

## بررسی تاثیر افزودن آموزش مهارت های اجتماعی بر گروه درمانی شناختی رفتاری در درمان هراس اجتماعی دانشجویان

\* سارا وکیلان<sup>۱</sup>، دکتر بهرام علی قنبری هاشم آبادی<sup>۲</sup>، دکتر سید محمود طباطبایی<sup>۳</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی بالینی، <sup>۲</sup> استادیار گروه روان شناسی - دانشگاه فردوسی مشهد،

<sup>۳</sup> استاد گروه روان پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

### خلاصه

**مقدمه:** انسان موجودی اجتماعی است و با دیگر هموعان خود در جامعه رابطه برقرار می کند، بنابراین وجود هراس اجتماعی در برخورد و ارتباط با دیگر اعضای جامعه برای وی مشکلات زیادی را به همراه می آورد. به همین منظور این پژوهش با هدف بررسی تاثیر تلفیقی گروه درمانی شناختی رفتاری و آموزش مهارت های اجتماعی بر کاهش هراس اجتماعی دانشجویان انجام پذیرفت.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی) می باشد. آزمودنی ها پس از انجام مصاحبه ی بالینی ساخت یافته بر اساس راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (ویرایش چهارم) و اجرای آزمون هراس و اضطراب اجتماعی با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس (۱۳ نفر برای هر گروه) انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش با مداخله ی تلفیق گروه درمانی شناختی رفتاری (GCBT) و آموزش مهارت های اجتماعی (SST) و گروه کنترل (گروه درمانی شناختی رفتاری) قرار گرفتند. بعد از اتمام دوره ی ۱۲ جلسه ای (سه ماه و هفته ای یک جلسه دو ساعته) درمان در گروه ها، به منظور سنجش متغیر وابسته (هراس اجتماعی)، مجدداً آزمون هراس و اضطراب اجتماعی به عنوان پس آزمون در هر دو گروه اجرا شد.

**نتایج:** نتایج تحلیل های آماری آزمون t نشان داد که افزودن گروه درمانی شناختی رفتاری و آموزش مهارت های اجتماعی در مقایسه با گروه درمانی شناختی رفتاری سبب کاهش معنی دار هراس اجتماعی (با ارزش معناداری  $P < 0/001$ ) در دانشجویان می گردد.

**بحث:** با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می شود مولفه ی آموزش مهارت های اجتماعی به درمان های رایج هراس اجتماعی افزوده گردد.

**واژه های کلیدی:** گروه درمانی شناختی رفتاری، مهارت های اجتماعی، هراس اجتماعی، دانشجویان

### مقدمه

انسان در تمام دوران تاریخ برای برآورده ساختن نیازهای مختلف (به ویژه نیازهای روانی) به هموعان خود نیازمند بوده و زندگی اجتماعی را برگزیده است. به این منظور فرد باید بدون ترس از انتقاد، طرد یا ارزیابی دیگران وارد موقعیت های جمعی شود و خود را به عنوان یک انسان ارزشمند بداند.

تجربه ی اضطراب در موقعیت های اجتماعی نادر نیست، اما معمولاً این اضطراب آن قدر شدید نیست و حتی ممکن است عملکرد فرد را ارتقا بخشد. اما در برخی از افراد اضطراب حین حضور در موقعیت های اجتماعی آن قدر زیاد می شود که حتی هنگام پیش بینی مواجهه با این موقعیت ها نیز شدیداً مضطرب شده (۱) و ممکن است نشانه های فیزیولوژیک (۲)، نشانه های شناختی و نشانه های هیجانی را از خود نشان دهند (۳).

انسان در تمام دوران تاریخ برای برآورده ساختن نیازهای مختلف (به ویژه نیازهای روانی) به هموعان خود نیازمند بوده و زندگی اجتماعی را برگزیده است. به این منظور فرد باید بدون ترس از انتقاد، طرد یا ارزیابی دیگران وارد موقعیت های جمعی شود و خود را به عنوان یک انسان ارزشمند بداند.

\* آدرس مولف مسئول: ایران، مشهد، دانشگاه فردوسی، دانشکده علوم تربیتی

تلفن تماس: ۰۵۱۱-۸۷۸۳۰۰۸

Email: saravakilian@yahoo.com

تاریخ تایید: ۸۷/۳/۲۶

تاریخ وصول: ۸۶/۱۲/۲۳

آن بسیار اندک است و با توجه به نقش مهم این اختلال در عملکرد اجتماعی و شخصی فرد، درمان هراس اجتماعی به منظور کاهش مشکلات فردی و ارتباطی ایشان نیز از اهمیت زیادی برخوردار است. هم چنین از آن جایی که قشر بزرگی از جامعه ی ما را دانشجویان تشکیل می دهند که بیشتر از دیگران با فعالیت های اجتماعی از قبیل سخنرانی در جمع فعالیت در حضور دیگران و ... سر و کار دارند، به کار بردن شیوه های درمانی کارآمد و متناسب با سطح شناخت، آگاهی و شرایط فکری دانشجویان مفید به نظر می رسد.

در زمینه ی درمان این اختلال هم روان درمانی و هم دارو درمانی کاربرد دارند (۲). در میان رویکردهای روان شناختی به کار گرفته شده برای درمان هراس اجتماعی، کارآمدی<sup>۳</sup> درمان های رفتاری و شناختی رفتاری مورد تایید قرار گرفته و از این بین گروه درمانی شناختی رفتاری توسط هیمبرگ و همکاران ابداع و به عنوان یک روش درمانی تایید شده ی تجربی به کار گرفته شده است (هیمبرگ و بارلو، ۱۹۹۱؛ به نقل از ۱۱).

گروه درمانی شناختی رفتاری چرخه ی معیوب<sup>۴</sup> اضطراب اجتماعی را هم در فضای درمان و هم در دنیای مراجع از طریق بازسازی شناختی و تکنیک های مواجهه می شکند. این روش دارای سه مولفه ی بنیادی است که عبارتند از:

- ۱- مواجهه ی درون جلسات با موقعیت های ترس آور اجتماعی.
  - ۲- بازسازی شناختی.
  - ۳- قرارداد تکلیف خانگی، به منظور مواجهه ی واقعی و بازسازی شناختی تحت کنترل خود (بیمار) (۱۲).
- بازسازی شناختی (در شناخت درمانی) نقشی مهم در شکستن چرخه ی اضطراب اجتماعی بازی می کند (۱۳)، هم چنین امکان چالشی مستقیم با باورها، فرضیات و انتظارات مراجعان را فراهم می کند و به این ترتیب به افراد کمک می کند باورهای منفی خود را به وسیله ی توجه به تفسیرهای جایگزین و آزمون کردن شواهد در حمایت یا رد افکار "خود به خودی" منفی شان تغییر دهند (۱۴-۱۲).

هراس اجتماعی که آن را اختلال اضطراب جمع<sup>۱</sup> نیز می خوانند (۴) از دیگر انواع هراس ها پیچیده تر است چون بر پایه ی ترس از رویدادهای غیر قابل مشاهده مانند ارزیابی منفی، انتقاد و ... بوده و افکار ناراحت کننده نقش مهمی در این اختلال دارند (۳). این سبک شناختی نه تنها به وخامت اضطراب اجتماعی شدت می بخشد بلکه در تداوم این اختلال نیز نقشی مهم ایفا کرده و بر جنبه های مختلف زندگی آن ها تاثیر داشته و عملکرد فرد را از سطح مورد انتظار و بهینه تنزل می دهد (۲، ۴، ۵).

هراس اجتماعی معمولاً در اواخر دوره ی کودکی و اوایل نوجوانی (۲۰-۱۰ سالگی) شروع می شود. سیر اختلال اغلب پیوسته و مزمن است که می تواند در طی سالیان متمادی مشکلات عمیقی در زندگی فرد مبتلا ایجاد نماید (۴، ۶، ۷).

شیوع مادام العمر این اختلال طبق گزارش های موجود بین ۱۳-۳٪ بیان شده است. در درمانگاه های سر پایی میزان هراس اجتماعی بین ۲۰-۱۰٪ افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی است (۶). متوسط عمر این اختلال ۲۰ سال بوده و بهبود خود به خودی آن غیرمتمم است (لکروبیئر<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ به نقل از ۸).

مطالعات همه گیر شناسی نشان می دهد که تنها یک چهارم مبتلایان بهبود می یابند. ضمن آن که بهبودی در بیماران با تحصیلات بالاتر، سن شروع بالاتر و بدون همراهی با اختلالات روانی دیگر بیشتر است. بیماران بزرگسال مبتلا به هراس اجتماعی، نقایص جدی در مسائل اجتماعی، شغلی و تحصیلی دارند، هم چنین هراس اجتماعی با مشکلات تحصیلی و شغلی شامل استخدام نشدن و افت تحصیلی همراه است (استین و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از ۹). ۸۵٪ از افراد دارای هراس اجتماعی دچار افت عملکرد تحصیلی شده اند، ۹۵٪ مشکلاتی در زمینه ی شغلی پیدا کرده اند، ۶۹٪ در عملکرد اجتماعی دچار آسیب فراگیرند و ۵۰٪ افراد مجرد از لحاظ عملکرد اجتماعی متناسب با جنسیت خود دچار محدودیت بوده اند (۱۰). با توجه به این که این اختلال بسیار فراگیر و ناتوان کننده در سنین اوج استقلال طلبی فرد بروز کرده و بهبود خود به خودی

<sup>3</sup>. Efficacy

<sup>4</sup>. Vicious Cycle

<sup>1</sup>. Social Anxiety Disorder

<sup>2</sup>. Leikrobier

تا ارتباطات خود را بهبود ببخشند، با دیگران آسان تر رفت و آمد کنند و نیز اعتماد به نفس بیشتری داشته باشد (کینگزبرگ<sup>۸</sup>، ۲۰۰۵، به نقل از ۱۴). در مهارت آموزی، درمان گران معمولاً رفتارهای اجتماعی مناسب را به عنوان الگو قرار می دهند و مراجعان شان را تشویق می کنند که آن ها را در خارج از محیط درمان اجرا کنند.

یکی از دلایل به کارگیری آموزش مهارت های اجتماعی در درمان اختلال هراس اجتماعی این است که این اختلال همراه با ناتوانی در عملکرد اجتماعی می باشد که ممکن است حداقل در برخی از افراد، بازتابی از کمبودهای مهارتی واقعی باشد (مثلاً ناتوانی در عملکرد مناسب در بافت اجتماعی خاص). اگر چه یک اتفاق نظر کلی و عمومی وجود دارد که رفتارهای اجتماعی شخص دارای اختلال اضطراب اجتماعی تا حدی ضعیف است، با این وجود، نویسندگان متعددی متذکر شده اند که لزوماً این ناتوانی، باز نمودن کمبودهای مهارتی پایه ای نمی باشد (هربرت<sup>۹</sup>، ۱۹۹۵؛ نورتون<sup>۱۰</sup> و هوپ، ۲۰۰۱، به نقل از ۱۷).

در نهایت با توجه به قابلیت انعطاف پذیری این رویکرد، این طور به نظر می رسد که تلفیق آموزش مهارت های اجتماعی برای افرادی که کمبود مهارت های پایه ای دارند، می تواند موثر باشد و اضطراب و اجتناب شان را کاهش دهد و همین طور برای افرادی که کمبود مهارت های پایه نیز نداشته باشند می تواند به عنوان تسهیل گری برای افزایش خودکار آمده، توانایی مقابله با اضطراب و اجتناب اجتماعی عمل کند (۱۶، ۱۸). در نتیجه، این پژوهش با هدف بررسی تاثیر افزودن روش آموزش مهارت های اجتماعی به روش درمانی گروه درمانی شناختی رفتاری و مقایسه ی اثربخشی این روش تلفیقی با به تنهایی در درمان اختلال هراس اجتماعی، انجام پذیرفت.

مواجهه ی درون جلسات از طریق ایفای نقش انجام می پذیرد که امکان انجام مواجهه ای با شدت مناسب و در محیط کمتر مخاطره آمیز و کنترل شده ی تحت نظارت درمان گر را به مراجعان می دهد. مواجهه در فاصله ی بین جلسات از طریق موقعیت های اجتماعی واقعی و طبق قرارداد تکلیفی تعیین شده صورت می گیرد. هدف نهایی این تکالیف این است که هر مراجعی، درمان گر شناختی رفتاری خود باشد و هر فردی به گونه ای مجهز شود که بتواند در حال و آینده به طور سازگارانه ای با موقعیت های هراس آور روبرو شود (۱۱، ۱۴).

با وجود این که مطالعات متعددی اثربخشی درمان گروهی و فردی شناختی رفتاری را ثابت کرده اند (چامبلس<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ هوپ و همکاران<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵؛ وودی و ادسکی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴، به نقل از ۱۵)، این درمان منجر به بهبودی در همه ی بیماران نشده است و حتی در میان افرادی که جواب داده است برخی از نشانه ها و علائم در طی فرآیند درمان برطرف نشده است (۱۵).

یکی از روش های بهبود بخشیدن کارآمدی گروه درمانی شناختی رفتاری، اضافه کردن مولفه های روان درمانی های دیگر از قبیل آموزش مهارت های اجتماعی به این روش درمانی می باشد (۱۶).

سابقه ی طولانی اجتناب اجتماعی ممکن است استفاده ی شخص از فرصت های خود برای یادگیری مهارت های اجتماعی مناسب را محدود کند. در نتیجه، آموزش مهارت های اجتماعی برای برخی از افراد دارای هراس اجتماعی می تواند مفید باشد.

مهارت های اجتماعی که در خلال این درمان آموزش داده می شوند عبارتند از: ابراز وجود، تماس چشمی<sup>۴</sup>، ارتباط کلامی و غیر کلامی<sup>۵</sup>، جرات ورزی<sup>۶</sup>، کنترل خشم و پرداختن به تعارضات<sup>۷</sup>. این آموزش ها به افراد کمک می کند

1. Chambless

2. Hope

3. Woody, Adessky

4. Eye Contact

5. Verbal-NonVerbal Communication

6. Assertiveness

7. Dealing with Conflicts

8. Kingsberg

9. Herbert

10. Norton

## روش کار

پژوهش حاضر جزو دسته پژوهش های کاربردی بوده و طرحی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل و انتساب تصادفی، می باشد.

نمونه ی پژوهش حاضر عبارت بودند از افرادی از جامعه ی آماری که به کلینیک مراجعه کرده و پس از غربالگری به وسیله ی انجام مصاحبه ی بالینی و انجام تست، ملاک های شرکت در گروه را دارا بودند. حجم نمونه پژوهش حاضر ۲۶ نفر (۱۳ نفر در گروه آزمایش و ۱۳ نفر در گروه کنترل) و زمان برگزاری گروه ها از آذر تا بهمن ماه ۱۳۸۶ بود.

در این پژوهش از روش نمونه گیری در دسترس استفاده شده است. پس از اعلان عمومی جلسات، از تمامی دانشجویان دختر و پسر متقاضی و علاقه مند به شرکت در گروه درمانی در کلینیک دانشکده ی روان شناسی دانشگاه فردوسی مشهد ثبت نام به عمل آمد. به این ترتیب اعضای دو گروه آزمایش و کنترل (۱۳ نفر برای هر گروه)، از میان تمام مراجعه کنندگان دانشجو (۵۰ نفر) انتخاب شدند، این انتخاب پس از انجام مصاحبه ی بالینی ساخت یافته بر اساس راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی ویرایش چهارم (SCID-I)<sup>۱</sup> توسط روان پزشک و روان شناس بالینی و غربالگری براساس نمراتشان در آزمون هراس و اضطراب اجتماعی نمره به دست آمده و توانایی شرکت در جلسات گروه به لحاظ تعداد و زمان برگزاری جلسات، انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، قرار گرفتند. اعضای هر دو گروه با اطلاع از طرح پژوهشی درمانی رضایت خود را جهت شرکت در گروه

اعلام کردند. به این ترتیب تمامی اطلاعات مربوط به انجام مصاحبه های بالینی و نتایج تست های مراجعان در پرونده های ایشان ثبت شده و تنها در دسترس درمان گران گروه قرار داشت. هم چنین در جلسه ی اول تشکیل گروه، نحوه ی اداره ی گروه (تحت نظارت سوپروایزر) و تجهیزات مورد استفاده برای اعضا توضیح داده شد و تمامی اعضا و درمان گران تعهد خود را جهت محرمانه نگه داشتن مسائل مطرح شده در گروه اعلام

کردند (اصل رازداری). هم چنین به منظور تایید همگن و معادل بودن نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل، از آزمون  $t$  مستقل بین نمرات پیش آزمون هراس اجتماعی دو گروه استفاده شد. به این ترتیب، تفاوت معنی داری بین نمرات پیش آزمون گروه آزمایش و کنترل در مقیاس هراس اجتماعی وجود ندارد و دو گروه در مرحله ی پیش آزمون همگن بودند ( $P = ۰/۸۴۱$ ). هر دو گروه با تعداد اعضای ۱۳ نفر (در هر گروه دو نفر ریزش اولیه وجود داشت و در نتیجه نتایج به دست آمده از ۱۱ آزمودنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت)، یک درمان گران زن و یک کمک درمان گر مرد (هر دو کارشناس ارشد روان شناسی بالینی)، آغاز به کار کردند. تعداد جلسات ۱۲ جلسه ی (۳ ماه در هفته یک جلسه) حدوداً ۲ ساعته بود و مکان تشکیل گروه در اتاق مخصوص گروه درمانی کلینیک دانشکده ی روان شناسی بود. در این اتاق میل ها به صورت گرد چیده شده بودند که امکان دیدن و دیده شدن تمامی اعضا و درمان گر و کمک درمان گر را فراهم کرده بود. هم چنین اتاق مجهز به ویدیو پروژکتور، دوربین مدار بسته و گوشی های هدفون مخصوص درمان گر و کمک درمان گر بود و به این ترتیب، تمامی جلسات گروه تحت نظارت سوپر وایزر گروه (دکترای مشاوره) اجرا می شد. برای بیان مطالب آموزشی از تخته ی سفید و نمایش اسلاید تهیه شده توسط درمان گر برای کمک به فهم اعضای گروه استفاده شد. جلسات درمان به شرح زیر بودند: در گروه آزمایش، مداخله ی تلفیق گروه درمانی شناختی رفتاری و آموزش مهارت های اجتماعی اجرا شد، به این ترتیب که در ۲۰-۱۵ دقیقه ی ابتدایی هر جلسه، تکالیف جلسه ی قبل مورد بررسی قرار گرفته و به سئوالات و مشکلات اعضا پاسخ داده می شد. سپس به مدت ۴۵ دقیقه تا یک ساعت به بخش مربوط به درمان شناختی رفتاری مورد نظر هر جلسه پرداخته می شد و پس از یک استراحت ۱۰ دقیقه ای همراه با پذیرایی، در ۴۰ دقیقه ی پایانی هر جلسه به آموزش مهارت های اجتماعی خاص هر جلسه و تمرین آن و در نهایت به جمع بندی و تکالیف مربوط به جلسه بعدی، پرداخته می شد. رئوس محتوایی جلسات درمان به شرح زیر بود:

1. Structural Clinical Interview for DSM IV-axis I

در مورد یک موقعیت اضطراب زای اجتماعی، ارایه ی باز خورد با جهت گیری بر تکنیک های گوش دادن فعال و هدفمند.

جلسه ی هشتم: الف) تحلیل منطقی باورها، استراحت. ب) ارایه ی کنفرانس، ایفای نقش در مورد یک موقعیت اضطراب زای اجتماعی، ارایه ی بازخورد با جهت گیری بر تکنیک های صحبت کردن کار آمد و گوش دادن فعال و هدف مند.

جلسه ی نهم: الف) ساخت سلسله مراتب اضطراب، باور مخالف، استراحت. ب) ارایه ی کنفرانس، ایفای نقش در مورد یک موقعیت اضطراب زای اجتماعی. ارایه ی بازخورد با جهت گیری به سمت تکنیک های ابراز وجود و قاطعیت. جلسه ی دهم: الف) تغییر ادراکی و تکنیک بازداری ارادی کورتکس. استراحت. ب) ارایه ی کنفرانس، ایفای نقش در مورد یک موقعیت اضطراب زای اجتماعی، ارایه ی بازخورد با جهت گیری به سمت تکنیک های تکمیلی ابراز وجود و قاطعیت.

جلسه ی یازدهم و دوازدهم: الف) خود تنبیهی خود پاداش دهی، تغییر پایدار، بررسی و مرور کلی مباحث مطرح شده، تمرین و بحث مجدد درباره ی موضوعات مشکل تر برای اعضای گروه، جمع بندی کلی مطالب و ارایه ی راهکارهای تداوم بخش درمان پس از اتمام گروه، استراحت. ب) ارایه ی کنفرانس و ایفای نقش و بازخورد با توجه به جمع بندی مطالب قبلی، بررسی و مرور برنامه (جمع بندی نهایی)، نظرسنجی از اعضا و ارایه ی پیشنهادات، بررسی اهداف مراجعین در جلسه ی اول و میزان تحقق آن ها، بررسی نقاط ضعف و قوت گروه به صورت کتبی و شفاهی، آماده سازی گروه برای ختم درمان، اختتامیه. گروه کنترل تحت درمان روان شناختی رایج هراس اجتماعی یعنی گروه درمانی شناختی رفتاری قرار گرفتند. در گروه کنترل نیز در ۲۰ دقیقه ی ابتدایی هر جلسه، تکالیف جلسه ی قبل مورد بررسی قرار گرفته و به سئوالات و مشکلات اعضا پاسخ داده می شد. سپس به مدت ۱ ساعت به بخش شناختی مورد نظر هر جلسه و بازسازی شناختی و تمرین آن با اعضا پرداخته می شد و پس از

جلسه ی اول: الف) آشنایی و معرفی اعضا و درمان گران، بیان قوانین گروه، بیان برنامه ی تدوین شده برای گروه، بیان مختصر مشکل و هدف هر یک از اعضا از شرکت در گروه، بررسی انتظارات مراجعان از نتایج درمان، استراحت. ب) ارایه ی مدل شناختی رفتاری و مدل A-B-C برای هراس اجتماعی، تمرین آرامش از طریق تصویر ذهنی هدایت شده. جلسه ی دوم: الف) بیان نظریه ی اختلال هیجانی و بازسازی شناختی و چهار سبک تفکر توأم با خطا، تمرین طبقه بندی باورها و فرآیند تفکر، استراحت. ب) ارایه ی نقش ارتباط و عناصر کلامی آن، ارایه ی کنفرانس<sup>۱</sup> و بازخورد<sup>۲</sup> ابتدا توسط اعضا و سپس توسط درمان گران با جهت دهی به سمت وجه کلامی ارتباط.

جلسه ی سوم: الف) بررسی پیامدهای رفتاری ناشی از باورها، تمرین القای فکر، تحلیل پیکان عمودی رو به پایین، استراحت. ب) ارایه ی نقش عناصر غیر کلامی ارتباط، ارایه ی کنفرانس و بازخورد با جهت دهی به سمت وجه غیر کلامی ارتباط.

جلسه ی چهارم: الف) تحلیل پیشرفته ی پیکان عمودی رو به پایین، طبقه بندی باورها بر اساس محتوا یا کلیت، استراحت. ب) جمع بندی عناصر کلامی و غیر کلامی ارتباط، ارایه ی کنفرانس و بازخورد با توجه به وجه کلامی و غیر کلامی ارتباط. جلسه ی پنجم: الف) تهیه ی فهرست اصلی باورها، تهیه ی نقشه های شناختی<sup>۳</sup>، استراحت. ب) چگونگی تاثیر انواع و اجزای ارتباط در اثر بخشی آن، ارایه ی کنفرانس و بازخورد با جهت دهی به سمت اجزای ارتباط.

جلسه ی ششم: الف) تغییر پذیری باورها، تحلیل عینی باورها، تحلیل استاندارد باورها، استراحت. ب) ارایه ی کنفرانس و بازخورد با توجه به جمع بندی مطالب جلسات قبلی در مبحث عناصر ارتباطی، تکنیک های صحبت کردن کارآمد.

جلسه ی هفتم: الف) تحلیل کارآمدی باورها، تحلیل هماهنگی باورها، استراحت. ب) ارایه ی کنفرانس، ایفای نقش

<sup>1</sup>. Lecture

<sup>2</sup>. Feedback

<sup>3</sup>. Cognitive Map

هوفمن، ۲۰۰۰، ریس و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از ۱۶). این پژوهش برای آزمون فرضیه ی اصلی تجزیه و تحلیل آماری بر روی نمره ی کلی هراس اجتماعی آزمون هراس و اضطراب اجتماعی، انجام پذیرفته است. تشخیص احتمالی بر اساس نمره ی آزمودنی در این آزمون به این شرح است: اگر نمره ی هراس اجتماعی آزمودنی کمتر از ۳۴ باشد، احتمال وجود هراس اجتماعی بعید<sup>۳</sup> است. اگر نمره ی هراس اجتماعی آزمودنی بین ۳۴-۵۹ باشد، احتمال خفیف هراس اجتماعی وجود داشته و اگر این نمره بین ۶۰-۷۹ باشد، احتمال<sup>۴</sup> هراس اجتماعی وجود دارد و نمرات بیشتر و یا مساوی با ۸۰ امکان بالای<sup>۵</sup> تشخیص هراس اجتماعی را دارند (۲۰).

پایایی (اعتبار) و روایی پرسش نامه ی هراس و اضطراب اجتماعی: ترنر و همکاران (۱۹۸۹)، برای سنجش پایایی این پرسش نامه از روش "آزمون-آزمون مجدد" با فاصله ی ۲ هفته استفاده کردند و ضریب پایایی ۰/۸۶ را گزارش نمودند. هم چنین آسمان و همکاران (۱۹۹۶) به منظور سنجش پایایی با روش همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶-۰/۹۴ را گزارش کردند (۱۶).

بلند نظر (۱۳۸۰) برای سنجش پایایی این پرسش نامه از دو روش "همسانی درونی" و "آزمون-آزمون مجدد" با فاصله ی ۴ هفته بر روی نمونه ی ۳۷ نفری از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد که به صورت تصادفی انتخاب شده بودند، استفاده کرد. ضرایب همبستگی بین دو نوبت برای خرده مقیاس هراس اجتماعی (SP): ۰/۹۵، برای خرده مقیاس گذرهراسی (AG): ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس هراس اجتماعی - گذرهراسی (SP-AG): ۰/۹۷ می باشد. هم چنین برای ارزیابی و سنجش همسانی درونی مقیاس، ضریب آلفای کرونباخ برای نمونه ی اصلی پرسش نامه (n=۳۶۵) محاسبه شد که این ضریب برای کل آزمودنی ها ۰/۹۹ به دست آمد (۲۰). هم چنین به منظور سنجش روایی این پرسش نامه،

یک استراحت ۱۰ دقیقه ای همراه با پذیرایی، در ۳۰ دقیقه ی پایانی هر جلسه به بخش رفتاری خاص هر جلسه و تمرین آن و در نهایت به جمع بندی و تکالیف مربوط به جلسه ی بعدی، پرداخته می شد.

پس از اتمام دوره ی ۱۲ جلسه ای گروه درمانی در گروه های آزمایشی که ۳ ماه به طول انجامید، مجدداً آزمون هراس و اضطراب اجتماعی به عنوان پس آزمون در هر دو گروه اجرا شد و نتایج به دست آمده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل: پرسش نامه ی هراس و اضطراب اجتماعی و مصاحبه ی بالینی ساخت یافته بر اساس راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی (ویرایش چهارم) بودند.

پرسش نامه ی هراس و اضطراب اجتماعی، یک پرسش نامه ی خودسنجی است که توسط ترنر<sup>۱</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۹، ساخته شده است. این پرسش نامه از نظر تجربی از ابزار پاسخ های ترکیبی ابعاد شناختی، جسمی، رفتاری و ترس اجتماعی مشتق شده است. این پرسش نامه دارای ۴۵ سؤال می باشد و دارای دو خرده مقیاس کلی هراس اجتماعی و گذرهراسی می باشد. ۳۲ سؤال آن مربوط به هراس اجتماعی و ۱۳ سؤال دیگر آن برای ارزیابی گذرهراسی است. پیوستار پاسخ ها بر پایه ی طیف "هرگز، خیلی کم، کم، گاهی اوقات، زیاد، خیلی زیاد و همیشه" رتبه بندی شده است و به ترتیب نمره های (۶-۰) بر هر پاسخ اختصاص یافته است (۲۰).

خرده مقیاس هراس اجتماعی (SP) در این تست در مقایسه با خرده مقیاس های تست های دیگر، بازنمون بهتری از نشانه های اختلال هراس اجتماعی می باشد (هربرت و همکاران، ۱۹۹۱، ریس<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۸، به نقل از ۱۶). تحقیقات متعددی نیز نشان داده اند که این تست نسبت به اثرات درمانی بسیار حساس بوده و در کل در مقایسه با تست های دیگر طراحی شده برای این اختلال، از کارآمدی بیشتری برخوردار است (هربرت و همکاران، ۲۰۰۲، ۲۰۰۴؛

3. Unlikely

4. Possible

5. Probable

1. Turner

2. Ries

در مرحله ی پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل از آزمون  $t$  برای گروه های مستقل، استفاده شد.

### نتایج

دامنه ی سنی آزمودنی های شرکت کننده در گروه آزمایش، ۲۳-۱۸ سال و میانگین سنی ایشان، ۲۰/۷۳، دامنه ی سنی در گروه کنترل، ۲۵-۱۸ سال و میانگین سنی، ۲۱/۴۵ بود. هم چنین ۶ آزمودنی دختر و ۵ پسر در گروه آزمایش و ۷ آزمودنی دختر و ۴ پسر در گروه کنترل شرکت داشتند. نتایج بررسی گروهی داده های (پیش و پس آزمون) آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل در مولفه ی هراس اجتماعی (SP) آزمون هراس و اضطراب اجتماعی، در جدول شماره (۱) آمده است.

بلند نظر (۱۳۸۰) با استفاده از آزمون "اضطراب اجتماعی" و دو مقیاس آن یعنی: اجتناب اجتماعی و ترس از ارزشیابی منفی، روایی پرسش نامه ی "هراس و اضطراب اجتماعی (SPAI)" را مورد بررسی قرار داد. ضرایب همبستگی بین پرسش نامه ی اضطراب اجتماعی با خرده مقیاس های "هراس اجتماعی (SP)، گذر هراسی (AG) و هراس اجتماعی - گذر هراسی (SP-AG)" پرسش نامه ی (SPAI) به ترتیب برابر با: ۰/۸۶، ۰/۳۱ و ۰/۸۳ می باشد (۲۰).

با توجه توزیع بهنجار جامعه ی آماری و فاصله ای بودن مقیاس متغیر اندازه گیری شده، برای آزمون فرضیه ی این پژوهش از آزمون  $t$  استفاده شد. به این منظور برای بررسی معنی داری تفاضل میانگین نمره ی هراس اجتماعی آزمودنی ها

جدول ۱- بررسی گروهی داده های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در پیش - پس آزمون

مرحله ی اجرا	گروه آزمایش		گروه کنترل		مؤلفه
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
میانگین	۸۲/۸۱	۵۵/۹۸	۸۰/۳۸	۷۴/۲۸	تفاضل نمرات پیش - پس آزمون (d)
واریانس	۵۳۴/۷۲	۲۸۲/۷۰	۹۶۷/۱۵	۹۰۴/۳۷	تفاضل نمرات پیش - پس آزمون (d)
انحراف استاندارد	۲۴/۸۴	۲۳/۰۸	۳۱/۱۰	۳۰/۰۷	تفاضل نمرات پیش - پس آزمون (d)
خطای استاندارد	۷/۴۹	۶/۹۶	۹/۳۸	۹/۰۷	تفاضل نمرات پیش - پس آزمون (d)
میانگین	۷/۴۹	۶/۹۶	۹/۳۸	۹/۰۷	تفاضل نمرات پیش - پس آزمون (d)

شناختی رفتاری و آموزش مهارت های اجتماعی به طور معنی داری بیش از گروه درمانی شناختی رفتاری، در کاهش هراس اجتماعی دانشجویان موثر است)، از آزمون  $t$  برای گروه های مستقل استفاده شد.

به این ترتیب که میانگین تفاضل نمرات پیش و پس آزمون (d) آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل، در مقیاس هراس اجتماعی آزمون هراس و اضطراب اجتماعی به وسیله ی آزمون  $t$  برای گروه های مستقل با هم مقایسه شدند. نتایج در جدول شماره (۲) و نمودار شماره (۱)، آمده است.

جدول ۲- آزمون  $t$  برای تعیین معناداری هراس اجتماعی در مولفه ی هراس اجتماعی SP آزمون (SPAI)

مؤلفه	فراوانی	تفاضل میانگین	خطای استاندارد میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد تفاوت	درجه ی آزادی	$t$	سطح معناداری
آزمایش	۱۱	۲۶/۸۴	۵/۲۷	۱۷/۴۹	۲۰/۷۴	۵/۶۸	۲۰	۳/۶۵۳	۰/۰۰۲
کنترل	۱۱	۶/۱۰	۲/۱۰	۶/۹۷					

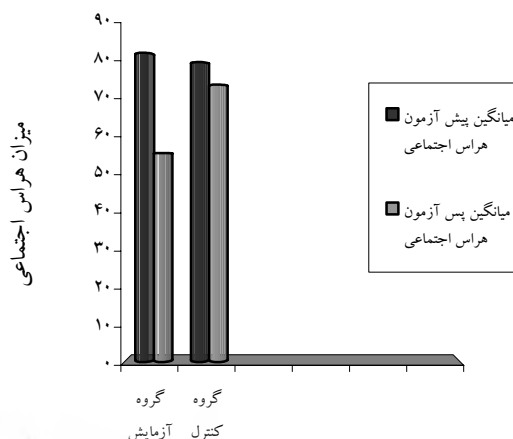
کنترل تنها به مفاهیم شناختی و رفتاری پرداخته شده و هیچ کدام از مباحث مربوط به آموزش مهارت های اجتماعی مطرح نگردد. در نتیجه می توان گفت که این تفاوت آماری به دست آمده، ناشی از دو روش مختلف اعمال شده ی درمانی بوده است.

نتایج این مطالعه همسو با مطالعه ی هربرت و همکاران (۲۰۰۵) می باشد که اظهار کردند، الحاق آموزش مهارت های اجتماعی اثر بخشی گروه درمانی شناختی رفتاری برای اختلال هراس اجتماعی را افزایش می شود. هم چنین هربرت و همکاران (۲۰۰۲)، نتایج امیدوار کننده ای را برای یک برنامه ی درمانی کوتاه مدت (۶ هفته ای) به دست آوردند که در آن آموزش مهارت های اجتماعی همراه با بازسازی شناختی و مواجهه ساختگی به صورت انفرادی ارائه شده بود (۱۶، ۱۷).

در مطالعه ی مقدماتی کنترل نشده ی دیگری، فرانکلین<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۱؛ به نقل از ۱۷)، نتایج نوید بخشی را برای برنامه ی ۱۴ هفته ای تلفیقی از آموزش مهارت های اجتماعی و بازسازی شناختی گزارش کردند.

هم چنین در بررسی های متاآنالیز<sup>۲</sup> نشان داده شد که: مواجهه به تنهایی (رفتاری) و ترکیب مواجهه با بازسازی شناختی (شناختی رفتاری) موثرتر از گروه کنترل (لیست انتظار<sup>۳</sup>) بود (فدورف و تیلور<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱؛ فسک و چامپلس، ۱۹۹۵؛ گولد<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۷؛ تیلور، ۱۹۹۶؛ به نقل از ۲۱).

موربرگ و همکاران (۲۰۰۶) نیز، در مطالعه ای بر روی بیماران دارای هراس اجتماعی با شیوه ی گروه درمانی شناختی رفتاری فشرده<sup>۶</sup>، کارآمدی این شیوه را نشان دادند. بعد از سه هفته از درمان، بیماران کاهش چشمگیری در اضطراب و اجتناب اجتماعی نشان دادند که این نتیجه تا پی گیری های یک سال بعد حفظ شده و در مواردی بهبودی بیشتر نیز مشاهده شد (۲۱).



نمودار ۱- نمودارستونی مقایسه ی پیش - پس آزمون هراس اجتماعی در گروه آزمایش و کنترل

با توجه به نتایج جدول شماره (۲)، ارزش معناداری  $P=0/002$  به دست آمده است که این ارزش معناداری از ۰/۰۱ کوچک تر بوده و در نتیجه با اطمینان بیش از ۹۹٪ فرض صفر رد شده و فرضیه ی پژوهشی تایید می گردد.

این امر به آن معنا است که تلفیق گروه درمانی شناختی رفتاری و آموزش مهارت های اجتماعی به طور معنی داری بیش از گروه درمانی شناختی رفتاری، در کاهش هراس اجتماعی دانشجویان موثر است.

### بحث و نتیجه گیری

تحلیل نتایج در مقیاس هراس اجتماعی آزمون، نشان داده است که شرکت کنندگانی که مداخله ی تلفیقی گروه درمانی شناختی رفتاری و آموزش مهارت های اجتماعی را دریافت کرده بودند به طور معنی داری ( $P=0/002$ ) بهبودی بیشتری نسبت به افرادی که تنها مداخله ی رایج گروه درمانی شناختی رفتاری را گرفته بودند، نشان دادند. به دلیل این که هر دو گروه آزمایش و کنترل به تعداد جلسات برابر در فرآیند درمان شرکت کرده بودند، این تفاوت میزان بهبودی نمی توانست ناشی از کمیت درمان ارائه شده باشد. هم چنین هر دو گروه را درمان گران یکسانی هدایت کردند تا اثر تفاوت های شخصیتی درمان گران مختلف نیز خنثی گردد و تلاش شد تا در گروه

1. Franklin

2. Meta Analytic

3. Waiting List

4. Fedoroff, Taylor

5. Gould

6. Intensive Group Cognitive Behavior Therapy (IGCBT)



رسید. به همین ترتیب میزان تعهد و رضایت از درمان در شرکت کنندگان هر دو گروه تفاوتی نداشت (۲۴).

همان طور که بیان شد، با توجه به این که گروه درمانی شناختی رفتاری، منجر به بهبودی در تمام افراد مبتلا به هراس اجتماعی نشده (مخصوصاً افراد مبتلا به هراس اجتماعی فراگیر)، اضافه کردن دیگر مولفه های روان درمانی به این درمان می تواند به کارآمدی آن بیافزاید، که یکی از این مولفه ها آموزش مهارت های اجتماعی می باشد (۱۵، ۱۶).

با وجود بارز شدن نقش مهم آموزش مهارت های اجتماعی حداقل در برخی افراد مبتلا به هراس اجتماعی، این امر به این معنا نیست که لزوماً این افراد با کمبود مهارت های پایه ای مواجه هستند و در واقع شواهد اندکی وجود دارد که افراد دارای هراس اجتماعی کمبود داریم در مهارت های اجتماعی خود داشته باشند (استراوینسکی و آمادو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از ۱۶). به این ترتیب، این احتمال وجود دارد که این ناتوانی اجتماعی واقعا بازتاب کمبود مهارت ها و قابلیت عملکرد مناسب و موثر در شخص باشد، ولی به همین ترتیب این احتمال وجود دارد که این مشکلات عملکردی بازتاب فرآیندی دیگر مثلاً تاثیرات مخرب اضطراب (راپی، ۱۹۹۵) و یا تاثیرات رفتارهای ایمن باشد (۲۵). در نتیجه این گونه به نظرمی رسد که این افراد مهارت های اجتماعی خود را در دست یابی به اهداف مهارتی و دریافت استانداردهای مهارتی نامناسب ارزیابی می کنند. ادراک هر فرد از مهارت های اجتماعی خود جنبه ای از خود ادراکی فرد است و در طی درمان مانند دیگر جنبه های تحریف یافته ی خود ادراکی فرد، تغییر می یابد (۱۶). درمان موثر معمولاً منجر به بهبود ادراک بیماران از مهارت های اجتماعی خود می شود (نیومن و همکاران، ۱۹۹۴؛ به نقل از ۲۴).

یکی از مولفه های مهم این برنامه ی گروه درمانی تلفیقی، قابلیت بالای انعطاف پذیری آموزش مهارت های اجتماعی بود که امکان تعیین شدت و محتوای آموزش این مهارت ها را برای اعضای گروه میسر می ساخت. مولفه های آموزش مهارت ها احتمالاً هم مهارت های رفتاری آن دسته از افراد با

مشاوری و همکاران (۱۳۸۲)، در بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری براضطراب اجتماعی دانشجویان دانشگاه اصفهان، به این نتیجه رسیدند که بین میانگین نمرات اضطراب اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد (۲۲).

برزگر (۱۳۸۳) نیز، در بررسی تاثیر رفتار درمانی گروهی بر علایم هراس اجتماعی و جرات مندی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان به این نتیجه رسید که این روش درمانی باعث کاهش معنی دار علایم هراس اجتماعی و افزایش رفتارهای جرات مندانه گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پیگیری شد (۲۳).

هم چنین مطالعات متعددی دریافته اند که آموزش مهارت های اجتماعی برای اختلال اضطراب اجتماعی موثر واقع می شود، حتی اگر به عنوان تنها مداخله ی درمانی به کار رود (مرسچ<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۸۹؛ استراوینسکی<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۸۲؛ والزو<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۰؛ به نقل از ۲۴) و یا بخشی از برنامه ی درمانی چند مولفه ای که در آن آموزش مهارت های اجتماعی به مواجهه ملحق شده باشد (ترنر و همکاران، ۱۹۹۵؛ ترنر و همکاران، ۱۹۹۴؛ ۲۱؛ به نقل از ۲۴).

وندم-بگن و کرایمات<sup>۴</sup> (۲۰۰۰)، در بررسی مقایسه ای شناخت درمانی گروهی و آموزش مهارت های اجتماعی گروهی برای اختلال اضطراب اجتماعی دریافته اند که، هر دو رویکرد در کاهش هراس اجتماعی و اضطراب عمومی، کاهش شدت آسیب شناسی و افزایش مهارت های اجتماعی و خودکنترلی موثر بوده اند. بیماران شرکت کننده در گروه آموزش مهارت های اجتماعی کاهش چشمگیرتری در اضطراب اجتماعی و افزایش بیشتری در مهارت های اجتماعی نسبت به گروه شناخت درمانی نشان دادند. هم چنین نمرات هراس اجتماعی و مهارت های اجتماعی در مطالعه ی پیگیری گروه آموزش مهارت های اجتماعی به سطح گروه کنترل طبیعی

1. Mersch

2. Stavinsky

3. Wlazlo

4. Van Dam-Baggen, Kraaimaat

5. Amado

شناختی رفتاری (گروه کنترل)، باعث کاهش معنی دار هراس اجتماعی در دانشجویان می شود، انجامید.

لذا نتایج این پژوهش نشان می دهد که به کار گیری شیوه های ترکیبی درمان های روان شناختی و خصوصا آموزش مهارت های اجتماعی می تواند مداخله ای موثر در زمینه ی درمان این اختلال به شمار رود. از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به اجرای تحقیق بر روی نمونه در دسترس، محدود بودن نمونه پژوهشی به شرکت کنندگان دانشجویی ۱۸ تا ۲۶ سال (که امکان تعمیم نتایج به عموم را به علت داشتن تحصیلات بالا محدود کرده)، عدم انجام مطالعات پیگیری به علت محدودیت زمانی و عدم دسترسی به مراجعان و فقدان پیشینه ی قوی در ایران اشاره کرد. به همین جهت برای اظهار نظر قطعی تر در مورد نتایج این پژوهش پیشنهاد می شود که مطالعات پی گیری به منظور مشخص کردن پایداری تاثیرات درمانی انجام پذیرد.

هم چنین تحقیقات بیشتری برای روشن ساختن الگوریتم و نحوه ی الحاق آموزش مهارت های اجتماعی به گروه درمانی شناختی رفتاری مورد نیاز می باشد و انجام پژوهش های مشابه دیگر با نمونه ی بالینی غیردانشجوی مبتلا به این اختلال و نمونه ی بالینی از افرادی که به دیگر اختلالات اضطرابی مبتلا هستند، می تواند زمینه ساز بستری برای امکان مقایسه ی بهتر نتایج و افزایش قدرت تعمیم پذیری آن گردد.

### تشکر و قدردانی

از همکاری صمیمانه ی مسئولین و کارکنان کلینیک دانشکده ی روان شناسی و علوم تربیتی در اجرای این طرح، تشکر می نمایم. شایان ذکر است که مطالعه حاضر بدون حمایت مالی سازمان های دولتی و غیر دولتی انجام شده است.

کمبودهای مهارتی پایه ای و واقعی را بهبود می بخشید و هم به طور مستقیم باعث بهبود عملکرد، کاهش اضطراب و اجتناب افراد می گردید. برای آن دسته از اعضای هم که نسبتا از مهارت های خوب و قوی برخوردار بودند، این آموزش ها می توانست به عنوان تسهیل گری برای افزایش خودکار آمدی همراه با احترام به خود در موقعیت های اجتماعی، هم چنین بهبود در توانایی مقابله با اضطراب این افراد و در نتیجه کاهش اجتناب اجتماعی آنان، قرار بگیرد (۱۸،۱۶).

یکی از دلایل دیگر افزودن این مولفه به گروه درمانی شناختی رفتاری این بود که در طی دوران آموزش در مقاطع مختلف تحصیلی (دبستان، راهنمایی، دبیرستان و حتی دانشگاه ها) جامعه ی ما، معمولا ضعف و کمبود آموزش مهارت های اجتماعی به شدت چشمگیر است که این امر به نوبه ی خود می تواند یکی از عوامل موثر در شیوع این اختلال به شمار رود، (البته در روند جدید برنامه های آموزشی مدارس سال های اخیر کم کم به آموزش این مهارت ها نیز پرداخته شده است). به این ترتیب نه تنها دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی، بلکه دیگر دانشجویها و جوانان و نوجوانان جامعه ی ما نیاز به گذراندن این گونه آموزش ها برای برقراری ارتباطات موثر و موفقیت های بیشتر دارند.

در نهایت به دلیل خلاء آموزش مهارت های اجتماعی موجود و نقش مهم این مهارت ها در پیشرفت اختلال هراس اجتماعی و با توجه نتایج تحقیقات انجام شده در این زمینه، مطالعه ی حاضر انجام پذیرفت. تحلیل نتایج آماری به تایید فرضیه ی اصلی پژوهش (تلفیق گروه درمانی شناختی رفتاری و آموزش مهارت های اجتماعی در مقایسه با گروه درمانی

### منابع

1. Abdollahi S. [The relationship between social phobia and self esteem, comparison of self esteem in social phobic and normal persons]. MA. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi university, College of psychology, 1998: 2-3. (Persian)
2. Sadock B, Sadock V. [Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry]. Rafiee H, Rezaee F. (translators). First ed. Tehran: Arjmand; 2003: 135-60. (Persian)
3. Hawton K, Salkowskis C. [Cognitive behavior therapy]. Ghasem Zade H. (translator). 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Arjmand; 2005: 135-76. (Persian)

4. Sadock B, Sadock V. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. 8<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2005: 609-16.
5. Cloitre M, Heimberg R, Leibowitz MR, Gitow A. Perceptions of control in panic disorder and social phobia. *Cognit Ther Res* 1992; 16: 569-77.
6. American psychiatry association. [Diagnostic and statistical manual of mental disorder- forth edition- text revised (DSM-IV-TR)]. Nikkhoo MR, Hamayak AY. (translators). 4<sup>th</sup> ed. Tehran: Sokhan; 2002: 29-39. (Persian)
7. Sarason EJ, Sarason B. [Abnormal Psychology]. Najjarian B, Asghari Moghadam MA, Dehghani M. (translators). 4<sup>th</sup> ed. Tehran: Roshd; 2002: 370-85. (Persian)
8. Tahmasebi SH. [The effectiveness of hypnotic-cognitive therapy on social phobia]. MA. Dissertation. Tehran: Shahid Beheshti university, College of psychology, 2002: 30-42. (Persian)
9. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther* 1997; 35: 741-65.
10. Shirazi H, Sardarabadi M. [The prevalence of social phobia, anxiety, depression and stress in students of Mashhad university]. BA. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi university, College of psychology, 2006: 10-20. (Persian)
11. Heimberg RG. Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 36-42.
12. Heimberg RG, Becker RE. Cognitive behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford; 2002: 200-30.
13. Hope DA, Heimberg RG, Juster H, Turk CL. Managing social anxiety: A cognitive behavioral therapy approach. Sanantonio, TX: Psychological corporation; 2000: 50-70.
14. Antony MM. Assessment and treatment of social phobia. *Can J Psychiatry* 1997; 42: 826-34.
15. Herbert JD, Rheingold AA, Gaudiano BA, Meyers VH. Standard versus extended cognitive behavior therapy for social anxiety disorders: A randomized controlled trial. *BABCP* 2004; 32: 131-47.
16. Herbert JD, Gaudiano BA, Rheingold AA, Meyers VH, Dalrymple K, Nolan EM. Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behav Ther* 2005; 36: 125-38.
17. Herbert JD, Rheingold AA, Goldstein SG. Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cogn Behav Pract* 2002; 9: 1-8.
18. Gaudiano BA, Herbert JD. Preliminary psychometric evaluation of a new self efficacy scale and its relationship to treatment outcome in social anxiety disorder. *Cognit Ther Res* 2003; 27: 537-55.
19. First MB. [Structural clinical interview for DSM IV-axis I]. Kaviani H. (translator). First ed. Tehran: Mehr Kavian; 2005:77. (Persian)
20. Bolandnazar K. [Normalization SPAI test in students]. MA. Dissertation. Mashhad: Ferdowsi university, College of psychology, 2001: 129-50. (Persian)
21. Mortberg E, Karlsson A, Fyring C, Sundin O. Intensive cognitive behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: A randomized controlled study. *J Anxiety Disord* 2006; 20: 646-60.
22. Barzegar F. [The effects of group behavior therapy on symptom of social phobia in students]. MA. Dissertation. Isfahan: Isfahan university, College of psychology, 2004: Abstract. (Persian)
23. Moshaveri AH. [The effectiveness of cognitive behavioral education on social phobia in students]. MA. Dissertation. Isfahan: Isfahan university, College of psychology, 2003: Abstract. (Persian)
24. Van Dam-Baggen R, Kraaimaat F. Group social skills training or cognitive group therapy as the clinical treatment of choice for generalized social phobia. *J Anxiety Disord* 2000; 14: 437-51.
25. Hopko DR, McNeil DW, Zvolensky MJ, Eifert GH. The relation between anxiety and skill in performance based anxiety disorders: A behavioral formulation of social phobia. *Behav Ther* 2001; 32: 185-207.