



Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with an Islamic Approach on Female High School Students' Social Anxiety

■ Zahra Ranjbar¹ ■ Alireza Manzari Tavakkoli² ■ Amanollah Soltani³ ■ Najmeh Hajipour⁴





- **Objective:** In this study, the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with Islamic approach on social anxiety of the first and second period high school female students in the 2019-2020 school year was investigated.
- **Method:** The research method was a mixed one (qualitative and quantitative). The first part of the research (preparation of a cognitive-behavioral package with an Islamic approach) was performed qualitatively using the analysis of religious propositions. To investigate the validity of the package, some religious experts were asked to give comments on rightness of traditional readings by scholars and the accordance of the suggested techniques in the Islamic cognitive-behavioral package with the objectives of each session. The quantitative part was of quasi-experimental type consisted of two cognitive-behavioral groups with an Islamic approach and a control group. Among those who referred to the Education Counseling center in Kerman city with a complaint of social anxiety, 36 persons were studied by available sampling method, and 18 subjects were randomly assigned to each group. The data collection tool was the social panic questionnaire of Connor et al (2000). Data analysis was performed using descriptive statistics, univariate analysis of covariance and SPSS-22 software.
- **Findings:** The findings showed that cognitive-behavioral therapy with Islamic approach significantly reduces students' social anxiety ($P < 0/001$).
- **Conclusion:** Based on this study, it can be suggested that this treatment be used to reduce students' social anxiety.

Keywords: cognitive-behavioral therapy, Islamic, social anxiety, students

- **Citation:** Zahra Ranjbar, Alireza Manzari Tavakkoli, Amanollah Soltani, Najmeh Hajipour. (2021). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with an Islamic Approach on Female High School Students' Social Anxiety, Applied Issues in Islamic education, 6(2): 7-30.

Received: 2021/04/10

Accepted: 2021/07/01

1. A Ph.D. Student in Educational Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman, Iran.
E-mail: Z. Ranjbar 51214@gmail.com.  0000-0002-1574-2459
2. **Corresponding Author:** Assistant professor in Department of Educational Management, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman, Iran.
E-mail: a.manzari@iauk.ac.ir.  000-0002-1573-7748
3. An Assistant Professor in Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman, Iran.
E-mail: Soltanimani@yahoo.com.  0000-0003-3978-7683
4. An Assistant Professor in Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Islamic Azad University, Kerman Branch, Kerman, Iran.
E-mail: hajipour_1359@yahoo.com.  0000-0001-6111-6224

Paper type:
Research paper
Abstract





پروشکاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر متوسطه

زهرا زنجبیر* ■ علیرضا منظری توکلی** ■ امان اله سلطانی*** ■ نجمه حاجی پور****

چکیده

- هدف: در این پژوهش اثربخشی درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر متوسطه اول و دوم شهر کرمان در سال تحصیلی ۱۳۹۹-۱۳۹۸ مورد بررسی قرار گرفت.
- روش: روش تحقیق آمیخته اکتشافی (کیفی و کمی) بود. بخش اول پژوهش (تهیه بسته مداخله‌ای شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی) به روش کیفی و با استفاده از تحلیل گزاره‌های دینی انجام شد. جهت بررسی روایی محتوایی بسته از کارشناسان مذهبی درخواست شد در دو زمینه صحت برداشت‌های روایی توسط پژوهشگران و مطابقت فنون پیشنهادی بسته شناختی رفتاری اسلامی با اهداف هر جلسه نظر دهند. بخش کمی، از نوع نیمه آزمایشی شامل دو گروه شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی و گروه گواه بود. از بین افرادی که در سال ۹۹-۹۸ با شکایت اضطراب اجتماعی به مرکز مشاوره آموزش و پرورش کرمان مراجعه کرده بودند، ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس مورد مطالعه قرار گرفته



□ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۱۰

□ تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۰

* دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران.

E-mail: -z. ranjbar51214@gmail.com. ☎ 0000-0002-1574-2459

** نویسنده مسئول: استادیار گروه مدیریت آموزشی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران.

E-mail: a.manzari@iauk.ac.ir. ☎ 0000-0002-1573-7748

*** استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران.

E-mail: soltanimani@yahoo.com. ☎ 0000-0003-3978-7683

**** استادیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرمان، کرمان، ایران.

E-mail: hajipour_1359@yahoo.com. ☎ 0000-0001-6111-6224

و با بهره‌گیری از گمارش تصادفی ۱۸ نفر در هر گروه بررسی شدند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها پرسش‌نامه هراس اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش آمار توصیفی، تحلیل کوواریانس تک متغیره و توسط نرم‌افزار SPSS22 انجام شد.

- یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی به‌طور معنی‌داری موجب کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان شد ($P < 0/001$).
- نتیجه‌گیری: بر این اساس می‌توان پیشنهاد کرد که از این درمان در جهت کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان استفاده شود.

واژه‌گان کلیدی: درمان شناختی رفتاری، اسلامی، اضطراب اجتماعی، دانش‌آموزان.

مقدمه

اضطراب اجتماعی (social anxiety) به‌عنوان ترس مداوم و حاد از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی توصیف می‌شود که در آن موقعیت‌های اجتماعی به دلیل احتمال ترس از ارزیابی منفی تهدیدآمیز تلقی می‌گردد (Caetano, Brust-Renc, et al, 2019; Neufeld, Palma,

پژوهشگران از عامل ارزیابی منفی به‌عنوان یک ساز و کار علت شناختی در هراس اجتماعی یاد می‌کنند که بر اساس آن افراد، با ادراک تحریف شده‌ای که دارند، معتقدند دیگران آنها را به‌صورت منفی ارزیابی می‌کنند (Heimberg, Brozovich, & Rapee, 2010). تعامل با دیگران، قرار گرفتن در معرض دید آن‌ها و انجام کار در حضور دیگران سه‌نوع موقعیتی است که برای مبتلایان به اضطراب اجتماعی مشکل ایجاد می‌کند. در این موقعیت‌ها فرد خود را در معرض موشکافی دیگران می‌بیند و می‌ترسد مبادا کاری انجام دهد که تحقیرآمیز به نظر آید (Santoft, Salomonsson, Hesser, Lindsäter, 2019; Lekander, Kecklund, Öst, & Hedman-Lagerlöf, 2019).

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از رایج‌ترین اختلالات اضطرابی و در عین حال عودکننده‌ترین بیماری در میان اختلالات اضطرابی است. میزان شیوع این اختلال در یک‌سال در بزرگسالان حدود ۷ درصد و در کودکان و نوجوانان تقریباً مشابه با بزرگسالان است (Neufeld, et al, 2019; Yuan, Zhu, Qiu, Meng, et al, 2017). حدود ۸۰ درصد موارد این اختلال از آغاز نوجوانی تا دهه دوم زندگی شکل

می‌گیرد و انواع شدیدتر و مداوم‌تر آن از حدود ۱۳ سالگی به بعد نمایان می‌شود (Richey, Brewer, Sullivan-Toole Strege, et al, 2019). بنابه نظر محققان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در ایران کمی بالاتر از کشورهای غربی است (شعبانی و مصدری، ۱۳۹۵). نوجوانانی که علائم اضطرابی و اختلالات را تجربه می‌کنند، طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی از جمله توانایی تطابق کمتر با همسالان، پذیرش پایین بین همسالان و ضعف در مهارت‌های اجتماعی را نشان می‌دهند (Suvega, Kingery, Davisa, Jones, et al, 2017).

علیرغم صدماتی که اضطراب اجتماعی به حوزه تعاملات اجتماعی وارد می‌سازد، گاهی به دلیل برداشت نادرست از این مقوله و عدم تمایز بین آن و حیا، ویژگی‌های انزوای طلبی، اجتناب از موقعیت‌های عملکردی و... عادی تلقی می‌گردد (رمضانی، بشلیده، حمید، مرعی و هاشمی، ۱۳۹۸). این در حالی است که در آموزه‌های دینی به این موارد حیای منفی گفته می‌شود (شجاعی، ۱۳۹۶). در روایات اسلامی به دو نوع حیا، حیای عقل و حیای حمق اشاره شده، حیای خردمندانه، دانش است و حیای احمقانه، جهل و نادانی (محمدی ری‌شهری، ۱۳۸۹، ج ۳: ۲۸۳؛ کلینی، ۱۳۸۵، ج ۳: ۲۴۳). مصادیق حیای حمق نظیر (شرم از خطابه و مخالفت با رسوم غلط، ناتوانی در گفتگو با افراد غریبه، ناتوانی در توسعه ارتباطات اجتماعی، شرم از پرسیدن نادانسته‌ها و...) با مصادیق آنچه که امروزه اضطراب اجتماعی نامیده می‌شود، مطابقت دارد (رمضانی و همکاران، ۱۳۹۸؛ خادم پیر، ۱۳۹۴).

افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به خاطر نگرانی‌هایی که از حضور و نحوه ارزیابی دیگران دارند تقریباً همیشه نشانه‌های اضطراب مانند لرز، تنش عضلانی، سرخ شدن و... را تجربه می‌کنند. از دیدگاه اندیشمندان مسلمان این حالات به سبب انتظار وقوع نامایمات در آینده شکل می‌گیرد و فرد را به عدم تحرک نفس، به هنگامی که تحرک آن ضروری است، وامی‌دارد (خواجه نصیرالدین طوسی، ۱۳۶۰؛ به نقل از منطقی، ۱۳۷۰: ۴۸۱). پیامد این انفعال نیز بی‌میلی نسبت به روابط و ایفای نقش‌های اجتماعی و بی‌ثباتی در زندگی روزمره است (نراقی، ۱۳۵۱؛ به نقل از منطقی، ۱۳۷۰: ۵۲۴). گاهی اوقات در صورتی یک حضور و نظارت به حیای منفی منجر می‌شود که میان فعل و باورهای حاضران اختلاف وجود داشته باشد. البته صرف وجود مخالفت و حضور مخالفان موجب

اجتناب نمی‌شود. آنچه این حضور را به عاملی برای اضطراب اجتماعی تبدیل می‌کند، ضعف و ناراحتی فرد در تحمل فشار روانی حاضران است. در واقع این فرد توان تحمل ناظر را ندارد و انجام دادن کار در مقابل دیگران برایش دشوار است (پسندیده، ۱۳۹۶). بر همین اساس است که امام صادق (علیه‌السلام) به حیای ضعف و ناتوانی اشاره فرموده (ری‌شهری، ۱۳۸۹، ج ۳: ۲۸۳) و امام علی (علیه‌السلام) ناتوانی را به‌عنوان آفت حیا بر شمرده‌اند (پسندیده، ۱۳۹۶: ۸۵).

در این روایات از ریشه‌های روانشناختی این دو قسم، یعنی ضعف و قوت نفس برای تفکیک حیا استفاده شده است. از دیدگاه اسلام ترس از مردم یکی از مصادیق ضعف نفس است (پسندیده، ۱۳۹۶) و بر اساس فرموده امام علی (علیه‌السلام) پرمایه‌ترین پسایند آن استمرار در عقب‌نشینی می‌باشد (نهج‌البلاغه، حکمت ۳۱ و ۱۰۸). لذا، این اختلال منجر به ایجاد اختلالات قابل توجه در کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی، دستاوردهای تحصیلی و شغلی می‌شود (Neufeld et al, 2019؛ Nordgreen, Gjestad, Andersson, Carlbring, et al, 2018). یکی از مداخله‌های روان درمانی که بیشترین حمایت علمی را به خود اختصاص داده، درمان شناختی رفتاری است (Katz, Cassin, Weerasinghe, & Rector, et al, 2019). علیرغم اینکه درمان شناختی رفتاری به واسطه بیش از ۴۰۰ پژوهش حمایت می‌شود (مؤمنی، شهیدی، موتابی و حیدری، ۱۳۹۶)، با زمینه‌های فرهنگی مراجعان هماهنگ نیست (جان‌بزرگی و غروی، ۱۳۹۷). طبق فرضیه سازگاری فرهنگی هنگامی که اقدامات درمانی فرهنگ را تکمیل می‌کنند، درمان‌های روانشناختی مؤثرتر خواهند شد (Lim, Sim, Renjan, Sam, et al, 2014) زیرا انسان‌هایی که در فرهنگ‌های مختلف رشد می‌کنند نه تنها درباره پدیده‌ها متفاوت فکر می‌کنند، بلکه نحوه اندیشیدن آنها نیز متفاوت است (عمویی و خیاطان، ۱۳۹۸). از این رو، تطبیق‌دهی مؤلفه‌های درمان با فرهنگ ارباب رجوع، انسجام اقدامات درمانی را افزایش داده و باعث کسب نتایج بهتر می‌شود. علیرغم علم به این موضوع، محققان توجه کمتری به سازگاری مداخلات درمانی با اعتقادات مذهبی مراجعین نموده‌اند (Yaacob, 2013).

غالب صاحب‌نظران بر این باورند که در میان ادیان الهی، دستورات اسلام پیرامون بهداشت جسم، روح و سایر امور، کامل‌ترین فرامین است (ماندنی و سعادت، ۱۳۹۴).

التزام به اصول اسلام، موجب رضایت از زندگی و کاهش احساس تنهایی می‌شود (رستمی نسب، علوی و کریمی، ۱۳۹۶). روان‌درمانی و مشاوره برای ایجاد این تغییرات پایدار، تحت تأثیر زمینه‌های بافتی، باورها و ارزش‌های درون فرهنگی مراجعان قرار دارد. در نتیجه همین امر باعث شده در کنار ظهور نظریه‌های مختلف مشاوره و روان‌درمانی، معنویت و مذهب در حال تبدیل شدن به یک مفهوم چندبعدی با معنی باشد که در فرهنگ‌ها و موقعیت‌ها و نحوه ارتباط آن با سلامتی و بیماری روانی مورد بررسی‌های زیادی قرار گرفته است. روان‌درمانی مبتنی بر رویکرد اسلامی، به‌عنوان یک الگوی دینی مدنظر قرار گرفته است. این سبک روان‌درمانی در مبنای، اهداف و روش‌های مورد استفاده مبتنی بر هستی‌شناسی، معرفت‌شناسی و انسان‌شناسی اسلامی شکل می‌گیرد به‌گونه‌ای که در آن روان‌درمانگر بر اساس جهان‌بینی توحیدی، در ارتباط با مراجع، سعی در ایجاد تغییرات دارد (اسمعیلی، دهدست، قبادی و عسگری، ۱۳۹۹: ۱۲).

در درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی محتوا از متون دینی استخراج و به‌کار گرفته می‌شود و در سطحی فراتر سعی می‌شود ابعادی که در رویکردهای معاصر مورد غفلت واقع شده‌اند، به‌ویژه ابعاد معنوی انسان، به‌چارچوب درمان اضافه و تکمیل شود. در این رویکرد بداندیشی‌ها، از طریق اصلاح اندیشه‌ها آشکار می‌گردد (آمدی، ۱۳۹۰: ۵۱۰) و ارزیابی‌های شناختی، با هدف قراردادن باورهای فرد، انجام می‌شود. برای نمونه، توصیه‌های اسلامی درباره کاهش هراس که همواره مبدأ را کانون توجه خود قرار داده است، توصیه به اینکه هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های عملکردی با درک نظارت خداوند باید ترس از مردم را از دل زدود (مائده: ۴۴؛ نهج‌البلاغه، حکمت ۱۵۰) یا اینکه ترس از مردم نباید انسان را از بیان حقیقت بازدارد (نهج‌الفصاحه: ۱۰۱) در اصلاح باورهای ناکارآمد کمک‌کننده است. در این رویکرد، قرنطینه و قرار گرفتن در محفظه‌ای نفوذ ناپذیر مذموم است و فرد موظف است به حکم انجام وظیفه خود را در موقعیت‌های اجتماعی قرار دهد. لذا، از طریق درمان به ضد با موقعیت‌های هراس‌آور مواجه می‌شود تا ترس خود را زائل سازد (نهج‌البلاغه، حکمت ۱۷۵).

از این روست که محققان استفاده از تکنیک‌های سازگاری مذهبی را به متخصصان سلامت روان توصیه نموده و بر این نکته تأکید کرده‌اند که ترکیب درمان شناختی رفتاری

با درمان معنوی و پردازش اطلاعات در حوزه‌های ادارکی مبدأ، معاد، خود و هستی، برای درمان اختلالات اضطرابی مفیدتر از سایر تکنیک‌هاست (Lim et al, 2014؛ یعقوبی، محمدزاده، و سهرابی، ۱۳۹۱؛ جان‌بزرگی، ۱۳۹۵).

علیرغم این تأکیدات، مروری بر تحقیقات انجام شده مبین آن است که مداخلات درمانی اغلب در چارچوب رابطه انسان با خود و هستی اطرافش تنظیم می‌شود. نتایج تحقیقات تجربی زیر نشان می‌دهد که سرزنش خود با تعدادی از متغیرهای آسیب‌شناسی روانی مثل اضطراب اجتماعی و شرمندگی ارتباط دارد (Gilbert & Miles, 2000) و تغییر در سازه‌های مربوط به خود، کاهش اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند (Gregory & Peters, 2016). مداخله شناختی رفتاری گروهی با تغییر در افکار، احساسات و رفتارها تغییراتی را در اختلال بیماری‌ها ایجاد می‌کند (Neufeld et al, 2019) و منجر به کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود (هاشمی نصرت‌آباد، محمودعلی‌لو و قلی‌زاده، ۱۳۹۶). تکنیک‌های شناختی از طریق شناسایی باورهای منفی معیوب، تکنیک‌های رفتاری از طریق کاهش علائم اضطراب و اصول فراشناختی به وسیله تعدیل فراباورهای مثبت و منفی معیوب در بیماران، منجر به کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی می‌شود (شهبازی‌راد، قدم‌پور، غضنفری، و مؤمنی، ۱۳۹۵) و تجربیات پردازش پس از وقوع، با درمان قابل تغییر است (Katz, et al, 2019). نتایج تمرینات باعث بهبود عملکرد اجتماعی در جوانان با اختلالات اضطرابی شده (Suvega, et al, 2017) و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت یک روش درمانی مناسب برای کاهش اختلال اضطراب اجتماعی است (Nordgreen et al, 2018).

در درمان شناختی رفتاری، چنانچه تغییرات شناختی با مبانی اعتقادی فرد همراه نگردد، احتمال برگشت نشانه‌ها وجود دارد. برخی پژوهشگران در تبیین این مشکل معتقدند که ممکن است طرح درمان مشکل داشته باشد. اما به نظر می‌رسد مشکل به مبانی نظری طرح درمان نیز بازگردد. در روان‌درمان‌گری‌های امروزی توجه به مبدأ و معاد که اساس معنویت انسان است به‌طور واضح کانون توجه قرار نگرفته است. برای نمونه وقتی در مورد اهداف بحث می‌شود، صرفاً اهداف مادی و دنیوی مدنظر قرار می‌گیرد (جان‌بزرگی، ۱۳۹۵).

محدود کردن فرایند درمان به دو حوزه هستی و خود، دامنه اثر روان‌گری را تقلیل داده و پردازش عمل انسان را ناقص می‌کند. تأکید بر نسبی‌گری و بی‌توجهی به ملاک‌های ارزشی افکار، بی‌توجهی به عوامل انگیزشی در تشکیل شناخت‌ها و نظام ارزشی در جهت‌دهی به شناخت‌ها، مهم‌ترین خلاء درمان شناختی-رفتاری است (جان‌بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۷). این در حالی است که در درمان شناختی رفتاری اسلامی، باید‌ها و نیاید‌های اخذ شده از مکتب به‌عنوان هدف‌های ثابتی مطرح می‌شود و دستیابی به یک پایگاه فکری برای معنادهی و ارزش‌گذاری صحیح و معنوی برای رفتارها، را امکان‌پذیر می‌سازد (منطقی، ۱۳۷۰: ۶۰۳) از این‌رو، روان با عقیده اصیل و ریشه‌داری که فراتر از نیازهای مربوط به حیات دنیوی است و شامل حیات بعد از مرگ نیز می‌گردد، تغذیه می‌شود (منطقی، ۱۳۷۰: ۶۷۸).

این ظرفیت گسترده، پژوهشگران حوزه روان‌درمانی را ترغیب نموده تا با بهره‌گیری از داده‌های مذهب در امر اختلالات روانی اقدام نمایند (انصاری، ۱۳۹۵). تغییر پنداره‌های نامعتبر در حوزه‌های ادراکی خود و هستی و جایگزینی آن با مفاهیم معتبر و منطقی، از طریق مکانیزم هسته‌ای فعال‌سازی عقل خداسو، مهم‌ترین فعالیت درمان‌گراانه این روش است. به این منظور، انسان از ابعاد مختلف به‌ویژه بعد مادی و معنوی مورد توجه قرار می‌گیرد و مداخلات درمانی بر رسیدن به حدی از تعادل و جهت‌گیری متعالی، متمرکز می‌شود (جان‌بزرگی و غروی‌راد، ۱۳۹۷).

از این‌رو، با توجه به اینکه درمان‌های رایج از بطن جوامع غربی برخاسته است، به نظر می‌رسد برای اثرگذاری بیشتر این مداخلات در کشور ایران، که فرهنگ اسلامی دارد، لازم است بر مداخلات همسو با مبانی و اصول اسلام تأکید شود. به‌رغم مطالعاتی که در زمینه تدوین الگوی مفهومی اسلامی درباره متغیرهای مختلف روانشناختی صورت گرفته، تاکنون تأثیر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد اسلامی بر اضطراب اجتماعی مورد توجه قرار نگرفته است. از این‌رو، در پژوهش حاضر میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری اسلامی بر کاهش اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته است. در پی این تحلیل و بررسی مشخص می‌شود که: آیا درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد اسلامی بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان تأثیرگذار

است؟

روش

در این پژوهش از روش تحقیق آمیخته اکتشافی (کیفی و کمی) استفاده شد. در بخش کیفی، از روش توصیف و تحلیل موضوعات و گزاره‌های دینی استفاده شد و بسته مداخله‌ای درمان شناختی رفتاری اضطراب اجتماعی با رویکرد اسلامی تهیه گردید. در این پژوهش برای دستیابی به اجماعی قوی‌تر، یافته‌های متون دینی به کارشناسان مذهبی که تجربه کار بالینی داشتند، نیز عرضه شد. برای تهیه بسته مداخله‌ای شناختی رفتاری اسلامی مراحل زیر انجام شد:

در ابتدا متونی که به موضوع اضطراب اجتماعی ارتباط داشتند، استخراج شدند. پس از یافتن کلید واژه‌ها و مفاهیم مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی، آیات و روایات مربوط به اضطراب اجتماعی در منابع اسلامی استخراج شدند. این الفاظ عبارتند از شرم، آزر، کمروبی، حیای حق، حیای منفی و عزلت‌گزینی. سپس با کنار هم گذاشتن آن‌ها موضوعات مشابه تعیین شدند و طبقه‌بندی منسجمی از روایات و نظرات اندیشمندان اسلامی، که به مفهوم اضطراب اجتماعی اشاره داشتند، به دست آمد. در مرحله بعد، عوامل تداوم بخش اختلال اضطراب اجتماعی در آیات، روایات و نظرات اندیشمندان اسلامی مورد بررسی قرار گرفت و راهبردهای هراس‌زدایی متناسب با هر عامل، به‌عنوان تکنیک‌های درمانی استخراج شد. با توجه به هدف پژوهش، مداخله‌ای تدوین شد که از ساختار و فرایند درمان شناختی رفتاری تبعیت کند.

برای بررسی روایی محتوایی برداشت‌های انجام شده از روایات و مرتبط بودن فنون پیشنهادی با مؤلفه‌های استخراج شده، از چهار کارشناس مذهبی روان‌درمانگر برای اعلام نظر درباره تأثیرگذاری فنون پیشنهادی نظرخواهی شد. بدین منظور بسته مداخله‌ای در اختیار کارشناسان قرار گرفت و با توضیح اهداف و ارائه تعاریف عملیاتی محتوا به آنان، از آنها درخواست شد تا میزان هماهنگی محتوا با برداشت‌های انجام شده از روایات اسلامی را مشخص کنند و دیدگاه‌های اصلاحی خود را ارائه نمایند. براین اساس پرسش‌نامه‌ای ۲۰ سؤالی تدوین شد که بخش اول آن به میزان تناسب برداشت‌های انجام شده از منابع اسلامی با شاخص‌ها و عوامل سبب شناختی اضطراب اجتماعی که در جلسات اول تا دهم مورد بحث قرار گرفته، اختصاص یافت. نمره‌گذاری به روش لیکرتی انجام شد (۱=کاملاً صحیح، ۲=به‌طور غالب صحیح، ۳=معارض نیست، ۴=نظری ندارم، ۵=معارض است).

در بخش دوم نیز با طرح این سؤالات که تا چه حد تکالیف و فعالیت‌های جلسات اول تا دهم با فنون درمان شناختی رفتاری تناسب دارد؟ میزان تطابق فنون با درمان شناختی رفتاری مشخص گردید (۰ = عدم تناسب، ۵ = تناسب کامل). پس از بازبینی متخصصین و اعمال پیشنهادهای ایشان و رفع ایرادات مطرح شده بسته مداخله‌ای مورد تأیید نهایی قرار گرفت و روایی محتوایی آن تأیید شد. میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌ها به ترتیب ۱/۳۸ و ۱ بود که با توجه به روش نمره‌گذاری (۱ = کاملاً صحیح تا ۵ = معارض است) به نظر می‌رسد حاکی از تأیید صحت برداشت‌هاست. همچنین میانگین و میانه نمرات کارشناسان به گزینه‌های مربوط به تطابق فنون با راهکارهای درمان شناختی رفتاری به ترتیب ۴/۷۵ و ۵ بود که با توجه به نوع نمره‌گذاری (۰ = عدم تناسب تا ۵ = تناسب کامل) به نظر می‌رسد حاکی از تأیید تطابق فنون با اهداف است.

بخش کمی تحقیق از نوع نیمه آزمایشی شامل پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری دانش‌آموزان دختر مقاطع متوسطه اول و دوم شهر کرمان در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود که به دلیل مشکلات روانشناختی به مرکز مشاوره آموزش و پرورش ارجاع شده‌اند. روش نمونه‌گیری، نمونه‌گیری در دسترس بود که بعد از تأیید اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان از سوی روانشناس مرکز درمانی، ۳۶ نفر براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. در این پژوهش عدم مشکل جسمانی، مصرف ننمودن دارو، دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس DSM5 به‌عنوان ملاک‌های ورود؛ ابتلاء به اختلالات دیگر، استفاده از داروهای روانپزشکی حین انجام پژوهش و انجام ندادن تمرین‌های منزل به‌عنوان شرایط خروج در نظر گرفته شد.

با گمارش تصادفی، ۱۸ نفر در گروه گواه و ۱۸ نفر در گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری اسلامی قرار گرفتند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۲ ساعته، آموزش با رویکرد اسلامی را دریافت کردند. گروه گواه نیز مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات، دو گروه مقیاس هراس اجتماعی را تکمیل نمودند تا میزان تغییر متغیر وابسته بررسی شود. همچنین متغیرهای مداخله‌گر و مزاحم از طریق عدم سوءگیری محقق، عدم افت آزمودنی‌ها، ابزار اندازه‌گیری مناسب، انتخاب تصادفی افراد نمونه در دو گروه و تحلیل آماری مناسب کنترل شدند.

به منظور جمع‌آوری اطلاعات، از پرسش‌نامه هراس اجتماعی (Connor, Davidson, Churchil, Sherwood, et al, 2000) استفاده شد. این مقیاس یک پرسش‌نامه خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که سه زیرمقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) دارد. هر ماده بر پایه مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۰ = به هیچ وجه، ۴ = بی‌نهایت) نمره‌گذاری می‌شود. پایایی بازآزمایی این مقیاس در افراد مبتلا به هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و همسانی درونی آن نیز در گروه‌های بهنجار برای کل مقیاس ۰/۹۴ گزارش شده است (Connor et al, 2000). در ایران نیز حسنوند عموزاده، باقری و شعیری (۱۳۸۹)، همسانی درونی آن را با یک نمونه غیربالینی در نیمه اول آزمون ۰/۸۱ و در نیمه دوم آزمون ۰/۷۷، همبستگی دو نیمه آزمون ۰/۷۷ و ضریب همبستگی اسپیرمن را ۰/۸۷ گزارش کرده است. همچنین همسانی درونی در زیرمقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۲ به دست آمده است (حسوند عموزاده و همکاران، ۱۳۸۹). در پژوهش حاضر از نمره کلی این مقیاس استفاده شد و برای به دست آوردن اعتبار آن از آلفای کرونباخ استفاده گردید. ضریب آلفا برای این پرسش‌نامه ۰/۸۳ به دست آمد که نشان از معتبر بودن آن دارد.

مبانی نظری بسته مداخله‌ای و تکنیک‌های درمانی مربوطه شامل موارد زیر است: در رویکرد اسلامی، شناخت مکانیسم‌های زمینه‌ساز ناکارآمد راهنمای فرایند درمان است. بنابراین در گام اول، باورهای ناکارآمد زمینه‌ای مشخص شده است. در گام دوم شناسایی منشاها و احتمالی شکل‌گیری باورهای ناکارآمد کنونی در طراحی برنامه درمان مدنظر قرار گرفته و سپس با استفاده از دو راهبرد بازسازی شناختی و عمل به ضد؛ برای اصلاح نظام پردازش اطلاعات، تغییرات رفتار و تکرار آن در قالب انجام تکالیف درمانی برنامه‌ریزی شده است.

۱. مکانیسم زمینه‌ای ترس از ارزیابی منفی و راهبرد درک حضور ناظر محترم:

فن: درک حضور خداوند به عنوان تنها عامل بازدارنده انسان و درونی ساختن اعتقاد به وجود او به عنوان ناظر برتر (مائده: ۴۴؛ مائده: ۵۴؛ توبه: ۵۱؛ آل عمران: ۱۶۰؛ زمر: ۳۶؛ نهج البلاغه، نامه ۳۱).

فن: ارزیابی عمل بر اساس ملاک‌های دیدگاه موحدان و بررسی چگونگی و انگیزه ارتکاب عمل (فیض کاشانی، ۱۴۲۳ق).

فن: نگاه موحدانه به ارتباطات و الگوگیری از سبک ارتباطی حضرت علی (علیه‌السلام)؛ (حدادزاده، ۱۳۹۴) اگر در نقش یک معصوم قرار بگیرم، آیا در پاسخ به فکر مزاحم همین‌گونه تفسیر و عمل می‌کنم؟

۲. مکانیسم زمینه‌ای ترس از انتقاد و راهبرد تحلیل آگاهانه: (فلسفی، ۱۳۹۴)

فن: به چالش کشیدن روان بنه‌های منفی با تدبیر در نقدها؛ «آیا فکر می‌کنی کسی که زیاد مورد انتقاد قرار گیرد آدم بدی است؟ چرا؟»، «آیا رفتارت مورد تأیید خودت هست؟ چرا؟»

فن: تحلیل انتقادات از طریق مشابَهت‌سازی با کلاس درس سیار؛ تأیید بخش درست انتقاد: «انتقاد را دوباره با جملات متفاوت بیان کند و به منتقد بگوید حق با توست».

نادیده گرفتن انتقادات نادرست: فرد ظاهراً موافقت خود را نشان می‌دهد اما پیام ناگفته‌اش این است که: «اگر چه ممکن است حق با تو باشد، اما من واقعاً چنین فکر نمی‌کنم».

۳. مکانیسم زمینه‌ای توهم‌خواری و راهبرد ایفای نقش:

فن: تغییر مسیر توجه به اصل کرامت انسانی (اسرا: ۷۰؛ نهج‌البلاغه، خطبه ۱)، مقابله با تأییدات ذهنی منفی از طریق پرسشگری سقراطی، «نقاط ضعف من در موقعیت‌های اجتماعی کدام است؟»، «کدام نقطه ضعف را می‌توانم با نشان دادن نبوغ در عرصه‌های دیگر جبران کنم؟».

فن: تصویرسازی ذهنی؛ تغییر شیوه تعامل با دیگران با تجسم صحنه‌هایی که در آن فردی خونگرم است (فلسفی، ۱۳۹۵)

۴. مکانیسم زمینه‌ای تکلف افراطی و راهبرد تنظیم انتظارات واقع‌بینانه:

فن: مقابله با رؤیای بی‌نقص بودن با یادآوری تمثیل «مدادهای پاک‌کن‌دار»
فن: مقابله با خطای شناختی توهم استقلال و ترس از عدم قطعیت، یقین به وعده نصرت الهی با یادآوری آیه «وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ» (طلاق: ۳؛ نهج‌البلاغه، نامه ۳۱)

فن: تنظیم بایدهای مبتنی بر تکلیف و در محدوده وظایف (بقره: ۲۸۶؛ طلاق: ۷).

۵. مکانیسم زمینه‌ای ترس از سخنرانی و راهبرد مواجهه‌سازی: (فلسفی، ۱۳۹۴)

فن: شناسایی عامل ترس (تعداد حضار، شنوندگان بیشتر و متخاصم‌تر، موضوعات نامأنوس)

فن: سخنرانی در مقابل آینه (فلسفی، ۱۳۹۴). تمرین مکرر و در نهایت مواجهه با موقعیت واقعی (نهج‌البلاغه، حکمت ۱۷۵؛ غزالی، ۱۳۸۶)

۶. مکانیسم زمینه‌ای نقص در مهارت‌های اجتماعی و راهبرد شفقت‌ورزی: (فلسفی، ۱۳۹۵؛ نهج‌البلاغه، نامه ۳۱).

فن: تمرین اصلاح یک یا دو رفتار اختصاصی نظیر بهبود تماس چشمی، صحبت با صدای بلندتر، یادگیری شیوه‌های مباحثه و مکالمه صحیح.

فن: به‌کارگیری اصول تقدم در سلام، گشاده‌رویی و حس پیوستگی متقابل «آنچه را برای خود دوست داری برای دیگران نیز دوست بدار.»

۷. مکانیسم زمینه‌ای افسوس بر گذشته، ترس از آینده و راهبرد اغتنام فرصت: (فلسفی، ۱۳۹۵؛ غرر الحکم ودرر الکلم، صص ۶۲۶، ۷۰۳).

فن: زدودن فکر گذشته معدوم با به چالش کشیدن افکار منفی؛ «آیا عملکرد اجتماعی‌ام به همین شدت که به خاطر می‌آورم وحشتناک بود؟» «شواهدم برای اثبات این موضوع، چیست؟» «کدام جنبه رویداد برایم آزاردهنده بود؟ نحوه واکنش دیگران، نحوه رفتار خودم یا احساس بدی که داشتم؟».

فن: تحلیل عوامل نگرانی موقعیت‌های اجتماعی آینده به دو بخش واقع بینانه و ساختگی؛ محاسبه عقلی و پذیرش عوامل نگرانی غیرقابل تغییر (فلسفی، ۱۳۹۴).

فن: استفاده از فن جز به جز برای زدودن عوامل نگرانی قابل تغییر (پسندیده، ۱۳۹۶). تهیه فهرست مراحل عمل اجتماعی، بستن چشم برای یک دقیقه و تفکر پیرامون به پایان رساندن تمامی مراحل، اندازه‌گیری سطح اضطراب کل موقعیت از صفر تا ده، بستن مجدد چشم‌ها و تفکر پیرامون انجام دادن یک مرحله و اندازه‌گیری سطح اضطراب. توصیف سطح اضطراب در مرحله اول و دوم.

فن: اغتنام فرصت؛ «الان چه باید کرد؟»، «وظیفه من در این موقعیت چیست؟»، «معیارهای الهی برای انجام این تکلیف چیست؟» پاسخ مبتنی بر منطق به سؤالات و جدیت برای انجام عمل (فلسفی، ۱۳۹۵).

۸. مکانیسم زمینه‌ای اجتناب از عمل و راهبرد مشارطه، مراقبه و محاسبه (غرر الحکم و درر الکلم، ص ۳۳۵؛ نجاتی، ۱۳۸۸).

فن: تنظیم سلسله مراتب موقعیت‌ها و فهرست مشکلات

فن: تحلیل موقعیت‌های عملکردی و اجتماعی از حیث اینکه چه می‌خواهد؟ با کدام عادت قصد مبارزه دارد؟ و چه عملی را می‌خواهد جایگزین کند؟ (فلسفی، ۱۳۹۵).

فن: بازنگری واکنش‌های رفتاری با به‌کارگیری تکنیک آینه ذهن و پرسشگری سقراطی؛ آیا موقعیت را ترک می‌کند؟ در جمع ساکت می‌ماند؟ از تماس چشمی اجتناب می‌کند؟ با چک کردن‌های زیاد اضطراب را کاهش می‌دهد؟ فن: تنظیم قرارداد خود جوش و بازتوانی ترس اجتماعی از طریق تمرین مرتب ورود به موقعیت‌های اجتماعی و تعامل با دیگران با عمل به گام‌های برنامه مواجهه؛

۱) مشارطه: تهیه یک برنامه مکتوب که طی یک سلسله مراتب از آغازگرهای اضطراب به ترس محوری مشخصی پرداخته می‌شود.

۲) مراقبه: هوشیارسازی نسبت به افکار و اعمال نادرست و استفاده از رویارویی تدریجی به سمت اهداف.

۳) معاهده: تعهد به برنامه مواجهه روزانه.

۴) محاسبه: خودبازنگری از طریق پاسخ‌گویی به سؤالاتی نظیر تهدید اجتماعی‌ای که می‌ترسیم روی دهد، کدام بود؟ بدترین اتفاقی که روی داد چه بود؟ چقدر توانستم واقعه را مدیریت کنم؟

ساختار جلسات محتوای درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی در جدول ۱ ارائه

شده است.

جدول ۱. درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی

جلسات	محتوا	تکالیف
اول	<ul style="list-style-type: none"> آشنایی با ماهیت و علل اضطراب اجتماعی، بررسی فواید درمان اضطراب اجتماعی در دانش آموزان 	<ul style="list-style-type: none"> پیش آزمون
دوم	<ul style="list-style-type: none"> آموزش چرخه معیوب شناختی رفتاری اضطراب اجتماعی از دیدگاه اسلام، تهیه سلسله مراتب هراس و اجتناب، پایش افکار خودآیند و باورهای مربوط به خود و هستی در دانش آموزان. 	<ul style="list-style-type: none"> مشخص نمودن سه موقعیت اجتماعی هراس آور و بررسی افکار و رفتار اضطرابی در این موقعیت‌ها.
سوم	<ul style="list-style-type: none"> شناسایی رویدادهای اجتماعی آینده با اضطراب متوسط، درجه بندی اضطراب انتظاری، ارزیابی افکار انتظاری منفی، تحول افکار انتظاری منفی با تفسیرهای منطقی بر عقابیت از دیدگاه اسلام، کنترل وهم و خیال از طریق خود نظارت‌گری، تمرکز بر حال و اغتمام فرصت. 	<ul style="list-style-type: none"> مشخص نمودن سه رویداد اجتماعی هراس انگیز مربوط به آینده، ثبت میزان اضطراب بر اساس شدت و مدت، بیان تهدیدات مورد انتظار و میزان یادآوری خاطرات مشابه گذشته، تحول نحوه تفکر و استفاده از تفسیرهای جایگزین.
چهارم	<ul style="list-style-type: none"> رویارویی دانش آموزان با ترس‌های مکالمه‌ای، شناسایی پیام‌های ذهنی مرتبط با توهم خوری، استفاده از بازخورد تصویری، چالش با روان بنه‌های منفی با بهره‌گیری از ارزش‌گذاری ارگانیزمی (توجه به منحصر به فرد بودن و تکریم کرامت وجودی در تمامی سطوح انبای بشر از کودک خردسال تا فیلسوف بزرگسال) و ارزش‌گذاری رفتاری (عمل به ضد و جبران نقاط ضعف با نشان دادن نبوغ در عرصه‌های دیگر). 	<ul style="list-style-type: none"> ترسیم ذهنی یک مکالمه تلفنی و سنجش عملکرد خود در این تصویر با نشانه‌های لرزش صدا، لکنت زبان، و عرق کردن، حضور در یک برنامه مباحثه گروهی و سنجش عملکرد با علائم تنگی نفس، سرخی چهره و تپش قلب، به چالش کشیدن پیش‌بینی‌های نادرست درباره عملکرد در دو موقعیت.
پنجم	<ul style="list-style-type: none"> مواجهه دانش آموزان با موقعیت اجتماعی اضطراب‌زا، درجه بندی میزان اضطراب در خلال رویداد، شناسایی باورهای ناکارآمد (ترس از طرد و انتقاد)، به چالش کشیدن وهم و خیال با تمرکز بر رویکرد اسلام در ارزیابی موقعیت انتقادی، پذیرش انتقاد به‌عنوان راهی برای پیراسته‌سازی از اشتباهات اجتماعی و به‌کار بستن تذکرات اصلاحی، تأیید بخش درست انتقاد و نادیده‌انگاری بخش دیگر. 	<ul style="list-style-type: none"> تمرین برگزاری کارگروه نقد سازنده و تحلیل موقعیت با شناسایی افکار ناراحت‌کننده، بررسی پیامدهای فاجعه‌آمیز و احتمال وقوع آن و در نهایت تفسیر منطقی از موضوع.
ششم	<ul style="list-style-type: none"> مواجهه دانش آموزان با یک موقعیت اجتماعی اضطراب‌زا، درجه بندی میزان اضطراب در خلال رویداد، شناسایی باورهای ناکارآمد (ترس از ارزیابی منفی و فقدان مطلوبیت اجتماعی)، بازسازی شناختی مقوله ترس از مردم از دیدگاه اسلام، نهی از اصالت به غیر خدا در قوه واهمه، درونی شدن اعتقاد به وجود ناظر برتر در همه حال. 	<ul style="list-style-type: none"> شرح یک موقعیت اجتماعی هراس‌انگیز، بررسی ترس‌های موقعیتی و انجام مداخله‌های مقابله‌ای.

جلسات	محتوا	تکالیف
هفتم	<ul style="list-style-type: none"> ● مواجهه دانش‌آموزان با یک موقعیت عملکردی اضطراب‌زا، شناسایی باورهای ناکارآمد (کمال‌گرایانه و انعطاف‌ناپذیر)، نگاه منطقی به خطاها با استفاده از تمثیل ماده‌های پاک‌کن‌دار، به چالش کشیدن خطای شناختی توهم استقلال از دیدگاه اسلام، اضطراب ناشی از انتظار قطعیت، بازنگری استعدادها و تنظیم بایدها بر اساس اسلام. 	<ul style="list-style-type: none"> ● ثبت یک موقعیت کمال‌گرایانه، شرح افکار و رفتار ناشی از کمال‌گرایی، به چالش کشیدن باورهای کمال‌گرایانه، ثبت باورهای کمک‌کننده تر.
هشتم	<ul style="list-style-type: none"> ● مواجهه سخنرانی در یک مکان پرجمعیت، شناسایی عوامل ترس از سخنرانی، تعیین هدف و تنظیم محتویات سخنرانی، مواجهه واقعی با موقعیت، بررسی تجربیات آسیب‌زای قدیم و جدید و واری‌ش شواهد عملکرد ضعیف پس از سخنرانی توسط دانش‌آموزان. 	<ul style="list-style-type: none"> ● تمرین سخنرانی در جمع، درجه‌بندی میزان اضطراب در آغاز سخنرانی، زیرسؤال بردن افکار ناکارآمد، واری‌ش شواهد عملکرد ضعیف، تدوین تفسیر جایگزین.
نهم	<ul style="list-style-type: none"> ● تدوین برنامه عمل اجتماعی، ایفای نقش، عمل به ضد و سعی در پرورش رفتارهای متعارض با تکیه بر اصول حس پیوستگی متقابل، تقدم سلام و گشاده‌رویی در دانش‌آموزان. 	<ul style="list-style-type: none"> ● توصیف برنامه مواجهه ارتباطی، مشخص نمودن افکار اضطرابی، جایگزین ساختن افکار اصلاح شده، حذف رفتارهای ایمنی‌بخش.
دهم	<ul style="list-style-type: none"> ● رویارویی دانش‌آموزان با موقعیت اجتماعی هراس‌آور با تأکید بر اصول مشارطه، مراقبه، محاسبه، تعیین هدف‌های معطوف به موقعیت‌های اجتماعی ترسناک، تنظیم قرارداد خودجوش، مواجهه، مراقبه مستمر از افکار و رفتار در هر مواجهه، مشاهده تصویر ویدیویی مواجهه، ثبت نتایج و مقایسه هزینه برآورد شده با آنچه که واقعاً پیش آمده. 	<ul style="list-style-type: none"> ● مشخص کردن سه موقعیت اجتماعی با اضطراب متوسط، توصیف اهداف در این موقعیت‌ها، پیشگویی عملکرد اجتماعی، استفاده از بازخورد تصویری، خود بازنگری و محاسبه از طریق مقایسه پیش‌گویی با پیامد واقعی.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌های کیفی از روش تحلیل موضوعات و گزاره‌های دینی و برای تحلیل داده‌های کمی از آمار توصیفی، کوواریانس تک متغیره و نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد.

یافته‌ها

توزیع نمره‌های آزمودنی‌های مورد مطالعه در متغیر اضطراب اجتماعی با استفاده از روش‌های مناسب آمار توصیفی مانند: میانگین، انحراف استاندارد، حداقل، حداکثر و شاخص‌های توزیع همچون کجی و کشیدگی توصیف شده‌اند که در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر پژوهش

کشیدگی	کجی	حداکثر	حداقل	انحراف استاندارد	میانگین	مرحله	گروه	متغیر	بسته آموزشی
۰/۴۵-	۰/۱۷	۵۲	۲۷	۱/۶۲	۳۸/۴۴	پیش‌آزمون	آزمایش	اضطراب اجتماعی	درمان‌شناختی رفتاری
۰/۰۳-	۰/۷۶	۳۷	۲۰	۱/۱۴	۲۷/۰۵	پس‌آزمون			
۰/۳۸-	۰/۱۸	۵۳	۲۷	۱/۶۹	۳۸/۵۰	پیش‌آزمون	کنترل		
۰/۳۵-	۰/۱۲	۵۲	۲۷	۱/۵۷	۳۸/۴۴	پس‌آزمون			

نتایج جدول ۲، نشان داد که شاخص‌های کجی و کشیدگی متغیرها بین ± ۲ بوده که نشان‌دهنده مطلوب بودن وضعیت متغیرها برای انجام آزمون‌های پارامتری است. همچنین در مرحله پیش‌آزمون، میانگین‌ها و انحراف استاندارد متغیر اضطراب اجتماعی در گروه آموزش (رویکرد اسلامی) و گروه کنترل، یکسان می‌باشند، ولی در مراحل پس‌آزمون (بعد از مداخله) و پی‌گیری، تفاوت زیادی مشاهده می‌شود. با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون بود، برای تحلیل داده‌ها و به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و پس‌آزمون از روش تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. برای انجام این آزمون می‌بایست مفروضه‌های آن مانند، توزیع نرمال متغیر وابسته، آزمون همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس و آزمون همگنی واریانس‌های خطا رعایت شود. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف نشان داد که توزیع نرمات در متغیر اضطراب اجتماعی بهنجار است (جدول ۳). فرض همگن بودن واریانس‌ها به‌وسیله آزمون لوین بررسی شد که مفروضه همگونی واریانس‌ها نیز تأیید شد (جدول ۴). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس، همگونی شیب خط رگرسیون است. بررسی‌ها نشان داد تعامل پیش‌آزمون با متغیر مستقل معنادار نبوده ($F=۰/۸۷, P=۰/۲۱$)، بنابراین مفروضه همگنی شیب رگرسیون نیز برقرار است. بررسی مفروضه‌ها نشان داد که استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز می‌باشد.

جدول ۳. نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها

متغیر	مراحل	آماره	P
اضطراب اجتماعی	پیش آزمون	۰/۲۱۴	۰/۱۱۵
	پس آزمون	۰/۱۸۹	۰/۲۳۷

۲۳

نتایج آزمون کالموگروف اسمیرنف در جدول ۳ حاکی از این است که توزیع داده‌ها برای متغیر اضطراب اجتماعی به تفکیک در مراحل پیش و پس آزمون نرمال است ($P > 0.05$).

جدول ۴. نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیر	مراحل	F	Df ₁	Df ₂	P
اضطراب اجتماعی	پیش آزمون	۱/۰۲۷	۱	۲۸	۰/۱۷۵
	پس آزمون	۰/۶۳۹	۱	۲۸	۰/۴۵۵

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد مقدار F به‌دست آمده برای متغیر اضطراب اجتماعی در مراحل پیش و پس آزمون معنادار نیست ($P > 0.05$). در نتیجه تفاوت معناداری بین واریانس خطای گروه‌ها وجود ندارد و بنابراین فرض همگنی واریانس‌های خطا رعایت شده‌است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر اضطراب اجتماعی

آزمون	درجه آزادی خطا	درجه آزادی فرضیه	ارزش	F	P	مجذوراتا
اثر پیلایی	۷	۲۷	۰/۶۲۵	۱۲/۸۵۳	< ۰/۰۱	۰/۶۲۳
لامبدای ویلکز	۷	۲۷	۰/۵۸۸	۱۲/۸۵۳	< ۰/۰۱	۰/۶۲۳
اثر هتلینگ	۷	۲۷	۱/۴۷۱	۱۲/۸۵۳	< ۰/۰۱	۰/۶۲۳
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۷	۲۷	۱/۴۷۱	۱۲/۸۵۳	< ۰/۰۱	۰/۶۲۳

برای پی بردن به متغیری که بین دو گروه تفاوت معنی دار دارد، تحلیل کواریانس چند متغیری انجام شد. بر طبق نتایج جدول ۵، بین آزمودنی‌های گروه آزمون و گروه کنترل، از لحاظ متغیر وابسته (اضطراب اجتماعی) تفاوت معنی داری وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول ۶. نتایج تحلیل کواریانس جهت بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر اضطراب اجتماعی

متغیر	شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
اضطراب اجتماعی	بین گروهی	۵۸۵/۵۹	۱	۵۸۵/۵۹			
	درون گروهی	۱۴۲۴/۹۴	۳۴	۴۱/۹۱	۱۳/۹۷	۰/۰۰۰۱	۰/۳۸
	کل	۲۰۱۰/۵۳	۳۵				

با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کواریانس، می‌توان از این آزمون برای سنجش فرضیه‌ها استفاده کرد. لذا، برای بررسی اثربخشی بسته آموزشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد اسلام بر کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان تحلیل واریانس تک متغیری استفاده شد. این آزمون برای مقایسه گروه آزمایش و گروه گواه استفاده شد. جدول ۴، نتایج تحلیل کواریانس را نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۶، نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات پس‌آزمون متغیر اضطراب اجتماعی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=13/97, P=0/0001, F(1,34)$). بنابراین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معنی داری در متغیر اضطراب اجتماعی بیشتر از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که بسته آموزشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر رویکرد اسلام به‌طور معنی داری موجب کاهش اضطراب اجتماعی در مرحله پس‌آزمون شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی بر اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر متوسطه اول و دوم بود. یافته‌ها نشان داد اختلاف بین میانگین گروه شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی و گواه در متغیر اضطراب اجتماعی معنادار است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بسته مداخله‌ای شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی از طرفی با فعال‌سازی عقل خداسو و پردازش اطلاعات در حوزه‌های ادراکی مبدأ، معاد، خود و هستی، تغییر مسیر توجه و دیدن فعالیت‌ها با نگرش ارزش آخرتی بر خطاهای شناختی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تأثیر گذاشته و از طرف دیگر با عمل به ضد و بهره‌گیری از فنون مشارطه، مراقبه و محاسبه، افراد را برای مواجهه با موقعیت‌های ترسناک آماده کرده و منجر به کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی می‌شود. این یافته با نتایج تحقیقات (Lim et al, 2014) و (Yaacob, 2013) همسو است. (Lim et al, 2014) بیان می‌کند ادغام محتوای مذهبی با CBT کیفیت درمانی قابل قبولی را برای افرادی که دارای اعتقادات راسخ هستند، ایجاد می‌کند. همچنین (Yaacob, 2013) به این نتیجه رسید که به کارگیری تکنیک‌های درمان شناختی اندیشمندان مسلمان (درمان معکوس و تعمق) می‌تواند در کاهش استرس مفید باشد. در این درمان با پیروی از اصل اغتنام فرصت، توجه فرد بر زمان حال متمرکز می‌شود و با بهره‌گیری از اصل گذار توجه صحیح به گذشته و آینده مدنظر قرار می‌گیرد. به کارگیری دو اصل فوق همراه با توجه به گذشته، حال و آینده با رویکرد سیستمی و تمرکز بر همه جنبه‌های زمان حال، اضطراب انتظاری و پردازش پس‌رویدادی را کاهش می‌دهد. نتایج تحقیق (Katz, et al, 2019) نیز نشان داد درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی نتیجه درمان را در تجربیات لحظه‌ای پردازش پس از وقوع تحت تأثیر قرار می‌دهد. با توجه به نقش پردازش پس‌رویدادی در بروز نشانه‌های اضطراب اجتماعی تغییر این مؤلفه در سیکل اضطراب اجتماعی نقش بسزایی دارد. به همین جهت اندیشمندان اسلامی به ممانعت از اشتغال فکر در افکار بیهوده توصیه نموده و با بهره‌گیری از تکنیک مراقبه زمینه انتقال رفتارهای ناخودآگاه به سطح خودآگاه را فراهم می‌آورند. ملا احمد نراقی به کارگیری این تکنیک در اعمال روزمره را بدین گونه توصیف نموده است که «باید فرد به هر شغلی که می‌پردازد دل را در آن مشغول فکر در

حکمت‌های خدا کند. مثلاً در حالت اکل به نظر بصیرت بنگرد که چگونه خدا قوام بدن حیوانات را در آن قرار داده و اسباب آن را مهیا نموده و انواع ماکولات را آفریده است» (نراقی، ۱۳۵۱؛ به نقل از منطقی، ۱۳۷۰: ۶۲۴).

با توجه به نقش ترس از ارزیابی منفی در تداوم اضطراب اجتماعی (Heimberg, et al, 2010) در درمان شناختی رفتاری با رویکرد اسلامی، تقویت اندیشه موحدانه مدنظر قرار گرفته واز طریق اعتقاد به حضور ناظر محترم، ترس از ارزیابی منفی در موقعیت‌های عملکردی کاهش می‌یابد. با درک حضور ناظر محترم فرد درمی‌یابد خدا بر ضمیر همه کس آگاه و به جمیع افعالش بیناست. در این رویکرد رابطه من- تو به قاعده مثلثی تبدیل می‌شود که خداوند در رأس آن قرار دارد. در چنین شرایطی فرد با قراردادن ارتباط من- تو در پرتو مقصد و مقصود کلان هستی، فضای بزرگتری را برای کنش‌ها یا واکنش‌های خود فراهم می‌بیند، از تنگنای کنش واکنش خارج شده و حتی با دریافت نکردن واکنش از ناحیه دیگری همچنان به کنش می‌پردازد. یافته‌های تحقیق هاشمی و همکاران (۱۳۹۶) نیز مؤید این موضوع است که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود.

افراد دچار اختلال اضطراب اجتماعی، انتظارات و اهداف اجتماعی را بالا درک می‌کنند. این افراد در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی، عمدتاً توجه خود را به جنبه‌های منفی معطوف می‌کنند. این موضوع منجر به بیش برآورد پیامدهای منفی مواجهه اجتماعی، خودانگاره منفی به‌عنوان یک موجود اجتماعی یا احساس ضعف در مهارت اجتماعی می‌شود. در نتیجه، این افراد اشتباهات خود را فاجعه‌آمیز تلقی می‌کنند و فرار از اجتماع را انتخاب می‌کنند (hofmann, 2007).

در درمان شناختی رفتاری اسلامی مراجع می‌آموزد که آدمیان از حیث فهم و عمل، وسع‌های مختلفی دارند، خداوند هم به میزان داده‌ها، طلب کرده است (طلاق: ۷)، همه افراد لغزش کارند و خدا اشتباهات ناخواسته را بخشیده است (نهج‌الفصاحه، ۱۳۸۴: ۱۳۸). لذا هنگام تعیین اهداف اجتماعی بر هماهنگی سازی آن با معیارهای شریعت و ظرفیت خود اقدام نموده و پس از انجام خطاهای اجتماعی نخست به بازبینی می‌پردازد و متوجه است که خطای سهوی مجازات ندارد. در این رویکرد درمانی با پرهیز از اتخاذ طریق

تکلف و انجام تکالیف متناسب با ظرفیت، با اجتناب که عامل تداوم بخش اضطراب اجتماعی است، مقابله می‌شود.

تعیین اهداف اجتماعی سطح بالا و اجتناب از موقعیت‌ها در ایجاد خودانگاره منفی و توهم‌خواری تأثیرگذار است. لذا بهره‌گیری از ارزش‌گذاری ارگانیزمی (کرامت وجودی) یکی از مداخله‌های مقابله‌ای است که در این رویکرد درمانی مورد توجه قرار می‌گیرد. در این رابطه (Gilbert & Miles, 2000) با انجام پژوهشی با عنوان «حساسیت در برابر تنزل اجتماعی (یا سرکوب اجتماعی)» به این نتیجه رسیدند که تجربه انتقاد، درک مرتبه اجتماعی و سبک‌های سرزنش، نقش مهمی در اضطراب اجتماعی ایفا می‌کند. همچنین آنها دریافتند افرادی که خودشان را نسبتاً پایین رتبه می‌بینند، خود را شایسته انتقاد توسط منتقدان می‌دانند. به‌ویژه اگر شخص متوجه شود که جنبه‌های نامطلوبش، توسط دیگران مشاهده شده است. بنابراین تغییر در سازه‌های مربوط به خود، کاهش اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند (Gregory & Peters, 2016).

بخش عمده این رویکرد درمانی بهره‌گیری از اضداد و مواجهه مکرر با موقعیت‌های اجتماعی بر اساس مکانیزم مراقبه منظم، محاسبه و ثبت نتایج است. در درمان به ضد فرد با تامل در نفس خویش اضداد امراض نفسانی خود را یافته و با اتکا به اراده خویش به اضداد عمل می‌کند. به‌عنوان مثال فردی که از حضور در جمع هراس دارد باید خود را در پیشگاه خداوند در نظر بگیرد و از خود سؤال کند آنگاه که در پیشگاه الهی حضور یابم کدام‌یک از این دو امر برای سعادت بارورتر است؟ انزوا و کناره‌گیری از مردم یا معاشرت نیکو و حضور در اجتماع آن‌ها؟ در این رویکرد فرد با عمل به ضد و ورود تدریجی به موقعیت‌های عملکردی و اجتماعی موفق به کاهش رفتارهای ایمن و اجتناب اجتماعی می‌شود. در تأیید این یافته (Suvega et al, 2017) در پژوهشی تحت عنوان «سازگاری اجتماعی نوجوانان با و بدون اختلال اضطراب اجتماعی» نشان دادند؛ که نتایج تمرینات اجتماعی باعث بهبود عملکرد اجتماعی در جوانان با اختلالات اضطرابی شده است.

بنابراین می‌توان گفت در پژوهش حاضر؛ بازسازی شناختی مبتنی بر فعال‌سازی عقل خداسو و درمان معکوس، منجر به کاهش اضطراب اجتماعی گردیده است. تأکید رویکرد اسلامی بر آموزش بازسازی ساختار شناختی افکار ناسازگار و تفسیرهایی که در شکل‌گیری هراس‌های اجتماعی نقش دارند و همچنین عمل به ضد و مواجهه‌های مکرر

با موقعیت‌های هراس‌آور در جلسات درمانی، فرصتی را برای تجربه موفقیت در ارزیابی مجدد و خودکارآمدی فراهم می‌کند. از سوی دیگر بررسی عادات ذهنی از چند منظر و یادگیری نحوه تعدیل روابط بین فکر، عواطف و رفتار، فرایندهای رایج این درمان است که به نوبه خود کاهش اضطراب اجتماعی را در بردارد.

در تحقیق حاضر، تعلل دانش‌آموزان در انجام تکالیف منجر به اختلال در فرایند درمان در برخی از جلسات شد. با این محدودیت از طریق ارائه توضیحات پیرامون نقش تکلیف در دستیابی به اهداف این نوع درمان مقابله شد. همچنین داده‌های این پژوهش از طریق خود گزارش‌دهی جمع‌آوری شده و این احتمال وجود داشت که بعضی دانش‌آموزان به دلیل نگرانی از ارزیابی منفی که یکی از شاخص‌های این اختلال می‌باشد، در پاسخ دادن به پرسش‌نامه تحقیق، پاسخ‌هایی را انتخاب کنند که مبین اضطراب کمتری در آنان باشد.

با توجه به یافته‌های پژوهش، درمان‌شناختی رفتاری با رویکرد اسلام به‌عنوان یک رویکرد درمانی تلفیقی و منطبق بر زمینه فرهنگی - مذهبی جامعه ایران، به‌طور معناداری در کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان تأثیرگذار است. بنابراین استفاده از این رویکرد درمانی اسلامی به روانشناسان، مشاوران و متخصصان امر تعلیم و تربیت پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد به منظور نشان دادن تأثیر تغییرات تحول‌آفرین مانند بازسازی شناختی، استراتژی‌های رفتاری و... جلسات درمانی بیشتر و استفاده از یک دوره پی‌گیری طولانی‌تر مدنظر قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است. از تمامی دانش‌آموزان دوره‌ی اول و دوم متوسطه شهر کرمان که در انجام این پژوهش به ما یاری رساندند، صمیمانه تشکر می‌گردد.

- آمدی، عبدالواحد. (۱۳۹۰). غرالحکم و دررالکلم، ترجمه محمدعلی انصاری، چاپ ششم، قم، امام عصر (عج).
- انصاری، حسن. (۱۳۹۵). طراحی روش درمان شناختی و رفتاری با رویکرد اسلامی و مقایسه اثربخشی آن با درمان شناختی رفتاری آبرامویتز بر مبتلایان به OCD، پایان نامه دکتری، رشته روانشناسی عمومی پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- اسمعیلی، معصومه؛ دهدست، کوثر؛ قبادی، شهاب؛ و سگری، محمد. (۱۳۹۹). مطالعه کیفی الگوی سهم‌گذاری در مشاوره با رویکرد اسلامی و نقش آن در پایداری تغییرات نوع اول، دوم و سوم مراجعان. مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی، ۵ (۴)، ۷-۳۲.
- پسندیده، عباس (۱۳۹۶). پژوهشی در فرهنگ حیا، چاپ دهم، قم: دارالحدیث.
- جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۹۵). روان‌درمانگری چندبعدی معنوی: فعال‌سازی عمل معنوی و اثربخشی آن بر مشکلات روان‌شناختی مراجعان مضطرب، پژوهشنامه روانشناسی اسلامی، ۲ (۳)، ۸-۳۹.
- جان‌بزرگی، مسعود، و غروی، سیدمحمد. (۱۳۹۷). اصول روان‌درمانگری و مشاوره با رویکرد اسلامی (مفاهیم، فرایند و فنون)، چاپ دوم، قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
- حدادزاده، غلامرضا. (۱۳۹۴). ارتباطات در سیره امام علی (علیه‌السلام)، چاپ اول، قم، مرکز بین‌المللی ترجمه و نشر المصطفی (ص).
- حسینوند عموزاده، مهدی؛ باقری، اکرم؛ و شعیری، محمدرضا (۱۳۸۹)، «بررسی روانی و اعتبار سیاهه فوبیای اجتماعی (SPIN) بر روی نمونه‌های غیر بالینی ایرانی»، خلاصه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، معاونت دانشجویی، دانشگاه تهران.
- خادم پیر، علی. (۱۳۹۴). خاستگاه، عوامل و آثار شرم و حیا در نگاه قرآن و حدیث، بصیرت و تربیت اسلامی، ۱۱ (۳۲)، ۱۲۷-۱۵۳.
- دشتی، محمد. (۱۳۸۶). ترجمه نهج‌البلاغه امیرالمؤمنین حضرت علی (علیه‌السلام)، چاپ نهم، قم، الهادی.
- رستمی نسب، عباسعلی؛ علوی، سیدحمیدرضا؛ و کریمی، منیره. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش شادی با رویکرد اسلامی بر بهزیستی روان‌شناختی و جهت‌گیری مذهبی دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوره دوم شهر کرمان. مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی، ۲ (۴)، ۴۷-۶۶.
- رضائی، زهرا؛ بشلیده، کیومرث؛ حمید، نجمه؛ مرعشی، سیدعلی؛ و هاشمی، سیداسماعیل. (۱۳۹۸). بررسی تفاوت‌ها و شباهت‌های حیا و اضطراب اجتماعی (کمرویی)، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، ۱۴ (۵۳)، ۱۵۵-۱۸۰.
- شجاعی، محمدصادق (۱۳۹۶)، درآمدی بر روانشناسی تنظیم رفتار با رویکرد اسلامی، چاپ سوم، قم: دارالحدیث.
- شعبانی، جعفر و مصدري، مریم. (۱۳۹۵)، «اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول»، مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت، ۳ (۳)، ۱۲-۲۷.
- شهبازی‌راد، افسانه؛ قدم‌پور، عزت‌اله؛ غضنفری، فیروزه؛ و مؤمنی، خدامراد (۱۳۹۵)، «اثربخشی آموزش مبتنی بر مدل تدوینی شناختی - فراشناختی رفتاری بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی»، فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۶ (۲۴)، ۴۸-۶۱.
- عمومی، محمد. خیاطان، فلور. (۱۳۹۸). اثربخشی معنویت درمانی مبتنی بر آموزه‌های اسلامی بر خشم نوجوانان، مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی، ۴ (۲)، ۳۷-۶۴.
- غزالی، محمد بن محمد. (۱۳۸۶). احیاء علوم‌الدین، ترجمه موبدالدین محمد خوارزمی، چاپ ششم، تهران، انتشارات علمی فرهنگی.
- فلسفی، محمدتقی (۱۳۹۴)، اخلاق: گفتارهای مرحوم فلسفی، تلخیص حسین سوزنجی، چاپ دوم، تهران: چاپ و نشر بین‌الملل.
- فلسفی، محمدتقی (۱۳۹۵)، جوان از نظر عقل و احساسات، جلد دوم، چاپ دوازدهم، تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.
- فیض کاشانی، ملامحسن. (۴۲۳ق). الحقائق فی محاسن الاخلاق، چاپ دوم، قم، دارالکتاب الاسلامی.
- کریمی فریدنی، علی. (۱۳۸۴). نهج‌الفصاحه. قم: حلم، چاپ پنجم.
- کلینی، محمد. (۱۳۸۵). اصول کافی، ترجمه محمدصادق حسن‌زاده، جلد سوم، چاپ دوم، قم، قائم آل محمد صلی‌الله علیه و آله.
- ماندنی، بتول. و سعادت، مه‌رناز. (۱۳۹۴). بررسی رابطه بین التزام به تعالیم اسلامی و سطح افسردگی و اضطراب در بین دانش‌آموزان مقطع دبیرستان، مسائل کاربردی تعلیم و تربیت اسلامی، ۱ (۱)، ۹۰-۱۰۶.
- محمدی ری‌شهری، محمد. (۱۳۸۹). میزان الحکمه، ترجمه حمیدرضا شیخی، جلد سوم، قم، دارالحدیث.
- مؤمنی، فرشته؛ شهیدی، شهریار؛ موتابی، فرشته؛ و حیدری، محمود (۱۳۹۶)، «مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر متغیرهای میانجی اختلال اضطراب فراگیر»، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۸ (۱)، ۴۹-۶۶.
- منطقی، مرتضی. (۱۳۷۰). سبب‌شناسی و درمان بیماری‌های روانی در قلمرو اسلامی، چاپ اول، تهران، جهاد دانشگاهی.
- نجاتی، محمدعثمان (۱۳۸۸)، علم‌النفس: روانشناسی از دیدگاه دانشمندان مسلمان، ترجمه سعید بهشتی، چاپ دوم، تهران: رشد.
- هاشمی نصرآباد، تورج؛ محمود علیلو، مجید؛ و قلی‌زاده، اعظم (۱۳۹۶)، «اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مدل هافمن بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در اختلال اضطراب اجتماعی»، مجله روانشناسی بالینی، ۱۱ (۳۳)، ۱۰۱-۱۱۰.
- یعقوبی، حسن؛ محمدزاده، علی؛ و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۱)، «مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و روان‌درمانی معنوی مذهبی مبتنی بر آموزه‌های اسلام بر کاهش اضطراب آشکار دانش‌آموزان»، تحقیقات علوم رفتاری، ۱۰ (۲۱)، ۹۹-۱۰۷.

REFERENCES

- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchil, L.R., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R.H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale, *British Journal of Psychiatry*, 176(4), 379-38.
- Gilbert, p., Miles, J. N.V. (2000). Sensitivity to Social Put-Down: it's relationship to perceptions of social rank, shame, social anxiety, depression, anger and self-other blame, *Personality and Individual Differences*, 29, 757-774.
- Gregory, B., Peters, L. (2016). Changes in the self during cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder: A Systematic review, *Clinical Psychology Review* 52, 1-18, . Doi.org/ 10.1016/ j.cpr. 2016. 11.008.
- Heimberg, R.G., Brozovich, F.A., Rapee, R.M. (2010). Chapter 15-A Cognitive Behavioral Model of Social Anxiety Disorder: Update and Extension, *Social Anxiety (Second Edition) Clinical, Developmental, and Social Perspectives* 395-422 ., <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375096-9.00015-8>
- Hofmann, S.G. (2007). Cognitive Factors that Maintain Social Anxiety Disorder: a Comprehensive Model and its Treatment Implications, *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(4), 193-209. doi: 10.1080/16506070701421313
- Katz, D.E., Cassin, S., Weerasinghe, R., & Rector, N.A. (2019). Changes in post-event processing during cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A longitudinal analysis using post-session measurement and experience sampling methodology, *Journal of Anxiety Disorders* 102-107, 66, doi. org/10.1016/j.janxdis.2019.102107.
- Lim, C., Sim, K., Renjan, V., Sam, H.F., LiQuah, S. (2014). Adapted Cognitive behavioral therapy for religious individuals with mental disorder, *A Systematic review*, 9, 3-12. Doi.org/10.1016/j.jajp.2013. 12. 011.
- Neufeld, C.B., Palma, P.C., Caetano, K.A.S., Brust-Renck, P.G., Curtiss, J., & Hofmann, S.G. (2019). A randomized clinical trial of group and individual Cognitive-Behavioral Therapy approaches for social Anxiety disorder, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20, 29-37. doi.org/ 10.1016/j.ijchp. 2019. 11.004.
- Nordgreen, T., Gjestad, R., Andersson, G., Carlbring, P., & Havik, O.E. (2018). The effectiveness of guided internet-based cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder in a routine care setting, *Internet Interventions* 13, 24-29, . doi.org/10.1016/j.invent.2018.05.003.
- Richey, J.A., Brewer, J.A., Sullivan-Toole, H., Stregge, M.V., Kim-Spoon, J., White, S.W., Ollendick T.H. (2019). Sensitivity shift theory: A developmental model of positive affect and motivational deficits in social anxiety disorder, *Clinical Psychology Review* 101756, (2019) 72, . [https://doi.org/ 10.1016/j. cpr.2019.101756](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101756)
- Santoft, F., Salomonsson, S., Hesser, H., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Lekander, M., Kecklund, G., Öst, L.G., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019). Processes in cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: Predicting subsequent symptom change, *Journal of Anxiety Disorders* 67, 102-118, . doi. org/10.1016/j.janxdis.2019.102118.
- Suvega, C., Kingery, J.N., Davisa, M., Jones, A., Whitehead, M., & Jacob, M.L. (2017). Still lonely: Social adjustment of youth with and without social anxiety disorder following cognitive behavioral therapy, *Journal of Anxiety Disorders* 72-78, 52, . doi.org/ 10.1016/ j.janxdis. 2017.10.005
- Yaacob, N.R.N. (2013). Cognitive therapy approach from Islamic Psycho-Spiritual Conception, 97, 182-187. Doi:10.1016/j.sbspro.2013. 10. 220.
- Yuan, M., Zhu, H., Qiu, C., Meng, Y., Zhang, Y., Ren, Z., Li, Y., Yuan, C., Gao, M., Lui, S., Gong, Q., Zhang, W. (2017). Altered Regional and Integrated Resting-state Brain Activity in General Social Anxiety Disorder Patients before and after Group Cognitive Behavior Therapy, *Psychiatry Research: Neuroimaging* 30-37, (2017) 272, . <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2017.12.004>