




Comparison of the Effect of Short Term Group Therapy Based on Predictive Model of Social Anxiety and Hoffman Short Term Cognitive –Behavioral Group Therapy on Social Anxiety Symptoms in Junior High School Students

Abbas Shojaati  Department of Psychology-Faculty of Psychology and Science Education, Isfahan,Iran

Mehrdad Kalantari * Professor Of Psychology, Faculty of Psychology And Educational Psychology, University, Isfahan, Iran

Hossien Molavi  Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Science, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

This research has been done to determine the effects of short term group therapy based on the predictive model of social anxiety and compare it with Hofmann's cognitive-behavioral group therapy on social anxiety symptoms in junior high school students. For screening, 210 students who were selected by cluster random sampling completed the LaGreca Social Anxiety Questionnaire. Thirty of them, whose scores were the highest on the LaGreca Social Anxiety Questionnaire, were selected and randomly assigned to three groups (model-based social anxiety group, Hoffman cognitive-behavioral social anxiety group, and control group). Experimental intervention was performed for group 1 (model-based therapy) and group 2 (Hoffman's cognitive-behavioral therapy). Group 3 (control) received no intervention. After six, 90minute, sessions of intervention for groups 1 and 2,

* Corresponding Author: mehrdadk82@yahoo.com

How to Cite: Shojaati, A., Kalantari, M., Molavi, H. (2022). Comparison of the Effect of Short Term Group Therapy Based on Predictive Model of Social Anxiety and Hoffman Short Term Cognitive –Behavioral Group Therapy on Social Anxiety Symptoms in Junior High School Students, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 12(47), 37-61.


all three groups completed the LaGreca Social Anxiety Questionnaire. The results showed that there was a significant difference between the experimental and control group ($P = 0.000$). But no significant difference was found between experimental groups in decreasing social anxiety symptoms ($p = 0.356$). According to the findings of the study, model-based social anxiety group therapy was effective in reducing the symptoms of social anxiety. There was also no difference between the two experimental groups in reducing the symptoms of social anxiety.

Keywords: Social Anxiety, Cognitive-Behavioral Therapy, Lagreca Social Anxiety Questionnaire, Model-Based Social Anxiety Therapy, Junior High School Student.




مقایسه اثربخشی درمان گروهی کوتاه مدت مبتنی بر مدل پیش بینی پذیری اضطراب اجتماعی با درمان گروهی کوتاه مدت شناختی-رفتاری هافمن بر نشانه‌های اضطراب اجتماعی در دانش آموزان دوره اول متوسطه


دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه
اصفهان، اصفهان، ایران

عباس شجاعتی 

استاد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان،
اصفهان، ایران

مهرداد کلانتری  *

استاد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان،
اصفهان، ایران

حسین مولوی 

چکیده

این پژوهش به منظور تعیین اثربخشی درمان گروهی کوتاه مدت مبتنی بر مدل پیش‌بینی پذیری اضطراب اجتماعی و مقایسه آن با درمان گروهی شناختی-رفتاری هافمن بر نشانه‌های اضطراب اجتماعی دانش آموزان دوره اول متوسطه انجام گرفته است. برای غربالگری، ۲۱۰ نفر از دانش آموزان به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگرا را تکمیل کردند. ۳۰ نفر از آن‌هایی که در پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگرا بالاترین نمره را کسب کرده بودند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند (گروه آزمایشی اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل، گروه آزمایشی اضطراب اجتماعی شناختی-رفتاری هافمن و گروه کنترل). مداخله آزمایشی برای گروه ۱ (درمان مبتنی بر مدل) و گروه ۲ (درمان شناختی-رفتاری هافمن)، انجام گردید. گروه ۳ (کنترل) هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از شش جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله برای گروه ۱ و ۲، هر سه گروه پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگرا را تکمیل نمودند. نتایج نشان‌دهنده این بود که بین گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد، $(P=0/000)$ ؛ اما بین گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی یافت نشد $(P=0/356)$. با توجه به یافته‌های پژوهش درمان گروهی اضطراب اجتماعی

* نویسنده مسئول: mehrdadk82@yahoo.com

۴۰ | مطالعات روان‌شناسی بالینی | سال دوازدهم | شماره ۴۷ | تابستان ۱۴۰۱

مبتنی بر مدل در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی مؤثر بود. همچنین هیچ‌گونه تفاوتی بین دو گروه آزمایشی در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی مشاهده نشد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب اجتماعی، درمان شناختی-رفتاری، پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگرکا، درمان مبتنی بر مدل، دانش آموزان دوره اول متوسطه.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی با ترس و اضطراب مداوم درباره یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود. مطالعات همه‌گیرشناسی شیوع این اختلال را به‌طور معمول بین ۵ تا ۱۰ درصد و شیوع دوره زندگی را بین ۸/۴ و ۱۵ درصد می‌داند. اختلال اضطراب اجتماعی در اوایل نوجوانی شروع می‌شود و اگر به‌طور مؤثر درمان نشود ادامه می‌یابد (کویونکو، اینکه و ارتکین،^۱ ۲۰۱۹). اضطراب اجتماعی شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی و سومین اختلال روانی از نظر شیوع بین جمعیت عمومی است (فم، بیسودو، جاکوبی و فیدلر،^۲ ۲۰۰۸). این اختلال در جایگاه سوم اختلال‌های روان پزشکی پس از اختلال افسردگی و وابستگی به الکل قرار دارد (نیکلسون،^۳ ۲۰۰۸؛ کسلر و همکاران،^۴ ۱۹۹۴). اگر این بیماری درمان نشود با دوره‌ای مزمن و پنهان همراه می‌گردد (لمپ،^۵ ۲۰۰۹) و اختلال اساسی در کارکردهای حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی و شخصی ایجاد می‌کند (رپی،^۶ ۱۹۹۵) و سبب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (استین، گلرنتر و اسمولر،^۷ ۲۰۰۴). سن متداول بروز آن حدود ۱۳ تا ۱۵ سالگی است. بررسی‌ها نشان داده است که ۸۱ درصد مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی حداقل یک اختلال همبود دیگر هم دارند. چندین مطالعه با استفاده از نمونه‌های بالینی، سطح بالای همبودی بین اضطراب اجتماعی و دیگر اختلالات خلقی و مصرف مواد را نشان داده‌اند. اختلالات خوردن، افسردگی اساسی، وحشت زدگی، اضطراب فراگیر، مصرف مواد، ناکارآمدی جنسی، بیشترین همبودی را با اضطراب اجتماعی دارند (قاسمی، نجار و نوری، ۱۳۹۲).

1. Koyuncu, Ince & Ertekin
2. Fehme, Beesdo, Jaccobi & Fiedler
3. Nikelsson
4. Kessler
5. Lamp
6. Rapee
7. Stein, Gelernter & Smoller

با وجود حجم بسیار تحقیق‌های انجام‌شده در این حوزه ریشه اضطراب اجتماعی به‌خوبی درک نشده است. عوامل متعددی در ایجاد اضطراب اجتماعی مؤثر هستند. بعضی از تحقیقات بر نقش عوامل شناختی، سوءاستفاده هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی، طرح‌واره‌های ناسازگار در اضطراب اجتماعی تأکید دارند (کالوته، اورو و هانکین^۱، ۲۰۱۳). نتایج تحقیق لِمپ (۲۰۰۹) نشان داد که عوامل شناختی، اختلال اضطراب اجتماعی را حفظ می‌کند و عواملی همچون ژنتیک و خلق‌وخو، در ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند. نوعی از عوامل شناختی که در تداوم اضطراب اجتماعی نقش دارند، طرح‌واره‌ها هستند. طرح‌واره‌ها نگرش‌های عمیق و فراگیری هستند که در دوران کودکی و نوجوانی شکل گرفته‌اند و در مسیر زندگی تداوم داشته و ناکارآمد هستند. تحقیق‌ها نشان داده‌اند افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی طرح‌واره‌هایی دارند که این طرح‌واره‌ها آماج مناسبی برای رویکرد طرح‌واره درمانی تلقی می‌شوند (خورشیدزاده، برجلی، سهرابی و دلاور، ۱۳۹۰). در تحقیقی که توسط کالوته و همکاران (۲۰۱۵)، بر روی ۱۲۸۱ نوجوان پسر و دختر صورت گرفت، این موضوع مورد ارزیابی قرار گرفت که آیا طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با افزایش نشانه‌های افسردگی و اضطراب اجتماعی همراه می‌باشد. نتایج نشان داد که سه حیطه طرح‌واره‌ها (بریدگی / طرد، خودمختاری و عملکرد مختل و دیگر جهت‌مندی‌ها)، با سطوحی از نشانه‌های افسردگی و اضطراب اجتماعی همراه بود (کالوته و همکاران، ۲۰۱۵).

مکرر نشان داده‌شده است که تجربه‌های سوءاستفاده هیجانی توسط همسالان با نشانه‌ها و اختلالات روان‌شناختی مرتبط است. سوءاستفاده هیجانی توسط همسالان یک متغیر مستقل پیش‌بین آسیب‌شناسی روانی است (سن، سن، ایف لند و نونر^۲، ۲۰۱۴). مک کارتی و لوم لی^۳ (۲۰۱۲) نقش سه منبع از سوءاستفاده هیجانی را کشف نمودند، (والدین، همسالان و همسر و شریک). آن‌ها دریافتند که سوءاستفاده هیجانی توسط والدین نسبت به

1. Calvete, Orue & Hankin
2. Sensen, Iff land & Neuner
3. MacCarty & Lomley

سوءاستفاده هیجانی توسط دیگران (همسالان و همسر و شریک) به‌طور قوی با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه رابطه دارد. شواهد جدید مربوط به اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد که مشکل در تنظیم هیجان ممکن است عامل مهمی در بروز این اختلال باشد (رودبوف و همبرگ^۱، ۲۰۰۸). جاکوبسن^۲ و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که درک هیجانی بالا، استفاده مناسب از هیجان‌ها و تجربه هیجانی مثبت ارتباط منفی با شدت اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دارد. مطالعات (ورنر، گولدین، بال، همبرگ و گراس^۳، ۲۰۱۲) نشان دادند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب و سرکوبی هیجان‌ها را بیشتر از گروه کنترل مورد استفاده قرار می‌دهند. هرچقدر افراد کنترل بیشتری در پذیرش حالات هیجانی و افکار منفی خود داشته باشند، بهتر می‌توانند از تجارب اضطرابی خود جلوگیری نمایند (روامر، ویلستون، اوستیس و اورزیلو^۴، ۲۰۱۳).

بیماران دارای اضطراب اجتماعی تجارب زیادی از موانع در کسب سود از مؤثرترین برنامه‌های درمانی دارند. تمرین‌های نامطمئن رفتاری و ترس از ارزیابی منفی به‌راحتی می‌تواند هر جلسه درمانی را دچار مشکل سازد (کرافورد، نوال و رپی^۵، ۲۰۱۳). درمان‌های مختلفی برای درمان اضطراب اجتماعی تاکنون مورد استفاده قرار گرفته است. درمان‌های دارویی و درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی مؤثر واقع شده‌اند. هدف این درمان‌ها کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی به نحوی است که فرد بتواند ارتباط بهتر و مناسب‌تری را با افراد جامعه برقرار نماید و از آسیب‌های احتمالی این اختلال جلوگیری نماید. هر قدر این درمان‌ها بتوانند مؤثرتر در این زمینه عمل نمایند، در زمینه پیشگیری ثانویه موفق‌تر خواهند بود و می‌توانند در کاهش هزینه‌های درمانی و افزایش بهره‌وری شغلی و اجتماعی افراد عمل نمایند.

-
1. Rodebaugh & Heimberg
 3. Jacobson
 3. Werner, Goldin, Ball, Heimberg & Gross
 4. Roemer, Willston, Eustis & Orsillo
 5. Crawford, Newall & Rapee

درمان مواجهه سازی و آموزش مهارت‌های اجتماعی (هوفمان، ۲۰۰۷؛ هوفمان و سیکووسکی^۱، ۲۰۰۶)، درمان گروهی شناختی-رفتاری هیمبرگ در مورد اختلال اضطراب اجتماعی (هیمبرگ و بکر^۲، ۲۰۰۳) غالباً شامل استانداردهای طلایی مداخله می‌شوند. گرچه مداخلات روان‌شناختی بسیاری برای درمان اختلال‌های اضطرابی وجود دارد، اما بیش از چند دهه پژوهش‌های تجربی، درمان شناختی-رفتاری را به‌عنوان درمان انتخابی معرفی کرده است (حیدریان فرد، بخشی پور و فرامرزی، ۱۳۹۰).

درمان شناختی-رفتاری خصوصاً به شیوه گروهی، رایج‌ترین درمان روانی-اجتماعی مورد استفاده برای اختلال اضطراب است که از موفق‌ترین روش‌ها معرفی شده است. کاهش و شدت میزان ترس و تعداد علائم اختلال اضطراب اجتماعی در بهره‌گیری از این رویش مشاهده شد (آدرکا، مک‌لین، هوپرت، دیویدسون و فوا^۳، ۲۰۱۳). گل‌دین، لی، جزایری، هیمبرگ و جامز^۴ (۲۰۱۴) در بررسی خود نشان دادند درمان شناختی-رفتاری باعث تنظیم هیجان‌های منفی ناشی از اختلال اضطراب اجتماعی گردیده و از شدت این اختلال کاسته است.

محققین در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری گروهی اثر معنی‌داری در کاهش اضطراب اجتماعی دارد (هیم برگ، داج، هوپ، کندی، زولا و بکر^۵، ۱۹۹۰). بیروگاردند^۶ (۲۰۰۵)؛ گارسیا^۷ (۲۰۰۴)؛ کامارت و تریبو^۸ (۲۰۰۶)؛ ویلسون^۹ و ری (۲۰۰۷)؛ شیف^{۱۰} و همکاران (۲۰۰۷)، هافمن (۲۰۰۶)؛ مک اووی^{۱۱} (۲۰۰۷) همگی در

-
1. Hofmann & Sikovesky
 2. Heimberg & Becker
 3. Aderka, Mclean, Huppert, Davidson & Foa
 4. Goldin, Lee, Jazaieri, Heimberg, & James
 5. Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy, Zolla & Becker
 6. Bear & Garland
 7. Garcia
 8. Camart & Trybou
 9. Wilson
 10. Schiff
 11. McEvoy

مطالعات خود مؤثر بودن درمان شناختی رفتاری گروهی را در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی نسبت به درمان انفرادی و گروه کنترل بدون درمان نشان دادند.

یکی دیگر از رویکردهایی که بر تغییر افکار و باورهای منفی تأکید دارد، درمان شناختی-رفتاری هافمن است. هافمن در درمان خود بر اصلاح نگرش فرد درباره خود تأکید می‌ورزد و در مقایسه با روش‌های دیگر، بر نقش اصلاح خود-ادراکی منفی در درمان این اختلال توجه دارد و درمان شناختی-رفتاری خود را «درمان ارزیابی مجدد خود اجتماعی» معرفی می‌کند و از تکنیک‌های درمانی برای اصلاح ادراک مراجع از «خود» در موقعیت‌های اجتماعی استفاده می‌نماید. در الگوی هافمن (۲۰۰۷) "خود" نقش بارزتری نسبت به الگوهای پیشین دارد و علاوه بر تکنیک‌های مواجهه با موقعیت از تکنیک مواجهه با "خود" نیز استفاده می‌شود. نتایج مطالعات مقدماتی مربوط به اثربخشی این مداخله رضایت‌بخش است. دامنه اثر این الگو نسبت به مطالعات دیگر در این زمینه بیشتر است (عطری فرد، شعیری، طباطبایی، جان بزرگی، آزاد فلاح و بانوپور، ۱۳۹۱). مطالعات نشان‌دهنده این است که درمان شناختی-رفتاری به‌طور مؤثری در درمان اختلال اضطراب اجتماعی مفید می‌باشد؛ اما مطالعاتی از این دست برای دیگر دیدگاه‌های روان‌شناختی وجود ندارد (کاپلان، ۲۰۱۸).

درمان مبتنی بر مدل پیش‌بینی اضطراب اجتماعی (شجاعتی، کلانتری و مولوی، ۲۰۱۹) نقش متغیرهای سوءاستفاده هیجانی، ویژگی‌های شخصیتی (روان رنجور خوبی و برون‌گرایی) و طرح‌واره‌های ناسازگار در ایجاد نشانه‌های اضطراب اجتماعی را مورد استفاده قرار می‌دهد. نتایج نشان‌دهنده تأثیر سوءاستفاده هیجانی و روان رنجور خوبی در بدتر شدن طرح‌واره‌های ناسازگار بود. بدتر شدن طرح‌واره‌های ناسازگار نیز منجر به بدتر شدن نشانه‌های اضطراب اجتماعی با توجه به پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگرکا بود. در تحقیقی که توسط کالوته و همکاران (۲۰۱۵)، بر روی ۱۲۸۱ نوجوان پسر و دختر صورت گرفت، این موضوع مورد ارزیابی قرار گرفت که آیا طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

با افزایش نشانه‌های افسردگی و اضطراب اجتماعی همراه می‌باشد. نتایج نشان داد که سه حیظه طرح وارها (بریدگی / طرد، خودمختاری و عملکرد مختل و دیگر جهت‌مندی‌ها)، با سطوحی از نشانه‌های افسردگی و اضطراب اجتماعی همراه بود (کال و ته و همکاران، ۲۰۱۵). مک کارتی و لوم لی (۲۰۱۲) نقش سه منبع از سوءاستفاده هیجانی را کشف نمودند، (والدین، همسالان، همسر و شریک). آن‌ها دریافتند که سوءاستفاده هیجانی توسط والدین نسبت به سوءاستفاده هیجانی توسط دیگران (همسالان، همسر و شریک) به‌طور قوی با طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه رابطه دارد. نتایج یک تحقیق سوءاستفاده هیجانی را به‌عنوان پیش‌بینی کننده معنی‌دار نشانه‌های اضطراب اجتماعی معرفی می‌نماید (ناندا، ریچرت، جونز و اسکرودر^۱، ۲۰۱۶). ولبورن و همکاران^۲ (۲۰۰۲)، در تحقیقی نشان دادند که بین طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و نشانه‌هایی از افسردگی و اضطراب رابطه وجود دارد (پیتو-گوایا، کاستیلهو، گال هاردو و کانها^۳، ۲۰۰۶).

این مدل نیز سعی دارد با مدیریت تنظیم هیجان و کاهش نگرش منفی نسبت به خود، ناشی از برخوردها و سوءاستفاده هیجانی والدین (به‌خصوص پدر) و تصحیح طرح‌واره‌های منفی فرد نسبت به خود زمینه ارتباط مؤثر و سازنده را در فرد ایجاد و به حفظ سلامت روانی فرد در اجتماع کمک نماید.

طرح‌واره درمانی، درمانی است که برنامه منظمی برای بررسی و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه فراهم می‌کند و بر پایه درمان شناختی-رفتاری کلاسیک بنا شده و تکنیک‌های شناختی-رفتاری، بین فردی، دل‌بستگی و تجربی را برای سنجش و تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ترکیب می‌کند (کارتر و مکینتاش^۴، ۲۰۱۳). یافته‌های کالوته و همکاران (۲۰۱۳)؛ کالوته و اورو (۲۰۱۱)؛ ترمبلی و دووویس^۵، (۲۰۰۹) بر اثربخشی طرح‌واره درمانی بر اضطراب اجتماعی تأکید داشتند.

-
1. Nanda, Reichert, Jones, Schroeder
 2. Welburn
 3. Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo & Cunha,
 4. Carter & McIntosh
 5. Tremblay & Dozois

اگرچه درمان شناختی-رفتاری به طور گسترده‌ای برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی استفاده می‌شود، اما این شیوه درمانی به اندازه کافی برای بسیاری از افراد مبتلا با این اختلال مؤثر نبوده است (هافمن و بوگلز، ۲۰۰۶؛ تیلور، آبراموویتز و مک کی، ۲۰۱۲). بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی که درمان شناختی-رفتاری را دریافت می‌نمایند، یا به درمان پاسخ نمی‌دهند یا پس از درمان نشانه‌های باقیمانده دارند (بشارت، محمدعلی، ۱۳۹۸). با توجه به عوارض و آسیب‌های مختلف اضطراب اجتماعی و نقش نوجوانان در ساختن آینده و ضرورت سلامت روانی و میزان مشارکت آن‌ها در مسائل مختلف جامعه، انجام پژوهش‌هایی که باعث دستیابی به درمان‌های مؤثر و جامع‌تر و سریع‌تر برای آن‌ها شود ضروری به نظر می‌رسد. این پژوهش به منظور اثربخشی درمان مبتنی بر مدل پیش‌بینی پذیری اضطراب اجتماعی (شجاعتی و همکاران، ۲۰۱۹) و مقایسه آن با درمان گروهی شناختی-رفتاری هافمن بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی صورت گرفته است. با توجه به دانش موجود تاکنون چنین مقایسه‌ای در این مدل نه در ایران و نه در خارج از کشور صورت نگرفته است و نتایج این تحقیق می‌تواند به زمینه نظری و عملی درمان کمک نماید.

روش

این تحقیق از نوع نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل، با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که در آن شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. مداخله آزمایشی در هر دو گروه آزمایش اعمال گردید ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. هر سه گروه در قبل و بعد از مداخله پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگراکا را تکمیل نمودند.

جامعه آماری شامل تمام دانش‌آموزان دوره اول متوسطه مدارس چهار ناحیه آموزش و پرورش شیراز در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ بود که از بین تمام مدارس ۱۶ مدرسه در

چهار ناحیه (۸ مدرسه دخترانه و ۸ مدرسه پسرانه) به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. برای غربالگری از بین ۲۱۰ نفر (۱۰۴ پسر و ۱۰۶ دختر) که به صورت تصادفی خوشه‌ای انتخاب شده بودند و در پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگراکا بالاترین نمره را داشتند ۳۰ نفر انتخاب و در سه گروه به تصادف جایگزین شدند.

این تحقیق در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ در شهر شیراز انجام گردید. ابتدا با مراجعه به اداره کل آموزش و پرورش شیراز و کسب مجوز لازم برای انجام تحقیق به نواحی چهارگانه آموزش و پرورش شیراز مراجعه و با گرفتن لیست مدارس چهار ناحیه از هر ناحیه دو مدرسه دخترانه و پسرانه (جمعاً ۱۶ مدرسه) به شکل نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب و با مراجعه به هر مدرسه و گرفتن لیست دانش‌آموزان هر مدرسه در سه پایه هفتم، هشتم و نهم با توجه به تعداد هر پایه جمعاً ۱۳ نفر از هر مدرسه انتخاب شدند (۱۰۴ پسر و ۱۰۶ نفر دختر، فقط از یک مدرسه دخترانه ۱۵ نفر انتخاب شدند). ابتدا به هر کدام از دانش‌آموزان توضیحاتی در رابطه با هدف تحقیق داده شد و رضایت آن‌ها برای شرکت در تحقیق گرفته شد. سپس همه آن‌ها پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگراکا را تکمیل نمودند. در پایان از بین دانش‌آموزانی که بالاترین نمره را در پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگراکا داشتند، ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند [۱۰ نفر گروه درمان اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل (۵ دختر و ۵ پسر)، ۱۰ نفر گروه درمان شناختی- رفتاری اضطراب اجتماعی هافمن (۵ دختر و ۵ پسر) و ۱۰ نفر گروه کنترل (۵ دختر و ۵ پسر)] که هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. لازم به توضیح می‌باشد که به علت محدودیت‌ها جلسات آموزش در گروه‌های دختر و پسر به صورت جداگانه انجام گردید (دو گروه مداخله مبتنی بر مدل دختر و پسر و دو گروه مداخله شناختی- رفتاری دختر و پسر). گروه درمان شناختی- رفتاری هافمن و گروه درمان مبتنی بر مدل هر کدام ۶ جلسه ۱/۳۰ ساعته آموزش مربوطه را هفته‌ای دو بار دریافت کردند. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام آموزش هر سه گروه مجدداً پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگراکا را تکمیل نمودند. برای

مقایسه اثربخشی درمان گروهی کوتاه‌مدت مبتنی بر مدل...؛ شجاعتی و همکاران | ۴۹

تجزیه و تحلیل اطلاعات و تفاوت گروه‌های مورد مطالعه جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش، تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار اس پی اس، ۲۴ انجام شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب اجتماعی لاگراکا^۱ برای نوجوانان

این مقیاس دارای ۱۸ ماده و سه زیر مقیاس ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید و اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی است. هر سؤال دارای پنج گزینه از (کاملاً متفاوت از من=۱ تا کاملاً شبیه به من=۵) می‌باشد (لاگراکا و لوپز، ۱۹۹۸؛ ورنبرگ^۲ و همکاران، ۱۹۹۲).

در پژوهش استوار و رضویه (۱۳۹۲) که هنجاریابی این پرسشنامه را انجام دادند، تعداد ماده‌ها از ۱۸ با حذف ۲ ماده به ۱۶ ماده کاهش یافته است. استوار و رضویه ساختار سه عاملی این مقیاس را روی نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی تأیید نمودند. آن‌ها پایایی این مقیاس را به روش باز آزمایی با فواصل زمانی از یک هفته تا چهار هفته، ۰/۸۸ گزارش کردند. میزان همسانی درونی مقیاس به کمک ضریب آلفا برای زیر مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید و اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ گزارش کردند. در این تحقیق از فرم ۱۶ سؤالی تجدیدنظر شده استوار و رضویه (۱۳۹۲) استفاده شد. آلفای کرونباخ برای این تحقیق ۰/۷۹ بود.

جلسات درمانی

| جلسه | درمان شناختی-رفتاری گروهی اضطراب اجتماعی هافمن |
|------------------|---|
| جلسه اول تا سوم: | در این جلسات آموزش اصول اولیه درمان شناختی-رفتاری و ارائه منطق درمان و آموزش اصول اولیه درباره علائم مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی، جلب مشارکت در جلسات درمانی و انجام تکالیف بین جلسه‌ای، آگاهی بخشی به افراد در مورد اضطراب و نقش اجتناب در پایدار ماندن |

1. LaGreca, social anxiety questionnaire
2. LaGreca & Lopes, Verenberg

| جلسه | درمان شناختی-رفتاری گروهی اضطراب اجتماعی هافمن |
|---|--|
| <p>اضطراب اجتماعی، آگاهی بخشی به بیمار در مورد اهمیت مواجهه، تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب، آشنایی بیمار با افکار خود آیند منفی و باورهای ناکارآمد، آموزش مهارت شناسایی و طبقه‌بندی افکار خود آیند منفی به بیمار و چالش با افکار، تکلیف خانگی در مورد ثبت روزانه موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌آور، تکمیل فرم چالش با افکار خود‌کار.</p> | |
| <p>جلسه چهارم تا ششم:</p> <p>ایجاد سلسله‌مراتب هراس و اجتناب، آماده‌سازی بیمار برای انجام مواجهه در محیط طبیعی خارج از جلسه درمان، دادن بازخورد به مراجع پس از انجام مواجهه، آموزش ابراز وجود به مراجع، آشنایی مراجع با مهارت‌های جرات مندی پیشگیری از عود، مرور کلی جلسات درمانی. تکلیف خانگی: از فرد خواسته می‌شود تا چند موقعیت مواجهه برای خود طراحی و اجرا کند و میزان اضطراب خود را قبل و بعد از مواجهه و بعد از آن بررسی کند. شناسایی موقعیت‌هایی که مستلزم ابراز وجود است و استفاده از این مهارت.</p> | |
| درمان اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل | |
| <p>جلسه اول:</p> <p>آشنایی اعضا با یکدیگر و توضیح در مورد اضطراب اجتماعی و نقش عوامل مختلف در رابطه با شکل‌گیری اضطراب اجتماعی از جمله سوءاستفاده هیجانی و نقش ویژگی‌های شخصیتی (برون‌گرایی و روان‌رنجوری) و ارائه مثال‌هایی در این زمینه و همچنین توضیح درباره مدل طرح‌واره به صورت روشن و ساده، نحوه شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، نقش سوءاستفاده هیجانی و ویژگی‌های شخصیت در ایجاد طرح‌واره‌های ناسازگار و نقش این طرح‌واره‌ها در ایجاد اضطراب اجتماعی.</p> | |
| <p>جلسه دوم تا چهارم:</p> <p>شناسایی شیوه‌های تنظیم هیجان و بررسی حیطه‌های مختل طرح‌واره مربوط به افراد، بررسی شواهد تائید کننده و نفی کننده طرح‌واره‌ها بر مبنای شواهد زندگی گذشته و فعلی مراجع. استفاده از تکنیک‌های شناختی در جهت تردید و بی‌اعتبار سازی طرح‌واره‌های اکثر مراجعان. استفاده از تکنیک ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای مراجعین. برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرح‌واره، یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط مراجع استفاده از تکنیک تصویرسازی ذهنی و اجرای گفتگوی خیالی، تقویت مفهوم بزرگ‌سال سالم در ذهن بیمار، جنگیدن علیه طرح‌واره‌ها در سطح عاطفی.</p> | |
| <p>جلسه پنجم تا ششم:</p> <p>شناسایی احساسات نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده مراجعین، پیدا کردن راه‌های جدید برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی، تعیین اولویت‌های تغییر، تصویرسازی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با رفتارهای مشکل‌ساز، تمرین رفتارهای سالم و ایفای نقش، بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم، غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.</p> | |

یافته‌ها

داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار اسپاس پی اس اس ۲۴ و تحلیل کوواریانس طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که نتایج آن در ذیل گزارش شده است: در جدول ۱ شاخص توصیفی متغیر اضطراب اجتماعی آمده است.

جدول ۱. شاخص توصیفی متغیر اضطراب اجتماعی

| متغیر وابسته: اضطراب اجتماعی | | | |
|---------------------------------------|----------|---------|----|
| مداخله میانگین انحراف استاندارد تعداد | | | |
| ۱۰ | ۳/۴۳۸۳۵ | ۳۰/۴۰۰۰ | ۱ |
| ۱۰ | ۵/۱۴۷۸۲ | ۳۱/۵۰۰۰ | ۲ |
| ۱۰ | ۶/۲۱۹۱۵ | ۵۶/۷۰۰۰ | ۳ |
| ۳۰ | ۱۴/۸۰۵۳۲ | ۳۹/۵۳۳۳ | کل |

با توجه به جدول ۱، تعداد افراد در سه گروه را نشان می‌دهد (هر گروه ۱۰ نفر). همچنین میانگین‌های گروه مداخله (درمان مبتنی بر مدل و درمان شناختی-رفتاری هافمن) و گروه کنترل را نشان می‌دهد. میانگین گروه کنترل نسبت به میانگین گروه مبتنی بر مدل و میانگین گروه شناختی-رفتاری مقدار بیشتری را نشان می‌دهد. در جدول ۲ نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در رابطه با سه گروه آورده شده است.

جدول ۲. آزمون تساوی خطاهای واریانس لوین

| متغیر وابسته: اضطراب اجتماعی | | | |
|------------------------------|--------------|--------------|---------------|
| F | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی‌داری |
| ۰/۳۳۴ | ۲ | ۲۷ | ۰/۷۱۹ |

به‌منظور بررسی همگنی واریانس‌های خطای گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون، از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. با توجه به جدول ۲، شاخص

آماره آزمون لوین برای متغیر اضطراب اجتماعی به لحاظ آماری معنادار نبود. از این رو می‌توان نتیجه گرفت پیش‌فرض همسانی واریانس‌های خطا رعایت شده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل کوواریانس پیش‌فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت و برقراری آن‌ها تأیید شد. در جدول ۳ تحلیل کوواریانس در بین آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیرات بین آزمودنی‌ها در متغیر وابسته

| منبع تغییرات | مجموع مجدورات | درجه آزادی | مربع میانگین | F | سطح معنی‌داری | مجدور اتا جزئی | توان مشاهده‌شده |
|--------------|---------------|------------|--------------|---------|---------------|----------------|-----------------|
| مداخله | ۴۴۰۸/۶۸۴ | ۲ | ۲۲۰۴/۳۴۲ | ۱۰۶/۹۶۷ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۹۲ | ۱/۰۰۰ |
| پیش‌آزمون | ۱۵۷/۲۰۱ | ۱ | ۱۵۷/۲۰۱ | ۷/۶۲۸ | ۰/۰۱ | ۰/۲۲۷ | ۰/۷۵۸ |
| خطا | ۵۳۵/۷۹۹ | ۲۶ | ۲۰/۶۰۸ | | | | |

با توجه به جدول ۳، چون پیش‌آزمون معنی‌دار شده یعنی بین پیش‌آزمون و متغیر وابسته همبستگی وجود دارد و متغیر کنترل متناسب با طرح پژوهش می‌باشد. همچنین نتیجه تحلیل کوواریانس یک‌راهه نشان‌دهنده تأثیرات معنی‌دار اثرات متغیرهای مداخله می‌باشد ($p = 0/0001$).

در جدول ۴ مقایسه زوجی بین گروه‌ها با استفاده از آزمون شفه نشان داده شده است:

جدول ۴. مقایسه زوجی متغیر مداخله بین گروه‌ها

| مداخله الف | مداخله ب | تفاوت میانگین خطای استاندارد سطح معنی‌داری |
|------------|----------|--|
| ۱ | ۲ | ۰/۳۵۶ ۲/۲۳۹ ۱/۵۰۷ |
| ۱ | ۲ | ۰/۰۰۰ ۱ ۲/۰۹۰ - ۲۴/۹۳۰ |
| ۱ | ۳ | ۰/۰۰۰۱ ۲/۰۷۹ - ۲۶/۴۳۷ |

با توجه به جدول ۴ برابری زوجی نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین گروه ۱ (مداخله مبتنی بر مدل) و گروه ۲ (مداخله مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری هافمن) معنی‌دار نیست؛ اما تفاوت بین میانگین گروه‌های مداخله و گروه کنترل معنی‌دار می‌باشد؛ بنابراین فرضیه

مقایسه اثربخشی درمان گروهی کوتاه‌مدت مبتنی بر مدل...؛ شجاعتی و همکاران | ۵۳

اول تحقیق مبنی بر تفاوت بین میانگین علائم اضطراب اجتماعی دانش آموزان دوره اول متوسطه گروه‌درمانی مبتنی بر مدل و گروه‌درمانی شناختی - رفتاری اضطراب اجتماعی هافمن تأیید نمی‌شود. فرضیه دوم تحقیق مبنی بر تفاوت بین میانگین علائم اضطراب اجتماعی دانش آموزان دوره اول متوسطه گروه‌درمانی مداخله مبتنی بر مدل با گروه کنترل تأیید می‌گردد. فرضیه سوم تحقیق مبنی بر تفاوت بین میانگین علائم اضطراب اجتماعی دانش آموزان دوره اول متوسطه گروه‌درمانی شناختی - رفتاری اضطراب اجتماعی هافمن با گروه کنترل تأیید می‌گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این تحقیق بررسی اثربخشی روش گروه‌درمانی اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی در نوجوانان دوره اول متوسطه بود. به نظر می‌رسید که درمان مبتنی بر مدل با توجه به شناسایی عوامل پیش‌بینی‌کننده اضطراب اجتماعی (سوءاستفاده هیجانی، روان رنجور خویی، طرح‌واره‌های ناسازگار) بتواند در کاهش نشانه‌های این اختلال مؤثر باشد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که فرض اول تحقیق مبنی بر اینکه بین میانگین درمان گروهی اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل و میانگین درمان گروهی شناختی - رفتاری هافمن تفاوت معنی‌داری وجود دارد تأیید نشد ($p = 0/356$). این نتایج در مغایرت با نتایج هم‌متی ثابت، نوایی نژاد و خلعتبری، (۱۳۹۵) مبنی بر برتری درمان طرح‌واره در کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری بود. فرض دوم این تحقیق مبنی بر اینکه بین میانگین درمان گروهی اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل و میانگین گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد تأیید گردید ($p = 0/001$). با توجه به اینکه پژوهش‌های دیگر دقیقاً مانند این پژوهش متغیرها را به‌طور جامع در یک مدل ارائه نکرده‌اند، لذا امکان مقایسه دقیق این مدل با سایر پژوهش‌های انجام‌شده وجود نداشت. همچنین فرض سوم تحقیق مبنی بر اینکه بین میانگین درمان گروهی شناختی - رفتاری هافمن و میانگین درمان گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد تأیید گردید ($p = 0/001$). این نتایج همسو با یافته‌های (کو شنیر، ماروم، مازار، ساده

وهرمش^۱، (۲۰۱۴)؛ (مک اووی و سالسمن^۲، ۲۰۱۴)؛ (ورگلند^۳ و همکاران، ۲۰۱۴)، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اختلال اضطراب اجتماعی بود. همچنین همسو با نتایج (گالاگر، رابین و مک کلووسکی^۴، ۲۰۰۴)؛ گارسیا^۵ (۲۰۰۳)؛ (کامارت و تریبو^۶، ۲۰۰۶)؛ (شیف، سوواک، آنتونی، بیلینگ و مک کابه^۷، ۲۰۰۷)، مبنی بر مؤثر بودن درمان شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت بر اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت دو مدل درمانی دارای تکنیک‌های درمانی متفاوت هستند به نظر می‌رسد که هر دو رویکرد درمانی در تلاش هستند با روش خاص خود با تأثیرگذاری بر الگوهای فکری و هیجانات ناشی از این تفکرات شرایط را در ارتباطات بین فردی بهبود بخشند و مراجعین را از نگاه‌های منفی و باورهای غلط نسبت به خود و محیط دور نمایند. در واقع می‌توان با این شیوه درمانی سیستم پردازش اطلاعات و تنظیم هیجانات را در نوجوانان تحت تأثیر قرار داده و از تأثیر مخرب در افکار و باورهای آن‌ها در تعاملات اجتماعی جلوگیری کرد. در روش مبتنی بر مدل پیش‌بینی اضطراب اجتماعی افراد یاد می‌گیرند با تنظیم و مدیریت هیجان‌ها و اصلاح باورهای منفی و با درک درستی از دیگران، روابط بین فردی خود را بهبود بخشند. هرچقدر افراد بتوانند بر هیجانات و افکار خود مدیریت بیشتری داشته باشند و افکار و باورهای منفی خود را به چالش بکشند بهتر می‌توانند مشکلات خود از جمله روابط بین فردی خود و حضور مؤثر خود را در جمع بهبود بخشند. مدل مبتنی بر پیش‌بینی پذیری اضطراب اجتماعی با توجه به نقش روان رنجور خوبی^۸ و سوءاستفاده هیجانی چه به صورت مستقیم و غیرمستقیم در ایجاد طرح‌واره‌های ناسازگار و اضطراب اجتماعی، سعی دارد با استفاده از تغییر باورهای منفی و

1. Kushnir, Marom, Mazar, Sadeh & Hermesh
2. MacEvoy & Saulsman
3. Wergland
4. Gallagher, Rabian & McCloskey
5. Garcia, 2004
6. Camart & Try bou
7. Taube-Schiff, Suvak, Antony, Bieling, & McCabe
8. Neuroticism

مهارت تنظیم هیجان در کاهش اثرات این متغیرها عمل نماید. این رویکرد درمانی افراد را تشویق می‌نماید که در مورد هیجانات خود صحبت نمایند و طرح‌واره‌های خود را به‌خصوص در سه حیطه بریدگی / طرد، خودمختاری و عملکرد مختل و دیگر جهت‌مندی‌ها که می‌تواند منجر به اضطراب اجتماعی گردد (شجاعتی و همکاران، ۲۰۱۹) اصلاح و یا تغییر دهند. در این روش درمانی با شناسایی هیجانات مخرب و ویژگی شخصیتی منفی‌نگری که ناشی از برخوردهای غلط والدین می‌باشد و جایگزینی برداشتها و ادراک‌های مناسب نسبت به خود سبب افزایش اعتماد به‌نفس و نگاه مثبت به خود و توانایی برقراری ارتباط‌های مناسب‌تری بین افراد می‌گردد.




با توجه به اینکه در درمان مبتنی بر مدل پیش‌بینی‌پذیری اضطراب اجتماعی، متغیرهای سوء استفاده هیجانی (والدین) و روان رنجوری در شکل‌گیری طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه نقش داشتند و به‌نوبه خود این طرح‌واره‌ها منجر به اضطراب اجتماعی گشتند (شجاعتی و همکاران، ۲۰۱۹)، در این روش سعی شد علاوه بر یادگیری نقش باورهای منفی در تشدید مشکلات و بدتر شدن طرح‌واره‌ها، بر نقش تنظیم هیجان و مدیریت هیجان‌ها که می‌تواند منجر به کاهش طرح‌واره‌های منفی در آنها شود و در نتیجه اضطراب اجتماعی را کاهش دهد تأکید شود. احتمالاً علت عدم تفاوت این روش با درمان شناختی-رفتاری هافمن در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی، بدین خاطر بوده که در این شیوه درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری، دانش آموزان در کوتاه‌مدت قادر به تعدیل باورهای منفی در رابطه با اضطراب اجتماعی بودند (افکار خود آیند) و در این زمینه مانند درمان شناختی-رفتاری عمل نمودند ولی چون تغییرات برای اثرگذاری بر طرح‌واره‌های زیربنایی نیاز به مدت‌زمان بیشتری داشته و احتمالاً اگر نتایج به‌دست آمده برای مدتی بعد پیگیری می‌شد شاید تفاوت‌ها خودشان را نشان می‌دادند. با توجه به کوتاه‌مدت بودن جلسات درمانی (۶ جلسه) به نظر می‌رسد که تعدیل طرح‌واره‌ها نیاز به زمان بیشتری داشته است.

طرح‌واره‌های شناختی، شناخت‌های کلی و فراگیر هستند که در مقابل تغییر مقاومند و تأثیر بسیار زیادی بر فکر و عاطفه دارند. با توجه به اینکه زمان درمان آموزش فشرده و کوتاه بود، یادگیری بعضی تکنیک‌های طرح‌واره درمانی و تنظیم هیجان در درمان

اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل از نظر دانش آموزان به‌خصوص پایه هفتم تا حدودی مشکل بود. احتمالاً درمان گروهی بلندمدت اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل بتواند فرصت بیشتری را جهت یادگیری فنون این شیوه درمان در اختیار دانش آموزان قرار دهد و در نتیجه شاهد نتایج متفاوت نسبت به درمان گروهی کوتاه‌مدت در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی باشیم؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد که درمان اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل برای دانش آموزان دوره دوم متوسطه انجام گیرد و چون فرصت تمرین بعضی از تکنیک‌ها برای این دانش آموزان به خاطر ایام امتحانات دشوار بود توصیه می‌گردد این تحقیق در اوایل سال تحصیلی مدارس صورت گیرد که دانش آموزان با فراغ بال بیشتری بتوانند در تحقیق شرکت نموده و فرصت بیشتری برای انجام تمرین‌ها در اختیار داشته باشند. پیشنهاد می‌گردد برای اثرگذاری بیشتر این تمرین‌ها از روش بلندمدت به‌جای کوتاه‌مدت استفاده گردد تا فرصت تمرین و یادگیری در آن‌ها بیشتر گردد و پیگیری در فواصل زمانی برای مشاهده اثرگذاری صورت گیرد. از محدودیت‌های دیگر این تحقیق مشکل حضور دانش آموزان در گروه‌ها به علت ساعات درسی خاص و عدم اجازه معلمین برای خروج دانش آموزان از کلاس بود. دیگر محدودیت این تحقیق مشکل در برگزاری کلاس‌های آموزشی مشترک برای دختران و پسران بود که بنا به شرایط، کلاس‌های مجزا برای هر کدام از گروه‌های دختر و پسر تشکیل گردید (چهار گروه شامل دو گروه درمانی شناختی- رفتاری هافمن و دو گروه درمانی اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل). با توجه به یافته‌ها می‌توان بیان نمود که درمان شناختی- رفتاری اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل می‌تواند به‌عنوان یک درمان مؤثر در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی در نوجوانان عمل نماید و برای اثربخشی بیشتر این روش و یادگیری بهتر تکنیک‌های درمانی توصیه می‌گردد که این روش درمانی را در گروه‌های جوانان و با شیوه بلندمدت اجرا نمود.

ORCID

Abbas Shojaati
Mehrdad Kalantari
Hossien Molavi

 <https://orcid.org/>
 <https://orcid.org/>
 <https://orcid.org/>

منابع

- آقاخانی، نازیلا، خانجانی، زینب، علیلو، مجید محمود، حامدی، محمدحسین. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان های گروهی در اختلال فوبی اجتماعی با سه روش روان درمانی رفتاری، شناختی و رفتاری- شناختی. *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۲(۱۴)، ۲۸۹-۲۸۲.
- استوار، صغری، رضویه، اصغر. (۱۳۹۲). بررسی ویژگی های روان سنجی مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان SAS-A جهت استفاده در ایران. *فصلنامه علمی-پژوهشی روش ها و مدل های روان شناختی*، ۳، ۶۹-۷۸.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۸). سنجش اثربخشی پارادوکس درمانی بر اختلال اضطراب اجتماعی: مطالعه موردی. *مجله علوم روان شناختی*، دوره ۱۸، شماره ۶، ۳۸۳-۳۹۵.
- حیدریان فرد، زینب، بخشی پور، باب اله، فرامرزی، محبوبه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی. *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۶(۲۱)، ۱۵۲-۱۷۲.
- خورشید زاده، محسن، برجعلی، احمد، سهرابی، فرامرزی، دلاور، علی. (۱۳۹۰). اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلابه اختلال اضطراب اجتماعی. *پژوهش های روان شناسی بالینی و مشاوره*، دانشگاه فردوسی مشهد، سال ۱، شماره ۲، ص ۲۴-۵.
- عطری فرد، مهدیه، شعیری، محمدرضا، رسول زاده طباطبایی، کاظم، جان بزرگی، مسعود، آزاد فلاح، پرویز، بانوپور، ابوالفضل. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، سال ۳، شماره ۹، ۲۳-۵۱.
- قاسمی، میترا، نجار، راضیه، نوری، ربابه. (۱۳۹۲). اثر درمان گروهی بر بروز نشانه های اضطراب اجتماعی. *مجله دانشکده علوم پزشکی نیشابور*، سال دوم، شماره ۴، ص ۱۹-۲۶.
- همتی ثابت، اکبر، نوایی نژاد، شکوه، خلعتبری، جواد. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی گروهی بر افسردگی و اضطراب و استرس ادراک شده مراجعان زن مرکز معاونت بهداشتی همدان. *مجله روان شناسی و روان پزشکی شناخت*، سال ۲، شماره ۱، ۱۲-۲۵.

- Aderka, I. M., McLean, C. P., Huppert, J. D. Davidson, J. R. & Foa, E. B. (2013). Fear, avoidance and physiological symptoms during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(7), 352-358.
- Baer, S. Garland, E. J. (2005). Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of the American Academy of Child* Calvete, E. & Orue, I. (2012). Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 105-117. & *Adolescent Psychiatry*, 44(3), 258-264.
- Calvete, E. Orue, I. & Hankin, B. L. (2015). A Longitudinal Test of the Vulnerability-Stress Model with Early Maladaptive Schemas for Depressive and Social Anxiety Symptoms in Adolescents. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 37(1), 85-99.
- Calvete, E. & Orue, I. (2012). Social information processing as a mediator between cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 105-117.
- Calvete, E. Orue, I. & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of anxiety disorders*, 27(3), 278-288.
- Camart, N. Andre, C. Trybou, V. & Bourdel, M. (2006). Short-term effects of a cognitive-behavioural group therapy in social phobia: evaluation of sixty patients. *L'Encephale*, 32(6 Pt 1), 1011-1018.
- Carter, J. D. McIntosh, V. V. Jordan, J. Porter, R. J. Frampton, C. M. & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*, 151(2), 500-505.
- .Crawford.A,Newall.C,Rapee.RM, (2013).Recentadvancesinthetreatmentofsocialphobia.https://www.researchgate.net/institution/University_of_New_England_Australia/department/Department_of_Psychology.
- Fehm, L. Beesdo, K. Jacobi, F. & Fiedler, A. (2008). Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(4), 257-265
- Gallagher, H. M. Rabian, B. A. & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety disorders*, 18(4), 459-479.
- García, M. S. (2003). Effectiveness of Cognitive Behavioral group therapy in patients with anxiety disorder. *Clínica y Salud*, 14(2), 183-201.

- Goldin, P. R. Lee, I. Ziv, M. Jazaieri, H. Heimberg, R. G. Gross, J. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 56, 7-15.
- Hofmann, S. G. & Bögels, S. M. (2006). Recent advances in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(1), 3.
- Heimberg, R. G. Dodge, C. S. Hope, D. A. Kennedy, C. R. Zollo, L. J. Becker, R. E. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14(1), 1-23.
- Hofmann, S. G. (2007). Enhancing exposure-based therapy from a translational research perspective. *Behaviour research and therapy*, 45(9), 1987-2001.
- Hofmann, S. G. & Scepkowski, L. A. (2006). Social self-reappraisal therapy for social phobia: Preliminary findings. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(1), 45.
- Jacobsen, B. (2008). *A Psychology for the Unique Human Being and Its Applications in Therapy*. England, Wiely.
- Kaplan, S. C. Swee, M. B. & Heimberg, R. G. (2018). Psychological treatments for social anxiety disorder. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*.
- Kessler, R. C. McGonagle, K. A. Zhao, S. Nelson, C. B. Hughes, M. Eshleman, S. ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Koyuncu, A. İnce, E. Ertekin, E. & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8.
- Kushnir, J. Marom, S. Mazar, M. Sadeh, A. Hermesh, H. (2014). The link between social anxiety disorder, treatment outcome, and sleep difficulties among patients receiving cognitive behavioral group therapy. *Sleep Medicine*, 15(5), 515-521.
- La Greca, A. M. & Lopez, N. (1998). Social Anxiety among Adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83-94. <https://doi.org/10.1023/A:1022684520514>.
- Lampe, L. A. (2009). Social anxiety disorder: Recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(10), 887-898.

- McCarthy, M. C. & Lumley, M. N. (2012). Sources of emotional maltreatment and the differential development of unconditional and conditional schemas. *Cognitive Behaviour Therapy, 41*, 288–297.
- McCrae, R. R. & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press.
- McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy, 45*(12) ۳۰۳۰-3040.
- McEvoy, P. M. Saulsman, L. M. (2014). Imagery-enhanced cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy, 55*, 1-6.
- Nanda, M. M. Reichert, E. Jones, U. J. & Flannery-Schroeder, E. (2016). Childhood maltreatment and symptoms of social anxiety: Exploring the role of emotional abuse, neglect, and cumulative trauma. *Journal of Child & Adolescent Trauma, 9*(3), 201-207.
- Nicholson, C. (2008). What to do about social anxiety disorder. *Harvard Women's Health Watch, 16*, 4.
- Pinto-Gouveia, J. Castilho, P. Galhardo, A. & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research, 30*(5), 571-584.
- Roemer, L. Williston, S. K. Eustis, E. H. & Orsillo, S. M. (2013). Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies for anxiety disorders. *Current psychiatry reports, 15*(11), 410.
- Rodebaugh, T. L. & Heimberg, R. G. (2008). Emotion regulation and the anxiety disorders: Adopting a self-regulation perspective. In *Emotion Regulation* (pp. 140-149). Springer, Boston, MA.
- Shojaati, A. Kalantari, M. & Molavi, H. (2019). Do emotional abuse and personality traits predict early maladaptive schemas and social anxiety? *Early Child Development and Care*, 1-14...
- Stein, M. Gelernter, J. & Smoller, J. (2004). Genetics of social anxiety disorder and related traits. *Medical Psychiatry, 29*, 197-214
- Tremblay, P. F. & Dozois, D. J. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences, 46*(5-6), 569-574.
- Taube-Schiff, M. Suvak, M. K. Antony, M. M. Bieling, P. J. & McCabe, R. E. (2007). Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 45*(4), 687-698.
- Taylor, S. Abramowitz, J. S. & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders, 26*(5), 583-589.

- Vernberg.EM, Abwender.DA, Ewell.KK, Susan H. Beery.SH, (1992) Social Anxiety and Peer Relationships in Early Adolescence: A Prospective Analysis, *Journal of Clinical Child Psychology*, 21:2, 189-196, DOI: 10.1207/s15374424jccp2102_11
- Wergeland, G. J. H. Fjermestad, K. W. Marin, C. E. Haugland, B. S.M. Bjaastad, J. F. Oeding, K. Havik, O. E. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 1-12.
- Wilson, J. K. & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: changes during treatment and relationship to outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 43(3), 373-389.
- Werner, K. H. Goldin, P. R. Ball, T. M. Heimberg, R. G. & Gross, J. J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(3), 346-354.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

استناد به این مقاله: شجاعتی، عباس، کلانتری، مهرداد، مولوی، حسین. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان گروهی کوتاه‌مدت مبتنی بر مدل پیش‌بینی‌پذیری اضطراب اجتماعی با درمان گروهی کوتاه‌مدت شناختی-رفتاری هافمن بر نشانه‌های اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان دوره اول متوسطه، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۲(۴۷)، ۳۷-۶۱.

DOI: 10



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی
پرتال جامع علوم انسانی