Behaviour Research and Therapy,31*, 255-267.
- Turk,C.L.,Fresco,D.M.and Heimberg ,R.G.(1999).Social phobia:Cognitive behavior therapy. InM.Hersen and A.S.Bellack(Eds.),*Handbook of Comparative Terealtments of adult Disorders,2nd edition*(PP.283-316).NewYork:John Wiley and sons.
- Williams,S.L.,and Zan,G.(1988).Guided mastery and stimulus exposure treatment for severe pereformance anxiety in agoraphobics.*Behaviour Research and Therapy,27*,237-245

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی