

## بررسی تأثیر رفتار درمانی گروهی بر علایم هراس اجتماعی و جرئتمندی دانشجویان

فاطمه زرگر\*، دکتر مهرداد کلانتری\*\*، دکتر حسین مولوی\*\*  
دکتر حمید طاهر نشاط دوست\*\*

### چکیده

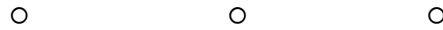
هدف این تحقیق بررسی تأثیر رفتار درمانی گروهی بر کاهش علایم هراس اجتماعی، افزایش میزان انجام رفتارهای جرئتمندانه و کاهش درجه ناراحتی بر اثر انجام رفتارهای جرئتمندانه در دانشجویان دختر ساکن خوابگاههای دانشگاه اصفهان بود. بدین منظور از کلیه دانشجویان دختر ساکن خوابگاههای دانشگاه، ۱۵۰ نفر به طور تصادفی انتخاب شده و «سیاهه هراس اجتماعی» بر روی آنها اجرا شد. ۴۰ نفر از افرادی که بالاترین نمرات را در این سیاهه کسب کرده بودند انتخاب و برای مصاحبه تشخیصی به روانپزشک ارجاع گردیدند که ۳۰ نفر بر اساس ملاکهای تشخیصی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی واجد علایم هراس اجتماعی تشخیص داده شدند. این افراد به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. سپس پرسشنامه‌های سنجش علایم هراس اجتماعی و سنجش رفتارهای جرئتمندانه - شامل میزان انجام رفتارهای جرئتمندانه و درجه ناراحتی بر اثر انجام رفتارهای مذکور - در مرحله پیش آزمون در دو گروه اجرا شد. ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان رفتاری شامل روشهای حساسیت زدایی منظم، جرئت آموزی و

\* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان

\*\* گروه روانشناسی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه اصفهان

مواجهه سازی به مدت یک ماه در گروه آزمایش اجرا شد. گروه کنترل هیچ گونه مداخله درمانی دریافت نکرد. بعد از پایان جلسات درمانی، پس از آزمون بر روی دو گروه انجام گرفت. یک ماه بعد از اجرای پس آزمون، آزمون پی گیری انجام گرفت. تحلیل کوواریانس نتایج نشان داد که علائم هراس اجتماعی گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پی گیری کاهش یافته است ( $p < 0/05$ ). همچنین میزان انجام رفتارهای جرثمنده گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مراحل پس آزمون و پی گیری افزایش یافته است ( $p < 0/05$ ). درجه ناراحتی بر اثر انجام رفتارهای جرثمنده گروه آزمایش در مرحله پس آزمون تفاوت معنی داری نسبت به گروه کنترل نداشت، اما در مرحله پی گیری کاهش معنی داری را نشان داد ( $p < 0/05$ ).

**کلید واژه‌ها:** رفتار درمانی گروهی، هراس اجتماعی، جرثمندی، دانشجویان.



#### ● مقدمه

سالهای متمادی است که نشانه های «هراس اجتماعی»<sup>۱</sup> شناسایی شده است. با این وجود تا «چاپ سوم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی»<sup>۲</sup> در سال ۱۹۸۰ این بیماری به عنوان نشانگان خاص قلمداد نمی شد (کلارک<sup>۳</sup> و فربورن<sup>۴</sup>، ۱۳۸۰) به طوری که لیوویتز (۱۹۸۵)، این اختلال را «اختلال اضطرابی غفلت شده»<sup>۵</sup> نامید.

«هراس اجتماعی» سومین اختلال متداول روانپزشکی است. این اختلال، ترس یا برجا از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا عملکردی است که در آن موقعیت ها، فرد در معرض مشاهده دقیق احتمالی دیگران قرار می گیرد و می ترسد که به گونه ای خوار کننده یا تحقیر آمیز عمل کند (دادستان، ۱۳۸۲). هراسهای اجتماعی معمولاً با «حرمت خود» ضعیف و ترس از انتقاد همراه هستند. این افراد ممکن است شکایت از سرخ شدن، لرزش دست و تهوع یا میل شدید به ادرار کردن داشته باشند. نشانه ها ممکن است تا «حملات وحشت زدگی»<sup>۶</sup> پیشرفت کنند. تحقیقات نشان داده اند که اختلال هراس اجتماعی در سنین نوجوانی شروع شده و سالها تداوم می یابد (کاپلان<sup>۷</sup> و سادوک<sup>۸</sup>، ۱۳۸۱). سن شروع این اختلال در حدود ۱۵ سالگی است و ۹۰ درصد بیماران سن شروع را قبل از ۲۵ سالگی گزارش نموده اند (کاسپر، ۱۹۹۸). در صورت عدم درمان، این اختلال به طور متوسط ۲۰ سال تداوم می یابد و بهبود خودبخودی آن غیر محتمل است. مطالعات همه گیر شناسی نشان می دهد که تنها یک چهارم بیماران این اختلال بهبود می یابند (لکرویر، ۱۹۹۸). نسبت شیوع اختلال هراس اجتماعی در زن به مرد در برخی منابع ۲ به ۱ (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۱) و در برخی منابع ۳ به ۱ (کامر، ۲۰۰۱) ذکر شده است.

وجود «هراس اجتماعی» در یک کودک یا نوجوان، وی را مستعد مشکلات طولانی مدت در حوزه های مختلف عملکرد می کند. میزان زیادی از اختلالات همراه، در کودکان و نوجوانان مبتلا به این اختلال گزارش شده است. برای مثال بیدل، ترنر و کرک (۲۰۰۰)، دریافتند که کودکان مبتلا به هراس اجتماعی، سطوح بالایی از ناشادمانی، «انزوای اجتماعی»، ترس عمومی و مهارت های اجتماعی ضعیف در مقایسه با نمونه غیر بیمار داشتند. کسلر و نلسن (۱۹۹۴)، دریافتند که نوجوانان دختر مبتلا، کمتر احتمال دارد که مقطع دبیرستان را به اتمام برسانند و هر دو جنس کمتر احتمال می رود که به دانشگاه راه یابند و آن را به اتمام برسانند (مانسینی، ۲۰۰۱). همچنین در دانشگاه نیز این اختلال یکی از مشکلات رایج در دانشجویان بخصوص دانشجویان دختر می باشد (شیوع ۱۹-۱۷ درصد) و بهبودی بدون درمان معمولاً کم است (موریس و اوستن، ۲۰۰۲).

بیش از ۸۰ درصد افراد مبتلا به هراس اجتماعی از اختلالات همراه رنج می برند. بیشترین میزان همراهی اختلال فوق با اختلال «هراس ساده»<sup>۱۱</sup> (۵۹٪)، اختلال وحشتزدگی همراه با «بیرون هراسی»<sup>۱۱</sup> (۴۴/۹٪)، «سوء مصرف الکل»<sup>۱۲</sup> (۱۸/۸٪) و «اختلال افسردگی اساسی»<sup>۱۳</sup> (۱۶/۶٪) می باشد. در ۸۴٪ موارد، هراس اجتماعی قبل از اختلالات دیگر پدید آمده است و تنها ۵ درصد از افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی به طور جدی در جستجوی درمان هستند (اشنیر، جانسن، هورنیگ، لیوویتز و ویسمن، ۱۹۹۲).

در هراسها، «اجتناب»<sup>۱۴</sup> اغلب چشمگیر است و در موارد شدید ممکن است به کناره گیری اجتماعی تقریباً کامل منجر شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۷۵). اجتناب از موقعیت های هراس آور به این علت که اضطراب فرد را کاهش می دهد، این اختلال را مورد تقویت قرار می دهد. از این رو در زمینه درمان اختلال هراس اجتماعی، «رویارویی»<sup>۱۵</sup>، نخستین درمان روانشناختی در حیطه رفتاری می باشد که تأثیر آن بر بیماران مبتلا به این اختلال ثابت شده است. درمانگران تمام مکاتب نظری به این نتیجه رسیده اند که تمرین های سازمان یافته مبتنی بر رویارویی، یک بخش ضروری در مان مؤثر این اختلال است (کلارک و فربورن، ۱۳۸۰). میلیون (۱۹۹۷)، با بررسی چندین تحقیق در زمینه درمان هراس اجتماعی به این نتیجه رسید که درمانهایی که به نوعی مواجهه سازی با موقعیت های هراس آور و ابراز رفتار «جرئتمندانه»<sup>۱۶</sup> را به کار گرفته اند، بیشترین تأثیر را در درمان این اختلال دارند. همچنین بررسی وی نشان داد که هر چه درمانهای فوق طولانی تر و با موقعیت های واقعی زندگی توأم باشد، نتیجه درمان پایدارتر است. نیومان و هافمن (۱۹۹۴)، در چندین مطالعه نظارت شده دریافتند که درمان مواجهه سازی به تنهایی مؤثرتر از دارونما می باشد. یکی از انواع مواجهه سازی، «حساسیت زدایی منظم»<sup>۱۷</sup> است.

این روش درمانی در اثر تحقیقات ولپی پدید آمد. در مورد اثربخشی روش حساسیت زدایی منظم مرور نتایج تحقیقات مختلف انجام شده نشان داد که توانایی مقابله مراجع با صحنه‌های خیالی اضطراب‌زا که در ضمن حساسیت زدایی منظم آن راکسب می‌کند، قابل انتقال به موقعیت‌های طبیعی است (راچمن، ۱۹۹۶). در مورد مطالعات انجام شده در زمینه درمان اختلال هراس اجتماعی در ایران، می‌توان به تحقیق مشاوره (۱۳۸۱)، اشاره کرد. وی در تحقیقی از روش «درمان شناختی- رفتاری»<sup>۱۸</sup> به منظور کاهش علائم هراس اجتماعی دانشجویان جدیدالورود استفاده کرد. نتایج این تحقیق نشان داد که حساسیت زدایی منظم موجب کاهش علائم هراس اجتماعی شده است.

یکی از مشخصه‌های دیگر بیماران مبتلا به هراس اجتماعی فقدان «مهارت‌های اجتماعی»<sup>۱۹</sup> لازم برای شروع و تداوم ارتباطات اجتماعی است. تحقیقات نشان داده‌اند که برای درمان مؤثرتر هراس‌های اجتماعی باید بر آموزش «رفتارهای جرئ‌مندان»<sup>۲۰</sup> و مهارت‌های اجتماعی آنها نیز توجه کرد. تقریباً در همه حیطه‌هایی که عملکرد بیمار به علت ترس نوروتیک بازدار می‌شود، جرئت آموزی روش درمانی مناسبی است (ولپی، ۱۹۸۰). پاپن (۱۹۸۴)، معتقد است شیوه حساسیت زدایی منظم در واقع تکمیل‌کننده شیوه آموزش اظهار وجود است. دلوتی (۱۹۸۱) و برنشتین و بورچارت (۱۹۹۱)، پژوهشهایی را در زمینه جرئت آموزی بر روی دانش‌آموزان خجالتی و مضطرب انجام دادند و نتایج مثبتی گزارش کردند. آمالی، مهریار و بو‌الهری (۱۳۷۴)، به مقایسه جرئت آموزی و جرئت آموزی توأم با «بازسازی شناختی»<sup>۲۱</sup> در کاهش «اضطراب اجتماعی»<sup>۲۲</sup> دانش‌آموزان مدارس راهنمایی منطقه ۱۱ آموزش و پرورش تهران پرداختند. نتایج برتری روش جرئت آموزی توأم با بازسازی شناختی را نسبت جرئت آموزی به تنهایی، نشان داد. همچنین نتایج حاکی از تداوم اثرات درمان در دراز مدت بود. تحقیقات نشان داده‌اند که تأیید و تشویق‌های اجتماعی از سوی افرادی با مشکلات اجتماعی مشابه، اغلب قوی‌تر از تأییدهای درمانگر به تنهایی است (کامر، ۲۰۰۱) و این خود، اهمیت درمان گروهی را در درمان این اختلال نشان می‌دهد. بهرامی (۱۳۷۵)، در پژوهشی به بررسی تأثیر شیوه‌های گروهی و فردی در افزایش جرئت ورزی دانش‌آموزان کم جرئت پرداخت. نتایج تحقیق وی، برتری روش جرئت آموزی گروهی را نسبت به روش جرئت آموزی فردی نشان داد. جلالی (۱۳۸۱)، روش‌های درمان رفتاری و شناختی- رفتاری را در درمان کم جرئتی دانش‌آموزان پسر مؤثر دانست. فانجت (۲۰۰۰)، به بررسی تأثیر درمان شناختی رفتاری بر ۵۵ بیمار دچار هراس اجتماعی پرداخت. جزء رفتاری این درمان آموزش جرئت ورزی و حساسیت زدایی منظم بود.

نتایج نشان دهنده افزایش معنادار نمرات گروه آزمایش در «پرسشنامه جرئت ورزی راتوس» و کاهش معنی دار نمرات هراس اجتماعی آنها بود. پیگیریهای ۶ ماهه و ۱ ساله نیز نشانگر حفظ دستاوردهای درمانی در متغیرهای فوق بود. اینگرام، میراندا و سیگال (۱۹۸۸)، سه گروه از مبتلایان به اختلالات روانپزشکی را با روشهای رفتار درمانی درمان نمودند این گروهها شامل «اختلال شخصیت اجتنابی»<sup>۲۳</sup>، «اختلال هراس اجتماعی» و «اختلال افسردگی» بود. روشهای درمان شامل «شناخت درمانی»<sup>۲۴</sup> و «جرئت آموزی» بودند. نتایج پس از ۸ جلسه درمانی نشان داد که «جرئت آموزی» بیشترین تأثیر را بر اختلال هراس اجتماعی داشته است و «شناخت درمانی» بیشترین اثر درمانی را بر اختلال افسردگی عمده داشته است. به طور کلی می توان گفت که مؤثرترین روشهای درمان «هراس اجتماعی» در حیطه رفتاری شامل «رویارویی»، «حساسیت زدایی منظم» و آموزش «جرئت ورزی» می باشد. مشخص نشده است که کدامیک از شیوه درمان رفتاری در درمان این اختلال مؤثرترند. به نظر می رسد استفاده از چند شیوه رفتاری در درمان این اختلال مؤثرتر از کاربرد هر یک به تنهایی باشد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی تأثیر رفتار درمانی گروهی شامل شیوه های حساسیت زدایی منظم، جرئت ورزی و مواجهه سازی بر علائم هراس اجتماعی، میزان انجام رفتارهای جرئتمندانه و درجه ناراحتی بر اثر انجام این رفتارها در دانشجویان دختر مبتلا به علائم هراس اجتماعی بوده است.

## ● روش

○ روش این پژوهش، روش تجربی می باشد. انتخاب آزمودنی ها و جایگزینی آنها در دو گروه به طور تصادفی صورت گرفته است.

○ جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان در سال تحصیلی ۸۳-۸۲ بودند. در این تحقیق از روش نمونه گیری تصادفی ساده استفاده شد. از دو خوابگاه دخترانه دانشگاه اصفهان به طور تصادفی ۱۵۰ نفر انتخاب شدند و «سیاهه هراس اجتماعی» در مورد آنها اجرا شد. تعداد ۴۰ نفر از افراد نمونه که بالاترین نمره ها را کسب کرده بودند، انتخاب شدند. این افراد به منظور مصاحبه روانپزشکی و دقت تشخیصی بیشتر به روانپزشک ارجاع داده شدند که ۳۰ نفر بر اساس «ملاکهای تشخیصی چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»<sup>۲۵</sup> واجد علائم هراس اجتماعی تشخیص داده شدند. ۳۰ نفر نمونه به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. در طول جلسات درمانی ۳ نفر از افراد گروه آزمایش، جلسات درمانی را به طور کامل طی نکردند و از گروه حذف شدند. به منظور رعایت تساوی

حجم نمونه های دو گروه کنترل و آزمایش، ۳ نفر از افراد گروه کنترل نیز حذف شدند و حجم هر یک از گروهها به ۱۲ نفر تقلیل یافت.

#### ○ ابزار تحقیق

□ الف) سیاهه هراس اجتماعی<sup>۲۵</sup>: برای اندازه گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد مورد آزمون، از «سیاهه هراس اجتماعی» استفاده شد. این پرسشنامه ۳۸ سؤال دارد که توسط مشاوره (۱۳۸۱)، ساخته شده است. قسمتی از سؤالات آن با استفاده از ملاکهای تشخیصی معتبر و مطالعه ادبیات مربوط به هراس اجتماعی ساخته شده اند. قسمت دیگری از سؤالات این پرسشنامه (۱۵ سؤال) نیز با استفاده از «سیاهه هراس اجتماعی»، دیویدسن<sup>۲۶</sup> (به نقل از مشاوره، ۱۳۸۱) تدوین شده اند. اعتبار «سیاهه هراس اجتماعی» با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ تعیین گردیده است (مشاوره، ۱۳۸۱). گزینه های به کار رفته در این سیاهه عبارتند از: «اصلاً»، «کمی»، «تاحدی»، «زیاد»، «خیلی زیاد» که به ترتیب وزن ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ برای آنها در نظر گرفته شده است.

□ ب) سیاهه جرئت ورزی: این سیاهه توسط گمبریل و ریچی (۱۹۷۵)، تهیه شده است و مظاهری (۱۳۸۱) آن را بر روی دانشجویان دختر خوابگاه دانشگاه اصفهان هنجاریابی نمود. این آزمون از دو قسمت تشکیل شده است و دارای ۴۰ ماده است که هر ماده آن یک موقعیت را که مستلزم رفتار جرئت ورزی است، نشان می دهد. در قسمت اول از آزمودنی خواسته می شود که شدت ناراحتی خود را هنگام مواجه شدن با این موقعیت ها بر حسب یک مقیاس درجه بندی ۵ گزینه ای بیان کند (درجه ناراحتی)<sup>۲۷</sup> و در قسمت دوم آزمودنی باید بر حسب یک مقیاس درجه بندی ۵ گزینه ای مشخص کند که چقدر احتمال دارد در آن موقعیت ها رفتار توصیه شده را انجام دهد (میزان انجام رفتار)<sup>۲۸</sup>.

این آزمون دارای چند دسته سؤال است: ۱). رد کردن تقاضا؛ ۲). بیان کردن محدودیت های خود مثل قبول اینکه بر خیزها را نمی داند ۳). تقاضا کردن، ۴). پیشقدم شدن در آغاز یک برخورد اجتماعی، ۵). بیان احساسات مثبت، ۶). کنار آمدن با انتقاد و قبول آن، ۷). قبول تفاوت داشتن با دیگران ۸). ابراز وجود در موقعیت هایی که باید کمک کرد، ۹). دادن پاسخ خوارانه منفی. دامنه نمرات این آزمون در هر قسمت بین ۴۰ تا ۲۰۰ است و هر چه نمره آزمودنی در هر قسمت بیشتر باشد حاکی از این است که رفتار جرئتمندانه او کمتر است. اعتبار ماده های مختلف این آزمون بین ۰/۳۹ تا ۰/۷۰ گزارش شده است. همچنین همبستگی نمره های آزمون با نتایج ارزیابی افرادی که ایفای نقش آزمودنی ها را مشاهده کرده بودند، ۰/۴۶ بود. ضریب اعتبار این آزمون توسط گمبریل و ریچی

(۱۹۷۵)، ۸۱٪ به دست آمده است. ضریب اعتبار به دست آمده توسط بهرامی (۱۳۷۵)، از طریق بازآزمایی در مورد درجه ناراحتی ۷۱٪ و در مورد میزان انجام رفتار جبرئتمندانه ۸۸٪ است.

#### ○ شیوه اجرا

آزمودنی‌های مبتلا به علایم هراس اجتماعی به دو گروه درمان و کنترل تقسیم شدند، در هر دو گروه سیاهه‌های «هراس اجتماعی» و «جرئت‌ورزی» اجرا شد (پیش‌آزمون). در گروه آزمایش جلسات درمانی به تعداد ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طی یک دوره ۳۰ روزه در اردیبهشت و خرداد سال ۱۳۸۳ در مرکز مشاوره خوابگاه دانشگاه اصفهان برگزار گردید. سه جلسه از جلسات این برنامه درمانی را آموزش آرامسازی عضلانی پیش‌رونده به روش اُست<sup>۲۹</sup> (۱۹۷۸)، به نقل از هاوتون<sup>۳۰</sup>، سالکووسکیس<sup>۳۱</sup>، کرک و کلارک<sup>۳۲</sup>، در بر می‌گرفت. در این جلسات سه هدف اجرا و پیگیری شد که شامل تنظیم سلسله مراتب موقعیت‌های اضطراب برانگیز مشترک بین آزمودنی‌ها آموزش آرام‌سازی پیش‌رونده و آموزش آرامش بدون تنش می‌باشد. نوار کاست آموزشهای این روش نیز در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت تا در فاصله جلسات مورد استفاده قرار گیرد. دو جلسه بعدی شامل آموزش توأم سازی آرامسازی عضلانی و موقعیت‌های اضطراب برانگیز تنظیم شده در مرحله قبلی بود. در طی سه جلسه باقیمانده، آموزش جرئت‌ورزی برگرفته شده از روش «جرئت‌آموزی راتوس» (۱۹۷۵)، به کار برده شد. این روش شامل ۱۰ مؤلفه رفتاری می‌باشد که در جلسات درمان به بیماران گروه آزمایش آموزش داده شده و تمرین می‌گردد. این رفتارها عبارتند از: برقراری تماس چشمی، گفتار جبرئتمندانه، ابراز احساسات، سلام و تعارف با دیگران اعلام عدم موافقت به صورت مؤدبانه پرسیدن چرا، صحبت کردن در مورد خود، جواب تعارف دیگران را دادن، رد نظرات غیر منطقی دیگران و خودداری از تصدیق آنان و اقدام به رفتارهایی که فرد از آنها هراس دارد. در فواصل جلسات آموزشی، یکی از تکالیف آزمودنی‌ها، مواجهه و رویارویی واقعی با موقعیت‌های اضطراب برانگیز و به کارگیری آموزشهای جلسات درمانی در این موقعیت‌ها بود. پس از پایان ۸ جلسه درمانگری در گروه آزمایش، مجدداً سیاهه‌های «علایم هراس اجتماعی»، و «جرئت‌ورزی» به عنوان پس‌آزمون اجرا شد. مرحله پی‌گیری ۳۰ روز پس از اتمام جلسات درمانی، شامل همان آزمونها برگزار شد. تأثیر روش درمان در مرحله بعد از درمان و پیگیری بر اساس کاهش نمره کلی در «سیاهه هراس اجتماعی»، کاهش نمرات در قسمت درجه ناراحتی و افزایش نمرات در قسمت میزان انجام رفتار

جرثمنده «سیاهه جرت وری» اندازه گیری شد. نتایج باروش آماری «تحلیل کواریانس»<sup>۳۲</sup> مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ● نتایج

جدول ۱، میانگین های نمرات «هراس اجتماعی»، میزان انجام رفتار جرثمنده و درجه ناراحتی آزمودنی های دو گروه را در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد. میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری، پس از کنترل نمرات متغیر پیش آزمون برآورد شده است.

جدول ۱- میانگین ها و انحراف معیار نمرات علایم هراس اجتماعی، میزان بروز رفتار جرثمنده

و درجه ناراحتی آزمودنی های دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری پس از کنترل متغیر پیش آزمون

متغیرها	علایم هراس اجتماعی			میزان انجام رفتار جرثمنده			درجه ناراحتی بر اثر انجام رفتار جرثمنده		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
میانگین	۹۶/۶۸۲	۹۶/۱۴۶	۹۴/۳۶۵	۸۲/۲۹۵	۸۸/۲۶۴	۸۹/۲۷۴	۲۷۲/۲۹۱	۲۶۷/۰۸۳	۲۶۵/۰۶۱
انحراف معیار	۱۵/۶۲۱	۰/۸۵۸	۱/۴۴۰	۱/۵۰۱	۱/۲۱۵	۱/۵۸۰	۳۵/۰۲۶۱	۴/۰۲۶	۴/۴۰۳
میانگین	۹۵/۷۲۳	۹۱/۰۲۴	۸۹/۰۵۱	۸۴/۹۰۱	۹۵/۷۵۴	۹۷/۳۹۲	۲۷۱/۵۰۲	۲۶۴/۳۱۴	۲۵۵/۲۰۷
انحراف معیار	۱۱/۸۲۱	۰/۸۵۸	۱/۴۴۸	۹/۶۸۲	۱/۲۱۸	۱/۵۸۱	۳۱/۲۷۰	۴/۰۲۶	۴/۴۰۱

به منظور مهار تأثیر اجرای پیش آزمون علایم هراس اجتماعی بر نتایج نمرات پس آزمون و پیگیری، نمرات پیش آزمون هراس اجتماعی کنترل گردید یعنی اثر آنها از روی نمرات هراس اجتماعی پس آزمون برداشته شده و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقیمانده مقایسه شدند. نتایج تحلیل کواریانس نمرات هراس اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده است

جدول ۲- نتایج تحلیل کواریانس نمرات «هراس اجتماعی» دو گروه درمان و کنترل پس از کنترل متغیر مداخله گر

در مراحل پس آزمون و پیگیری

مرحله	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذورات	توان آماری
پیش آزمون	۱	۴۳۰/۱۲۳۸	۴۹۴/۶۷۹	۰/۰۰۰	۰/۹۵۹	۱	۰/۷۵
پس آزمون	۱	۱۲/۵۶۶	۱۷/۵۲۷	۰/۰۰۲	۰/۴۵۵	۱	۰/۸۰
پیگیری	۱	۱۰۲۹/۴۴۴	۴۱/۵۸۱	۰/۰۰۲	۰/۶۶۴	۱	

همان طور که نتایج جدول ۲، نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات هراس اجتماعی در مرحله پس آزمون و پی‌گیری پس از مهار نمرات پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش معنادار است. بدین معنی که رفتار درمانی گروهی علایم هراس اجتماعی گروه درمان را در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش داده است.

نتایج تحلیل کواریانس نمرات میزان رفتار جرثمندانه در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس آزمون و پی‌گیری در جدول ۳ ارائه شده است. در این تحلیل نمرات پیش آزمون میزان انجام رفتارهای جرثمندانه کنترل گردید و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقیمانده مقایسه شدند.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس نمرات رفتار جرثمندانه دو گروه آزمایش و کنترل پس از کنترل متغیر مداخله گر

در مراحل پس آزمون و پیگیری

مرحله	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذوراتا	توان آماری
پیش آزمون		۱	۲۱۰۹/۶۴۲	۱۳۰/۲۲۸	/۰۰۰	/۸۶۱	۱
پس آزمون		۱	۶۶۳/۶۵۶	۴۰/۹۶۷	/۰۱۵	/۶۶۱	/۸۵
پیگیری		۱	۲۲۷۸/۵۷۳	۹۵۱/۸۸۱	/۰۰۹	/۸۲۳	/۸۰

همان طور که نتایج جدول ۳، نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات میزان انجام رفتارهای جرثمندانه در مرحله پس آزمون و پی‌گیری پس از کنترل نمرات پیش آزمون در دو گروه کنترل و آزمایش معنادار است. بدین معنی که رفتار درمانی گروهی نمرات میزان انجام رفتارهای جرثمندانه گروه درمان را در مراحل پس آزمون و پیگیری افزایش داده است. جدول ۴، نتایج مقایسه میانگین های نمرات درجه ناراحتی بر اثر انجام رفتارهای جرثمندانه دو گروه کنترل و درمان را پس از کنترل نمرات پیش آزمون درجه ناراحتی نشان می‌دهد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس نمرات میزان ناراحتی پس از انجام رفتار جرثمندانه دو گروه آزمایش

و کنترل پس از کنترل متغیر مداخله گر در مراحل پس آزمون و پیگیری

منبع	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذوراتا	توان آماری
پیش آزمون		۱	۲۱۲۱/۴۶۵	۱۱۱/۷۱۷	/۰۰۰	/۸۴۲	۱
پس آزمون		۱	۶۱/۹۶۸	/۳۲۶	/۵۴۷	/۰۱۵	/۰۸۵
پیگیری		۱	۲۷۱۹/۰۹۰	۱۱/۹۲۰	/۰۰۳	/۳۶۲	/۶۶۷

نتایج جدول ۴، نشان می‌دهد که تفاوت بین میانگین نمرات درجه ناراحتی در مرحله پس از آزمون پس از مهار پیش از آزمون در دو گروه معنادار نمی‌باشد. به عبارت دیگر بین نمرات درجه ناراحتی بر اثر انجام رفتار جرثمنده در دو گروه در مرحله پس از آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد.

همان طور که مشاهده می‌گردد تفاوت بین میانگین نمرات درجه ناراحتی در مرحله پی‌گیری پس از مهار متغیر پیش از آزمون در دو گروه معنادار است. بدین معنی که رفتار درمانی گروهی درجه ناراحتی بر اثر انجام رفتارهای جرثمنده را در گروه آزمایش در مرحله پی‌گیری کاهش داده است.

### ● بحث و نتیجه‌گیری

○ در پژوهش حاضر، تأثیر تلفیقی از روشهای رفتاری حساسیت‌زدایی منظم، جرئت‌آموزی و مواجهه‌سازی بر علایم هراس اجتماعی دانشجویان دختر دانشگاه اصفهان مورد بررسی قرار گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد که رفتار درمانی گروهی در مراحل پس از آزمون و پی‌گیری، میزان علایم هراس اجتماعی کاهش و میزان انجام رفتارهای جرثمنده را افزایش داده و درجه ناراحتی بر اثر انجام رفتار جرثمنده را در مرحله پی‌گیری کاهش داده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهشهای پیشین که انواع روشهای درمان رفتاری (از جمله جرئت‌آموزی، حساسیت‌زدایی منظم و جرئت‌آموزی) را در درمان اختلال هراس اجتماعی یا اختلالات مشابه به کار برده‌اند، همخوانی دارد (دلوتی، ۱۹۸۱؛ برنشتین و بورچارت، ۱۹۹۱؛ راجمن، ۱۹۹۶؛ میلون، ۱۹۹۷؛ فانجت، ۲۰۰۰؛ آمالی و همکاران، ۱۳۷۴؛ جلالی، ۱۳۸۱؛ و مشاور، ۱۳۸۱)، همچنین نتایج حاصل از این تحقیق با نتایج تحقیق نیومان و هافمن (۱۹۹۴)، که انواع درمانهای رفتاری را در مقایسه با دارونما به کار برده و تأثیر مثبت و معنی‌دار درمانهای رفتاری را بر اختلال هراس اجتماعی نشان داده‌اند، هماهنگی دارد.

○ به نظر می‌رسد آنچه رفتار درمانی را مؤثرتر می‌سازد، قدرت مواجهه‌سازی است که در همه شیوه‌های رفتار درمانی به نوعی مورد استفاده قرار می‌گیرد. مواجهه و رویارویی واقعی با اجتماع، به تصحیح رفتاری و شناختی در فرد می‌انجامد. بر اساس نتایج پژوهش حاضر و دیگر پژوهشهایی که روش حساسیت‌زدایی منظم را به کار برده‌اند (راجمن، ۱۹۹۶ و مشاور، ۱۳۸۱) می‌توان اینگونه استنباط کرد که روش درمانی حساسیت‌زدایی منظم، هنگام مواجهه‌سازی مراجع با محرکهای هراس‌آور محیط طبیعی تأثیر بیشتری دارد. با توجه به نتایج تحقیق حاضر،

می‌توان اینگونه نتیجه گرفت که در تحقیق کنونی استفاده همزمان از جرئت آموزی و مواجهه سازی، اثربخشی درمان را افزایش می‌دهد و علاوه بر رویارویی مراجع با موقعیت‌های هراس آور، وی را به روشهایی برای برخورد مؤثرتر مجهز می‌نماید.

○ از دیگر نتایج تحقیق کنونی این بود که درجه ناراحتی بر اثر بروز رفتار جرئتمندانه در مرحله پس آزمون به طور معنی داری کاهش نیافته بود. در زمینه بررسی علل و عوامل نتیجه حاصله می‌توان گفت که اختلال هراس اجتماعی، اختلالی با شدت و انواع متفاوت است که طیفی شامل هراس از یک موقعیت جمعی تا تقریباً تمام موقعیت‌های جمعی را در بر دارد (هرمن و وستبرگ، ۱۹۹۸). نمونه‌ای که از موقعیت‌های بیشتری دچار هراس می‌گردد، اضطراب بیشتری متحمل می‌شود و در فرآیند درمان نیز اضطراب بالاتری بروز می‌دهد. همچنین در جریان درمان از آزمودنی خواسته می‌شود با محرکهای اضطراب برانگیزی مواجه شود که قبلاً از آنها اجتناب می‌کرده و این اجتناب به وی آرامش می‌داده است. رویارویی در فرایند درمان مکانیسم دفاعی اجتناب را در هم شکسته و فرد به علت از دست دادن این مکانیسم دچار اضطراب خواهد شد. همچنین انتظار می‌رود به علت قاطعیت کم بیماران، شکست‌هایی در تکالیف محوله پدید آید که خود می‌تواند موقتاً اضطراب فرد را افزایش دهد.

○ از دیگر دلایل توجیه این نتیجه این است که مدت زمانی طولانی لازم است تا فرایند رویارویی با اضطراب کمتری رخ دهد (هاوتون و همکاران، ۱۳۸۰) همانطور که در پژوهش فعلی نیز درجه ناراحتی بر اثر انجام رفتارهای جرئتمندانه در مرحله پیگیری کاهش یافته است و این تغییر پایدار مانده است. اگر چه یک ماه، دوره زمانی کوتاهی برای آزمودن تأثیرات درازمدت درمانی است، معناداری و توان آماری بالای نتایج حاصله نشان می‌دهد که بهبودی تداوم داشته است. تداوم اثرات درمانی می‌تواند نشانگر تعمیم استفاده از آموزشهای جلسات درمان به موقعیت‌های زندگی روزمره باشد. به عبارت دیگر آزمودنیها در فرآیند رفتاردرمانی، مهارتهایی جهت مهار اضطرابشان در موقعیتهای درمانی کسب کرده‌اند و به تدریج این مهارتها را مورد استفاده قرار داده و بدین طریق اضطراب خود را در هنگام مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی مهار کرده‌اند. همانطور که اجرای آزمونهای پی‌گیری در گروه آزمایش نشان می‌دهد، افراد گروه آزمایش، میزان هراسهای اجتماعی و علایم خود را از دست داده‌اند، جرئتمندانه تر رفتار کرده‌اند و هنگام بروز این رفتارها درجه ناراحتی و پریشانی کمتری بروز داده‌اند. مروری بر نتایج کیفی در طی جلسات درمان و پس از آن نشان می‌دهد علاوه بر تغییر جنبه‌های کمی که خود را در نتایج آماری نشان داده‌اند، تغییرات کیفی مهمی نیز در آزمودنی‌ها پدید آمده است. اگر

چه این تحقیق ابزاری برای اندازه گیری آنها فراهم نیاورده بود، اما جلسات درمانی و بخصوص جلسات پی گیری حاکی از آن است که آزمودنی ها تغییرات مهمی در زمینه برقراری روابط اجتماعی، گسترش فعالیت های اجتماعی، شرکت فعالانه در بحث های گروهی، تعمیق روابط دوستانه، افزایش میزان درجه صمیمیت در این روابط، افزایش حرمت خود و شادی پیدا کرده اند. مشابه این نتایج کیفی در تحقیق بیدل و همکاران (۲۰۰۰)، نیز مورد اشاره قرار گرفته اند. این پژوهشگران روش آموزش مهارت های اجتماعی را در درمان اختلال هراس اجتماعی کودکان به کار برده اند و نتایج کیفی مثبتی مانند پیوستن به تیم های ورزشی، شرکت در کلاسهای فوق برنامه و روابط دوستانه گسترده تر را در مبتلایان گزارش کردند. به طور کلی تمام تحقیقاتی که به نوعی از روشهای رفتاری در درمان هراسها استفاده کرده اند، به نتایج کیفی همچون بهبود روابط و بالا رفتن اعتماد به نفس دست یافته اند (هاوتون و همکاران، ۱۳۸۰).

تحقیقاتی که تأثیر انواع رفتار درمانی شامل «جرئت آموزی»، «مواجهه سازی» و «حساسیت زدایی منظم» را در بهبود مبتلایان به «هراس اجتماعی» یا افراد کم جرئت به کار برده اند (برای مثال دلتوی، ۱۹۸۱؛ برنشتین و بورچارت، ۱۹۹۱؛ نیومان و هافمن، ۱۹۹۴؛ راجمن، ۱۹۹۶؛ میلیون، ۱۹۹۷؛ فانجت، ۲۰۰۰؛ آمالی و همکاران، ۱۳۷۴؛ بهرامی، ۱۳۷۵؛ جلالی، ۱۳۸۱؛ و مشاور، ۱۳۸۱) به این نتیجه رسیده اند که این درمان در کاهش علایم «هراس اجتماعی» و افزایش جرئتمندی مبتلایان به هراس اجتماعی مؤثر است.



#### یادداشت ها

- |  |                                |
|--|--------------------------------|
| 1- Social phobia   |                                |
| 2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III) |                                |
| 3- Clark, J.   | 4- Feirburn, C.                |
| 5- Neglected anxiety disorder                                      | 6- Panic attack                |
| 7- Kaplan, H.  | 8- Sadock, B.                  |
| 9- Withdrawal  | 10- Special phobia             |
| 11- Agoraphobia  | 12- Alcohol abuse              |
| 13- Major depression disorder                                      | 14- Avoidance                  |
| 15- Exposure   | 16- Assertiveness              |
| 17- Systematic desensitization                                     | 18- Cognitive behavior therapy |
| 19- Social skills  | 20- Assertiveness trainig      |

- |                                   |                            |
|-----------------------------------|----------------------------|
| 21- Cognitive restructure         | 22- Social anxiety         |
| 23- Avoidant personality disorder | 24- Cognitive therapy      |
| 25- Social Phobia Inventory(SPI)  | 26- Davidson, C.           |
| 27- Degree of distress            | 28- Assertiveness rating   |
| 29- Ost, M.                       | 30- Hawton, K.             |
| 31- Salkovskis, P.                | 32- Analysis of covariance |

### منابع

- آمالی، شهره؛ مهریار، امیر هوشنگ؛ بوالهری، جعفر. (۱۳۷۴). مقایسه جرئت‌آموزی و جرئت‌آموزی همراه با بازسازی شناختی در درمان اضطراب اجتماعی. فصل‌نامه اندیشه و رفتار. سال اول شماره ۴.
- بهرامی، فاطمه. (۱۳۷۵). مقایسه روشهای جرئت‌آموزی به دانش‌آموزان کم‌جرئت دختر دبیرستانی با شیوه‌های مشاوره گروهی و مشاوره فردی در شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- جلالی، مهدی. (۱۳۸۱). مقایسه تأثیر رفتار درمانی و رفتاردرمانی شناختی بر افزایش جرئتمندی دانش‌آموزان کم‌جرئت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه اصفهان.
- دادستان، پریخ. (۱۳۸۲). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا پیری. تهران: سمت.
- سازمان جهانی بهداشت. (۱۳۷۵). طبقه‌بندی اختلالات روانی بر اساس (ICD-10) ترجمه محمد رضا نیکخو و همکاران. تهران: سخن.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین. جی. (۱۳۸۱). خلاصه روانپزشکی. ج ۲. ترجمه عباس رفیعی. تهران: ارجمند.
- کلارک، دیوید. م. و فریورن، کریستوفر. ج. (۱۳۸۰). دانش و روشهای کاربردی رفتاردرمانی شناختی. ج ۱. ترجمه حسین کاویانی. تهران: فارس.
- مشاوری، امیرحسین. (۱۳۸۱). بررسی تأثیر درمان گروهی شناختی رفتاری بر عالم‌هراس اجتماعی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. (چاپ نشده). دانشگاه اصفهان.
- هاوتون، کیت؛ سالکوس کیس؛ پال، م.؛ کرک، جوان؛ و کلارک، دیوید. م. (۱۳۸۰). رفتار درمانی شناختی. ج ۱. ترجمه حبیب‌الله قاسم زاده. تهران: ارجمند.
- مظاهری، اکرم. (۱۳۸۱). بررسی تأثیر آموزش گروهی عزت‌نفس به شیوه رفتاری و رفتاری شناختی بر سازگاری اجتماعی دانشجویان ساکن خوابگاه دانشگاه اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه اصفهان.
- Beidel, D. C.; Turner, S. M.; & Kirk, J. (2000). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 643-650.
- Bernstein, G. A.; & Borchardt, C. M. (1991). Anxiety disorders of childhood and adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 519-532.
- Comer, R. J. (2001). *Abnormal psychology*. New York: Princeton University.
- Deluty, R. H. (1981). Assertiveness in children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 10, 149- 156.

- Fanget, C. (2000). The treatment social phobia . A efficacy of cognitive behavior therapy. *The British Journal of Psychology*, 2, 158-182.
- Gambrill, E. & Richey, C. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Journal of Behaviour and Research Therapy*, 6, 550-561.
- Herman, G.; & Westenberg, M. (1998). The nature of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 17, 20-24.
- Ingram, R. E.; Miranda, J.; & Segeal, Z. V. (1998). *Cognitive vulnerability to depression*. New York: Guilford Press.
- Kasper, S. (1998). Social phobia in children and adolescents. *The British Journal of Psychology*, 23, 450-460.
- Kessler, R. C.; Nelson, C. B. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM psychiatric disorders in the United States. *Archive of General Psychology*, 51, 8-19.
- Lecrubier, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 12, 33-37.
- Liebowitz, M. R. (1985). The neglected anxiety disorder. *Journal of Behaviour and Research Therapy*, 14, 54-65.
- Mancini, S. (2001). Social phobia and children. *International Journal of Social Psychiatry*, 34, 18-23.
- Millon, T. (1997). Avoidance personality. *International Journal of Social Psychiatry*, 13, 76-89.
- Muris, P.; & Oosten, A. V. (2002). Social anxiety in college students. *Journal of Behavior Therapy*, 3, 203-220.
- Newman, M. G.; & Hofman, S. G. (1994). Dose behavioral treatment of social phobia lead to cognitive changes. *Journal of Behavior Therapy*, 25, 142-150.
- Poppen, W. A. (1984). *School counseling: Theories and concepts*. New York: Princeton University.
- Rachman, S. (1996). Studies in desensitization. *Behavior Research & Therapy*, 4, 34- 59.
- Rathus, S. (1975). Principles and practices of a assertive training: An eclectic overview phobia . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 9-19.
- Schneier, F. R.; Johnson, J.; Hornig, C. D.; Liebowitz, M. R.; & Wissman, M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archive of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Wolpe, J. (1980). *The practice of behavior therapy*, third edition. New York: Pergamen Press.