

## اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و ارزیابی شناختی منفی در دختران سخت شنوا

فهیمة رضایی<sup>۱</sup>، مهدی امیری<sup>۲\*</sup>، الهام طاهری<sup>۳</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۰/۲۶

تاریخ ارسال: ۹۶/۴/۱۵

### چکیده

هدف پژوهش حاضر بررسی «اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و ارزیابی شناختی منفی در دختران سخت شنوا» بود. طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر و پیگیری بعد از یک ماه بود. بدین منظور با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس از کلیه دختران سخت شنوای کانون ناشنوایان شهر مشهد، در محدوده سنی ۲۹ - ۱۸ سال با استفاده از پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی کانور (SPIN) و پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی (CNSEQ) ۱۶ نفر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۸ نفر) جایگزین شدند. در این روش، گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه، تحت درمان شناختی- رفتاری گروهی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند. در پایان برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی، بر اضطراب اجتماعی و ارزیابی شناختی منفی (خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران) دختران سخت شنوا تأثیر معنی‌داری دارد ( $p < 0/01$ ). اثربخشی برنامه مداخله‌ای بر اضطراب اجتماعی و خودارزیابی منفی در طول زمان پایدار بود ولی در کارایی بلندمدت بر ادراک ارزیابی توسط دیگران موفق نبود.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی- رفتاری گروهی، اضطراب اجتماعی، ارزیابی شناختی منفی،

سخت شنوا

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، fahime.rezaie2@gmail.com

۲. \*استادیار روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

amirime@mums.ac.ir

۳. دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران

Elhamtaheri85@Gmail.Com

## مقدمه

ناشنوایی<sup>۱</sup> یک مشکل شایع جهانی است که به شدت کیفیت زندگی فرد را تهدید می کند (یوچین و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). امروزه ۳۶۰ میلیون نفر (۳۲۸ میلیون بزرگسال و ۳۲ میلیون کودک) معادل ۵٪ مردم در سراسر دنیا کاهش شنوایی ناتوان کننده دارند و کاهش شنوایی ناتوان کننده، عبارت است از کاهش شنوایی بیش از ۴۰ دسی بل در بزرگسالان و ۳۰ دسی بل در کودکان (سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). کاهش شنوایی می تواند باعث مشکلات مادام العمر و حتی تهدید کننده حیات شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۲). پژوهشگران در پژوهش بر روی ناشنوایان به این نتیجه رسیدند که چون افراد ناشنوا به نشانه های دیداری بیشتر توجه می کنند ممکن است بیشتر منزوی گردند از آنجایی که این افراد برای برقراری ارتباط به چهره، لب ها و دست های فرد شنوا خیره می شوند و از حرکات بیانگر و زبان بدنی بیشتر استفاده می کنند بی توجهی به این علائم رفتاری به تدریج آنان را مضطرب و منزوی می گرداند (ورنون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۱).

با توجه به اینکه انزوای اجتماعی ارتباط زیادی با بیماری های روانی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۵</sup> دارد (ملترز، بینگتون، دنیس، جنکینز، مک منوس، بروها<sup>۶</sup>، ۲۰۱۳) و اختلالات شنوایی اثرات خود را به صورت واکنش های مختلف در زمینه های گوناگون بروز می دهند و یکی از این پیامدها می تواند اختلال اضطراب اجتماعی باشد، لذا اهمیت درمان این اختلال در افراد دارای نقص شنوایی ضرورت می یابد. اضطراب اجتماعی یکی از رایج ترین اختلالات اضطرابی (داریمپل و زیمرمن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱) و سومین اختلال شایع روان پزشکی بعد از افسردگی اساسی و الکلیسم است (بوگل و همکاران<sup>۸</sup>، ۲۰۱۰). این

- 
1. deafness
  2. Yuchen & et al
  3. world health organization
  4. Vernon
  5. socail anxiety disorder
  6. Meltzer, Bebbington, Dennis, Jenkins, McManus & Brugha
  7. Dalrymple & Zimmerman,
  8. bogel & et al

اختلال در زنان شایع‌تر (مکلین، اسنانی، لیتز و هافمن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱) بوده و بیشترین میزان در میان جوانان سنین ۱۸-۲۹ سال است (بارلو و دوراند<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱) و میزان شیوع آن در طول عمر ۱۳ درصد گزارش است (الکوزی، کوپر و کرس ول<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی<sup>۴</sup> نام این اختلال فوبیای اجتماعی و نام فرعی آن را اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شدند اما ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نام اصلی این اختلال را اضطراب اجتماعی در نظر گرفته است زیرا مشکلات به وجود آمده در آن‌ها، در مقایسه با سایر فوبیاهای معمولاً فراگیرتر هستند و در فعالیت‌های عادی فرد نابسامانی بیشتری به وجود می‌آورند (گنجی، ۱۳۹۲). اختلال اضطراب اجتماعی ترس مشخص و ثابت از شرم‌نده شدن یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا هنگام انجام فعالیتی در حضور دیگران است (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷).

طبق نظر کلارک و بک<sup>۵</sup> (۲۰۱۰) عامل اصلی که در پایداری اختلال اضطراب اجتماعی دخیل است این حقیقت است که افراد مبتلا از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب می‌کنند و در نتیجه اغلب شانس خود را برای یادگیری این نکته از دست می‌دهند که این موقعیت‌ها به تهدیدکنندگی که آن‌ها تصور می‌کنند، نیست. در اختلال اضطراب اجتماعی واری و مشاهده زیاد خود باعث نوعی استدلال یا استدلال بدون نتیجه می‌شود بنابراین این افراد فرض می‌کنند که دیگران نیز باید آنچه را که آن‌ها احساس می‌کنند مشاهده کنند. این نوع پردازش کردن خود به عنوان یک شیء اجتماعی<sup>۶</sup> منفی، یک مفهوم کلیدی در مدل کلارک و ولز است که در آن افراد با فوبی اجتماعی در سیستمی با فضای بسته و محدود در نظر گرفته می‌شوند که بیشتر شواهد موجود برای تماس‌هایشان را خودشان به وجود آورده‌اند و شواهد تأیید نشده (مثل پاسخ‌های افراد دیگر) نادیده گرفته می‌شود. از این رو، دارای تفکر منفی که

- 
1. McLean, Asnaani, Litz & Hofmann
  2. Barlow & Durand
  3. Alkozei, Cooper & Creswell
  4. diagnostic and statistical manual (dsm)
  5. Clark & Beck
  6. object social

منبع آن خود فرد است، هستند و این تفکر با عملکرد فرد تداخل دارد. در نتیجه فرد از مشاهده اطلاعات خارجی که ممکن است این افکار و احساسات را رد کند جلوگیری می کند (فوجی و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۳)؛ بنابراین تصور این عده بر این است که مدام تحت نظر قرار دارند و از اینکه دیگران آن‌ها را طرد کنند، می ترسند و این باعث می شود دچار اضطراب عملکرد شوند و متقابلاً از وضعیت‌های اجتماعی اجتناب ورزند (فروگات، ۲۰۰۳؛ ترجمه فیروز بخت، ۱۳۸۷).

اگرچه شواهد موجود از عوامل مختلفی، همچون عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی، یادگیری گذشته، نقص مهارت‌های اجتماعی و غیره به عنوان عامل‌های زمینه‌ساز در شکل‌گیری و تحول اضطراب اجتماعی یاد می کنند، اما مدل‌های شناختی رفتاری از اختلال اضطراب اجتماعی نشان می دهد که اختلال و صدمه در فرایند پردازش اطلاعات اجتماعی تأثیر قابل توجهی در حفظ و نگهداری اختلال اضطرابی دارد (همیبرگ<sup>۲</sup>، بروزیچ و رپی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴).

امروزه پژوهشگران توانسته‌اند سوگیری‌های شناختی مختلفی را در افراد مضطرب شناسایی کنند. یکی از این سوگیری‌ها، سوگیری تفسیر (تعبیر) است. تفسیر نیز مرحله‌ای از پردازش اطلاعات است که طی آن اطلاعات خاصی مورد ارزیابی قرار می گیرد. سوگیری تفسیر<sup>۳</sup> زمانی رخ می دهد که انتخاب‌های پردازشی رقیب وجود دارد این حالت شامل یک ارزیابی مرتبط و یک ارزیابی غیر مرتبط یا تهدید است. بازنمایی بازداری شده و بازنمایی برجسته شده منابع توجه را مورد استفاده قرار می دهند و نتیجه به وسیله ارزیابی تهدید و سازگارهای بالا و پایین تعیین می شود. در مورد افراد مضطرب سوگیری تفسیر و تفسیرهای مرتبط با تهدیدی برجسته بوده و بیشترین منابع پردازشی را مورد استفاده قرار می دهد (باراک<sup>۴</sup>، انسس و فوکس<sup>۴</sup>، ۲۰۱۲). چون آنان در رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی تازه، تمایل دارند آن‌ها رو به شیوه تهدیدآمیز تعبیر کنند زیرا پیش‌داوری‌های منفی دارند و تجربه پیامدهای

- 
1. Fujii & et al
  2. Heimberg, Brozovich & Rapee
  3. interpretation bias
  4. Burack, Enns & Fox

منفی گوناگون مانند افزایش اضطراب و علائم فیزیکی را در موقعیت‌های اجتماعی داشته‌اند. افزون بر این افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به‌طور انتخابی جنبه‌های منفی مربوط به خود را در موقعیت‌های اجتماعی را به خاطر می‌آورند (هرتل، بروزویچ، جورمن و گوکیب<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). در نتیجه افراد با اختلال‌های اضطرابی احتمال و پیامد رخداد رویدادهای منفی را بالاتر از افراد بهنجار برآورد می‌کنند (ویلسون و ری، ۲۰۰۵؛ استویا و کلارک، ۲۰۰۰؛ ونکن، بوگلس و دیورایز<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳ و فوا، فرانکلین، پری و هربرت<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶).

بر اساس نظریه‌های شناختی، سوگیری‌ها با شناخت‌های ناکارآمد مختلفی همراه هستند که به‌نوبه خود پاسخ‌های رفتاری و هیجانی بد کارکرد را فعال می‌کنند. به خاطر تقویت میان شناخت، هیجان و رفتار، یک ماریچ رو به پایین آسیب‌شناسی روانی در افراد آسیب‌پذیر فعال می‌شود که منجر به نشانه‌های اختلال می‌گردد (وود و بکر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴). نتایج پژوهش خانجانی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد که سوگیری تعبیر مربوط به خود و سوگیری تعبیر مربوط به دیگران در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، نسبت به افراد عادی متفاوت است بدین صورت که سوگیری تعبیر (مربوط به خود و دیگران) در افراد دارای اضطراب اجتماعی نسبت به عادی شدیدتر است.

بارهایم و همکاران<sup>۶</sup> (۲۰۰۷) سوگیری شناختی<sup>۷</sup> را این‌گونه تعریف کرده‌اند، گرایش ترجیحی به پردازش اطلاعات تهدیدکننده یا منفی. در واقع سوگیری تعبیر به‌عنوان گرایش به تعبیر و تفسیر موقعیت‌های مبهم به شیوه‌ای کاملاً منفی و تهدیدآمیز، تعریف شده است که دارای دو مولفه خودارزیابی منفی (سوگیری تعبیر مربوط به خود) و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران (سوگیری تعبیر مربوط دیگران) است (لیواریت، ون در هایدن و گراتز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۳). سوگیری تعبیر مربوط به خود عبارت است از تعبیر برداشت فرد از رویدادها و

- 
1. Hertel, P. Brozovich, Joormann & Gotkib
  2. Wilson & Rapee
  3. Voncken, Bogels & de Vries
  4. Foa, Franklin, Perry & Herbert
  5. Woud, & Becker
  6. Bar-Haim & et al
  7. cognitive bias
  8. Lievaart, van der Heiden & Geraerts

سناریوهایی که فرض می‌شود شخص خودش در آن‌ها درگیر باشد و سوگیری تعبیر مربوط به دیگران، عبارت است از تفسیر و تعبیر فرد از رویدادهایی که فرض می‌شود شخص دیگری در آن‌ها درگیر است (امیر، فوا و کلز، ۱۹۹۸).

مطالعات جورج و استوپا (۲۰۰۷) در مورد افراد با اختلال‌های اضطرابی به ویژه اضطراب اجتماعی، وسواس بی‌اختیاری و اضطراب تعمیم‌یافته نشان داد که این گروه از بیماران، سوگیری‌های منفی در مورد قضاوت‌های مرتبط با خود را به نمایش می‌گذارند و از منظر مشاهده‌گر بیرونی، تصویر منفی از خود دارند. در واقع ذهن افراد مضطرب مملو از قضاوت‌ها و ارزیابی‌هایی درباره دیگران در باره آن‌هاست. از آنجایی که قضاوت‌ها و ارزیابی‌ها اغلب به صورت غیر کلامی بیان می‌شود بنابراین شایستگی، تأیید یا عدم تأیید دیگران بر مبنای بخشی از رفتار مبهم مردم تعیین می‌شود. تفسیر منفی از رفتار اجتماعی دیگران نقش مهمی در حفظ اضطراب اجتماعی بازی می‌کند. گرایش به تفسیر گنگ، مبهم و خنثی از محرک‌های اجتماعی به روش ناسازگار نشان‌دهنده صدمه غیرقابل جبران در فرایند پردازش اطلاعات در افراد مضطرب اجتماعی می‌شود (موریسون و همبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳)؛ بنابراین سوگیری تفسیر باعث افزایش ادراک خطر در موقعیت‌های اجتماعی می‌شود و می‌تواند به طور مستقیم در ایجاد اضطراب نقش داشته باشد، تفسیر رویدادهای اجتماعی به صورت منفی ممکن است خودکارآمدی ادراک‌شده بیمار را تضعیف کند و احتمال پیامدهای ناخوشایند در تعاملات اجتماعی در آینده را افزایش دهد که این خود باعث افزایش احتمال اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی در آینده می‌شود (خلیلی و صالحی فدردی، ۱۳۹۲).

درمان‌های متعددی برای اختلال اضطراب اجتماعی از جمله درمان دارویی، گروه درمانگری رفتاری، گروه درمانگری شناختی، ذهن آگاهی و غیره وجود دارد. با وجود این صرف‌نظر از فردی یا گروهی بودن درمان، یکی از مؤثرترین الگوهای درمانگری اختلال‌های اضطرابی، درمانگری شناختی - رفتاری است<sup>۳</sup> (هافمن، اسنانی، ونک، سویر و

- 
1. Amir, Foa & Coles
  2. Morrison & Heimberg
  3. cognitive – behavioral therapy

فنگک، ۲۰۱۲). لازم به ذکر است اگرچه تأثیر گروه درمانگری شناختی رفتاری بر روی اختلال اضطراب اجتماعی و دیگر اختلالات در کشورمان مورد بررسی قرار گرفته اما تاکنون به تأثیر این مداخله بر ارزیابی شناختی منفی (خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی، توسط دیگران) و حفظ اثربخشی آن در بلندمدت پرداخته نشده؛ بنابراین از آنجا که پیامدهای فردی، اجتماعی و روانی ناشنویی و اختلال اضطراب اجتماعی به حدی است که کارکرد فردی و اجتماعی تعداد زیادی از مبتلایان را مختل می‌کند و با توجه به مزمن و مداوم بودن و میزان شیوع بالای اضطراب اجتماعی به‌ویژه در ایران، لذا درمان این اختلال روزنه امیدبخشی به آینده فردی، اجتماعی و روانی قشر زیادی از سخت‌شنوایان و ناشنوایان است. در این راستا هدف اصلی پژوهش حاضر «بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری به شیوه گروهی بر اضطراب اجتماعی و ارزیابی شناختی منفی در دختران سخت‌شنوا» است.

### روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها جزء پژوهش‌های نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر و پیگیری بعد از یک ماه است که متغیر مستقل در آن درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی بر مبنای راهنمای درمان همیبرگ و بکر<sup>۲</sup> (۲۰۰۲) و متغیر وابسته آن اضطراب اجتماعی و ارزیابی شناختی منفی (خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی توسط دیگران) است.

جامعه آماری پژوهش، شامل تمام دختران ۱۸-۲۹ ساله که در سال ۹۶-۹۵ در کانون ناشنوایان مشهد مشغول فعالیت بودند. روش نمونه‌گیری از نوع در دسترس بوده، لذا بدین منظور بعد از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی، ۱۶ نفر از کسانی که مایل به شرکت در طرح مذکور بودند و بالاترین نمرات را در پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی کانور (SPIN) و پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی (CNSEQ) دریافت کرده بودند و همچنین معیارهای شمول ورود به طرح را از جمله: قرار گرفتن در محدوده سنی ۱۸ - ۲۹

1. Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang

2. Heimberg & Becker

سال، داشتن حداقل ۶ کلاس سواد، کم شنوایی و استفاده از سمعک را دارا بودند با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه (۸ نفر) گروه آزمایش و (۸ نفر) گروه کنترل جای داده شدند. لازم به ذکر است که در ابتدا نمونه های دو گروه آزمایش و کنترل جمعاً ۲۴ نفر بودند ولی با توجه به اینکه تا مرحله پس آزمون تعدادی از آزمودنی ها از هر دو گروه ریزش داشتند و نیز ملاک های خروج از طرح را از جمله: غیبت بیش از ۲ جلسه، مصرف هم زمان داروهای روان پزشکی را دارا بودند در انتها در هر گروه ۸ نفر با پژوهشگر همکاری کردند.

ابزارهای پژوهش حاضر از قرار زیر است:

پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (SPIN): میزان اضطراب اجتماعی از طریق پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPIN)، یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده ای است که سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) را می سنجد. پاسخ های آزمودنی ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (۰ = به هیچ وجه، ۱ = کم، ۲ = تا اندازه ای، ۳ = زیاد و ۴ = خیلی زیاد) نمره گذاری می شود (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). این پرسشنامه از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش باز آزمایی در گروه هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر با ۰/۸۷ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین برای مقیاس های فرعی ترس ۰/۸۹ اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش شده است (سلاجقه و بخشانی، ۱۳۹۳). حسنونند عموزاده، باقری و شریفی (۲۰۱۰) در نمونه غیر بالینی در ایران اعتبار و پایایی این مقیاس را بررسی نموده اند، ضریب آلفای پرسشنامه در نیمه اول آزمون برابر ۰/۸۲ و برای نیمه دوم آزمون برابر ۰/۷۶ گزارش شده است، همبستگی دو نیمه آزمون برابر آزمون ۰/۸۴ و شاخص اسپیرمن-براون برابر ۰/۹۱ گزارش شده است و آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی ها در خرده مقیاس های اضطراب اجتماعی برای اجتناب ۰/۷۵، برای ترس ۰/۷۴ و برای ناراحتی فیزیولوژیک برابر ۰/۷۵ بوده است. اعتبار هم گرا برای کل



مقیاس و خرده مقیاس‌های آن در افراد مبتلا به هراس اجتماعی نشان‌دهنده اعتبار مناسب این آزمون است.

پرسشنامه پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی (CNSEQ): این مقیاس را ویلسون و ریپی (۲۰۰۵) برای تفسیر پیامد منفی رخداد‌های اجتماعی طراحی کرده‌اند؛ که در آن چهار زیرمقیاس خودارزیابی منفی، ادراک ارزیابی منفی از خود توسط دیگران، پیامدهای منفی کوتاه‌مدت و پیامدهای منفی بلندمدت رویدادهای اجتماعی گنجانیده شده است و آزمودنی‌ها میزان اعتقاد خود را به هر یک از تفسیرها، بر پایه یک مقیاس ۹ درجه‌ای (۰=اصلاً معتقد نیستم تا ۸=بی‌نهایت معتقدم) درجه‌بندی می‌کنند. ویلسون و ریپی میزان ثبات درونی را برای زیرمقیاس‌های خودارزیابی منفی، ادراک ارزیابی منفی از خود توسط دیگران و پیامدهای منفی بلندمدت رویدادهای اجتماعی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۰ و ۰/۶۳ گزارش کرده‌اند. روایی و پایایی این پرسشنامه در نمونه ایرانی به روش تحلیل عاملی و ضریب آلفای کرونباخ به دست آمده است (استوار، ۱۳۸۶). در پژوهش یادشده در ایران تنها دو زیرمقیاس ادراک ارزیابی منفی خود توسط دیگران و خودارزیابی منفی به کار برده شده. روایی و پایایی زیرمقیاس‌های خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی منفی از دیگران به کمک آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ گزارش شده و مقدار ضریب KMO برابر با ۰/۹۰ بود. (استوار، ۱۳۸۶).

پس از آنکه آزمودنی‌ها در دو گروه جایگزین شدند گروه آزمایش به مدت ۲ ماه در جلسات گروه‌درمانی شناختی- رفتاری همپیرگ و بکر (۲۰۰۲) طی ۸ جلسه، هر هفته یک نشست و هر نشست، ۲/۵ ساعت، توسط پژوهشگر در کانون ناشنویان شرکت داده شدند و گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. در این راستا برای رعایت نکات اخلاقی به افراد گروه کنترل گفته شده بود که باید برای مدتی (نزدیک به سه ماه) برای شرکت در جلسات درمان منتظر بمانند. پس از اتمام دوره درمان (۲ ماه) در هر دو گروه، دوباره پرسشنامه‌ها به‌عنوان پس‌آزمون و یک ماه بعد، مجدداً پیگیری اجرا شد و نتایج به‌دست آمده با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نکته قابل ذکر در مداخله پژوهش حاضر این است، در پروتکل گروه درمانگری شناختی رفتاری (بایلینگ، مک کب و آنتونی، ترجمه: خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹) یک جلسه آموزش مهارت‌های اجتماعی به درمان‌همیبرگ و بکر افزوده شده و همچنین تعداد جلسات پروتکل ۱۲ جلسه بوده با این تفاوت که تعداد جلسات در این پژوهش به ۸ جلسه کاهش یافت. در ساختار جلسات، اصول اساسی گروه‌درمانی رعایت شده و در هر جلسه تکالیف داده‌شده مورد بررسی قرار می‌گرفت و با مروری بر جلسه قبل و ارائه تکلیف منزل و گرفتن بازخورد به پایان می‌رسید.

خلاصه پروتکل ۸ جلسه گروه درمانگری شناختی - رفتاری همیبرگ و بکر (۲۰۰۲) به شرح ذیل است:

جدول ۱. پروتکل گروه درمانگری شناختی-رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی با اقتباس از کتاب گروه درمانگری شناختی رفتاری (بایلینگ، مک کب و آنتونی، ترجمه: خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹)

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	آشنای با قوانین گروه، کمک به درک مشکلات اعضا و توضیح در مورد شیوه و روش درمان	آشنایی و معرفی اعضا، بررسی اهداف و انتظارات آزمودنی‌ها از درمان، توضیح درباره قواعد و هنجارهای گروه، توضیح در مورد منطق درمان، مؤلفه‌های اضطراب، مدل و ماهیت اختلال اضطراب اجتماعی، جمع‌بندی و خلاصه جلسه	مطالعه کتاب خودیاری نترس (راهنمای غلبه بر اضطراب) به‌عنوان تکلیف منزل
جلسه دوم	دسته‌بندی و شناسایی تحریف‌های شناختی و ارزیابی میزان اعتقاد به آن	مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، آموزش و بررسی مدل شناختی فکر، حس و رفتار ABC ارائه چند نمونه آن در جلسه، ارائه توضیحاتی در باب ویژگی‌های افکار خود آیند منفی، معرفی و شناسایی خطاهای شناختی به	برگه تکمیل برگه ثبت افکار و بازبینی تحریف‌های شناختی به‌عنوان تکلیف منزل

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
		همراه درجه اعتقاد به آن، خلاصه و جمع‌بندی جلسه	
جلسه سوم	آشنایی و آموزش راهبردهای شناختی و به کار بردن آن (جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت)	مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف و موانع آن، مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف‌های شناختی (آموزش تکنیک بررسی شواهد) و کار در جلسه،	ارائه تمرین بررسی شواهد با استفاده از برگه ثبت افکار به‌عنوان تکلیف منزل
جلسه چهارم	آشنایی و آموزش راهبردهای شناختی و به کار بردن آن (جایگزینی افکار منفی با افکار مثبت)	مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، آموزش روان‌شناختی: مرور و بررسی راهبردهایی برای مبارزه با تحریف‌های شناختی (تکنیک سود و زیان) و تمرین آن در جلسه، خلاصه و جمع‌بندی جلسه	ارائه تمرین بررسی سود و زیان با استفاده از برگه ثبت افکار به‌عنوان تکلیف منزل
جلسه پنجم	آموزش مهارت‌های اجتماعی	مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، شناسایی موقعیت‌های پرانگیزاننده، آموزش واحد ناراحتی ذهنی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و ایفای نقش، خلاصه جلسه	تهیه سلسله‌مراتبی از موقعیت‌هایی که اضطراب ایجاد می‌کند به همراه درصد ایجاد احساس به‌عنوان تکلیف منزل
جلسه ششم	آموزش مواجهه تصویری و ایفای نقش	مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، آموزش تصویرسازی ذهنی، مواجهه تصویری و واقعی، جرأت ورزی، ایفای نقش، خلاصه جلسه و تمرین مرور ذهنی مهارت‌های اجتماعی	تمرین مرور ذهنی مهارت‌های اجتماعی و تکمیل برگه‌های ثبت افکار به‌عنوان تکلیف منزل.

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
جلسه هفتم	آموزش مواجهه واقعی	مروری بر جلسه قبل، بررسی تکالیف، ایفای نقش و تمرین مواجهه واقعی و تکمیل برگه‌های ثبت افکار (حضور در جمع و سخنرانی)، به‌عنوان تکلیف منزل خلاصه جلسه	
جلسه هشتم	آموزش راهبردهایی برای پیش‌گیری از بازگشت	مروری بر تمام جلسات، بررسی تکالیف، مواجهه واقعی بحث و بررسی در مورد عوامل مؤثر و راه‌انداز بازگشت و عود بیماری، بررسی راهبردهایی برای پیش‌گیری از بازگشت و عود بیماری، خلاصه جلسه	تمرین و به‌کار بردن راهبردهای پیش‌گیری از بازگشت و عود بیماری به‌عنوان تکلیف منزل

### یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۶ نفر بودند که در دامنه سنی ۱۸-۲۹ سال و حداقل ۶ کلاس سواد داشتند. میانگین و انحراف سنی گروه کنترل  $23.62 \pm 3.96$  و گروه آزمایش  $24.62 \pm 4.03$  بود. در جدول ۲ متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه آزمایش و گواه به‌صورت میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر ارائه شده.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی هر سه متغیر در دو گروه آزمایش در سه مرحله ( $\Delta\pi=$ ) و کنترل ( $\Delta\pi=$ )

متغیرها	گروه	مداخله	میانگین	انحراف معیار	حداقل	حداکثر
اضطراب	آزمایش	پیش‌آزمون	۴۱/۳۷	۱۱/۲۱	۲۴	۵۶
		پس‌آزمون	۳۲/۳۷	۸/۸۱	۲۰	۴۵
		پیگیری	۳۲/۷۵	۸/۸۲	۲۱	۴۶
اجتماعی	کنترل	پیش‌آزمون	۳۹/۱۲	۱۰/۰۴	۲۷	۵۵
		پس‌آزمون	۳۹/۵۰	۱۰/۹۹	۲۷	۵۶
		پیگیری	۳۷/۷۵	۱۰/۴۴	۲۴	۵۳

۱۱۰	۶۶	۱۵/۳۶	۸۸/۸۷	پیش‌آزمون		
۹۱	۴۹	۱۵/۶۵	۷۰/۷۵	پس‌آزمون	آزمایش	
۹۴	۴۷	۱۶/۶۷	۷۵/۲۵	پیگیری		خودارزیابی
۱۰۵	۵۶	۱۸/۲۹	۷۹/۸۷	پیش‌آزمون		منفی
۱۰۷	۵۸۴	۲۰/۰۹	۸۰	پس‌آزمون	کنترل	
۱۰۹	۵۶	۱۹/۶۰	۸۶/۳۷	پیگیری		
۹۶	۴۸	۱۹/۷۳	۷۵/۲۵	پیش‌آزمون		
۸۰	۳۹	۱۶/۴۳	۵۸/۶۲	پس‌آزمون	آزمایش	
۸۹	۴۰	۱۸/۰۲	۶۵/۲۵	پیگیری		ادراک ارزیابی
۹۹	۴۶	۱۶/۷۱	۶۷/۱۲	پیش‌آزمون		توسط دیگران
۱۰۰	۴۴	۱۸/۱۶	۶۸/۱۲	پس‌آزمون	کنترل	
۱۰۳	۴۸	۱۶/۶۵	۶۶/۷۵	پیگیری		

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش در هر سه متغیر تفاوت فروانی با پیش‌آزمون آن‌ها دارد که این خود حاکی از تأثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر متغیرهاست.

برای تحلیل آماری داده‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش، تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) محاسبه گردید؛ اما قبل استفاده از آزمون‌های پارامتریک، مثل تحلیل کوواریانس رعایت سه پیش‌فرض ضروری است. اولین پیش‌فرض، پیش‌فرض نرمال بودن متغیرها بود. نتایج فرض نرمال بودن برای هر یک از هر دو گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، مقدار  $P$ -value به دست آمده بزرگ‌تر از  $۰/۰۵$  است. بنابراین فرض نرمال بودن متغیرها در گروه‌ها و مراحل مذکور تأیید شده است. دومین پیش‌فرض، فرضیه همگنی واریانس‌ها در دو گروه کنترل و آزمایش در سه متغیر مذکور است. لذا جهت بررسی این پیش‌فرض با توجه به اینکه مقادیر آماره آزمون لوین گزارش شده و  $P$ -value متناظر با آن از سطح معنی‌داری  $۰/۰۵$  بزرگ‌تر است، در نتیجه مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تأیید گردید.

سومین مفروضه، پیش‌فرض هم‌خطی شیب رگرسیون است که در جدول شماره ۳ برای هر سه متغیر ارائه گردیده.

جدول ۳. مربوط به آزمون پیش فرض هم خطی شیب رگرسیون

منحصر	منبع تغییرات	F	سطح معناداری
اضطراب اجتماعی		۹/۲۵	۰/۵۷
خودارزیابی منفی	تعامل گروه * پیش آزمون	۷/۹۷	۰/۳۴
ادراک ارزیابی توسط دیگران		۸/۶۹	۰/۶۱

چنانکه در جدول فوق مشاهده می شود، سطح معناداری حاصل از بررسی پیش فرض هم خطی شیب رگرسیون برای هر سه متغیر اضطراب اجتماعی، خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی توسط دیگران از سطح معناداری آلفای ۰/۰۵ بسیار بزرگ تر است. لذا می توان نتیجه گرفت که این پیش فرض نیز تأیید شده است. بعد از تأیید گردیدن هر سه پیش فرض، تحلیل کوواریانس چند متغیره برای آزمون فرضیه اصلی محاسبه شد که در جدول ۴ نتایج مشاهده می شود.

جدول ۴. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره برای اثرات بین گروهی و تعامل

اثر	ارزش F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۵۲	۳	۱۱	۰/۰۰۰		
لانداى ويلكز	۰/۰۴۸	۳	۱۱	۰/۰۰۰	۰/۴۸	۱
هتلینگ	۱۹/۹۱	۳	۱۱	۰/۰۰۰		
پیشه روی	۱۹/۹۱	۳	۱۱	۰/۰۰۰		

در جدول ۴ مشخص شده است، با کنترل پیش آزمون، سطوح معناداری همه آزمون ها، بیان گر آن هستند که بین گروه های آزمایش و کنترل حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب اجتماعی، خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی توسط دیگران) تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=۷۳/۰۱۴$  و  $p<۰.۰۱$ ). همچنین ۴۸ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون اضطراب اجتماعی، خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی توسط دیگران دختران سخت شنوا مربوط به تأثیر گروه درمانی شناختی- رفتاری است. توان آماری نیز برابر با ۱ است، به این معنا که امکان خطای نوع دوم وجود نداشته است. برای پی بردن به این نکته که

ازلحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد، تحلیل کوواریانس یک‌راهه در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول زیر ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه بر روی میانگین نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون

و پیگیری اضطراب اجتماعی

تفاوت مراحل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۳۳۱/۰۰۸	۱	۳۳۱/۰۰۸	۴۳/۶۱	۰.۰۰۰	۰/۴۳۳
پیش‌آزمون- پیگیری	۱۸۹/۴۱	۱	۱۸۹/۴۱	۱۶/۷۷	۰.۰۰۰	۰/۴۲۹

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود، سطوح معناداری به دست آمده برای هر دو بررسی ( $P=۰/۰۰۰$ ) از سطح معناداری آلفا ۰/۰۱ بسیار کوچک‌تر است. لذا گروه درمانی شناختی- رفتاری با توجه به میانگین نمرات اضطراب اجتماعی در اعضای گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش میزان اضطراب اجتماعی اعضای گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و دوام این کاهش میانگین در مرحله پیگیری شده است. میزان تأثیر این مداخله نیز در مرحله پس‌آزمون برابر با ۰/۴۳ و در مرحله پیگیری برابر با ۰/۴۲ است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه بر روی میانگین نمره پیش‌آزمون، پس‌آزمون

و پیگیری خودارزیابی منفی

تفاوت مراحل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۲۸۷/۰۶	۱	۱۲۸۷/۰۶	۹۱/۰۲	۰.۰۰۰	۰/۴۸
پیش‌آزمون- پیگیری	۱۱۶۴/۳۶	۱	۱۱۶۴/۳۶	۲۰۱/۱۷	۰.۰۰۰	۰/۴۶

نتایج حاصل از جدول شماره شش نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون، بین اعضای گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ میزان خودارزیابی منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p<۰/۰۱$ ). به عبارت دیگر، گروه درمانی شناختی- رفتاری با توجه به میانگین نمرات خودارزیابی منفی اعضای گروه آزمایش نسبت به میانگین نمرات گروه کنترل، موجب کاهش میزان خودارزیابی منفی اعضای گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و دوام این

کاهش میانگین در مرحله پیگیری شده است. میزان تأثیر این مداخله نیز در مرحله پس آزمون برابر با ۰/۴۸ و در مرحله پیگیری ۰/۴۶ است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه بر روی میانگین نمره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ادراک ارزیابی توسط دیگران

تفاوت مراحل	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
پیش آزمون- پس آزمون	۱۰۸۴/۷۳	۱	۱۰۸۴/۷۳	۴۳/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۵۱
پیش آزمون- پیگیری	۲۹۸/۴۰	۱	۲۹۸/۴۰	۱۰/۸۸	۰/۰۰۶	۰/۴۴

جدول فوق نشان می دهد، با کنترل پیش آزمون، بین اعضای گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ میزان ادراک ارزیابی توسط دیگران تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < 0/01$ ). به عبارت دیگر، گروه درمانی شناختی- رفتاری با توجه به میانگین نمرات ادراک ارزیابی توسط دیگران اعضای گروه آزمایش نسبت به میانگین نمرات گروه کنترل، موجب کاهش میزان این ادراک در اعضای گروه آزمایش در مرحله پس آزمون شده است. این مقدار کاهش میانگین در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون، اگرچه معنادار است اما نسبت به مرحله پس آزمون افزایش یافته و در طول زمان دوام باثباتی نداشته است. میزان تأثیر این مداخله نیز برای مرحله پس آزمون برابر با ۰/۵۱ و برای مرحله پیگیری برابر با ۰/۴۴ است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی «اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری به شیوه گروهی بر اضطراب اجتماعی و ارزیابی شناختی منفی در دختران سخت شنوا» بود. این بررسی نشان داد که مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی و ارزیابی شناختی منفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل مؤثر بوده. این یافته در گام نخست، در تأیید کارایی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در کاهش اضطراب اجتماعی همسو با پژوهش های



شاره، روئین فرد و حقی (۱۳۹۳)، ملیانی و همکاران (۱۳۸۸)، تاسچین - کافیر، کال و بندر<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، مک یوی، ماهونی، پرینی و کینگسپ<sup>۲</sup> (۲۰۰۹)، اسپلیسمن و گیلیس<sup>۳</sup> (۲۰۱۱) و اتو، رسوو، تایواری، کندل و اسپهر<sup>۴</sup> (۲۰۰۸) است.

مسلم است هنگامی که درمانی هر دو بعد رفتار و شناخت را آماج و هدف خود قرار می‌دهد موفق‌تر از درمانی عمل خواهد کرد که تنها بر روی یک بعد بیمار اعمال می‌شود. تبیین احتمالی در مورد مؤثر بودن این مداخله بر اضطراب اجتماعی در پژوهش حاضر شاید این باشد که افراد و مراجعین دارای اضطراب اجتماعی، با اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی میزان اضطراب اجتماعی خود را کاهش داده و از بروز علائم اضطراب اجتماعی اجتناب کرده و آن را پیامد اجتناب از خود از حضور در این موقعیت‌ها فرض می‌کنند. در نتیجه اضطراب اجتماعی فرد پایدار گشته و چرخه معیوب ترس تداوم می‌یابد. این طور به نظر می‌رسد که لازمه شرکت در موقعیت‌های اجتماعی و عدم اجتناب از آن‌ها، داشتن مهارت‌های کافی در برخورد مناسب با این گونه موقعیت‌ها و شناخت صحیح از موقعیت و عدم تحریف باورها باشد (وکیلان، قنبرآبادی و طباطبائی، ۱۳۸۸). در واقع اختلال اضطراب اجتماعی ناشی از باورهای ناکارآمد افراد در مورد خطرات احتمالی موقعیت‌های اجتماعی، پیش‌بینی منفی پیامدهای موقعیت و پردازش سوگیرانه نشانه‌های مبهم اجتماعی است. در روی آوردهای شناختی رفتاری ضمن به چالش کشیدن این باورهای ناکارآمد، اجتناب‌های رفتاری بیماران نیز اصلاح می‌شود (همیبرگ، ۲۰۰۲ به نقل از عریضی، دانشمندی و عابدی، ۱۳۹۴).

مطالعات متعدد حاکی از آن است که افراد مضطرب اجتماعی پیامد رویدادهای اجتماعی را به صورت منفی و تهدیدآمیز ارزیابی می‌کنند از این رو در دهه‌های اخیر پژوهشگران از عوامل شناختی به عنوان عوامل زمینه‌ساز و تداوم‌بخش اضطراب اجتماعی یاد می‌کنند و

- 
1. Tuschen-Caffier, Kühl & Bender
  2. Mcevoy, Mahoney, Perini & Kingsep
  3. Schleismann & Gillis
  4. Ito, Roso, Tiwari, Kendall & Asbahr

معتقدند علت ابتلا به این اختلال، سوگیری در پردازش اطلاعات در مواجهه<sup>۱</sup> با افراد و موقعیت‌های اجتماعی است که باعث تحریف واقعیت‌های اجتماعی به گونه‌ای مبهم و تهدیدآمیز می‌شود. به نظر می‌رسد افراد سخت‌شنوا، به دلیل ضعف شنوایی در مقایسه با افراد سالم بیشتر احتمال این می‌رود به انزوای اجتماعی، نقص در مهارت‌های اجتماعی و اختلال اضطراب اجتماعی دچار گردند. آنان علاوه بر عوارض فیزیکی، تغییرات روانی و اجتماعی را نیز متحمل می‌شوند که مستلزم تطابق و سازگاری و خودکنارآمدی سازنده است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد مداخله شناختی رفتاری به شیوه گروهی در کاهش اضطراب اجتماعی و خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی توسط دیگران اثربخش بوده است؛ زیرا این رویکرد در این راستا به عوامل شناختی، رفتاری و هیجانی به‌طور هم‌زمان توجه می‌کند و از جمله مداخلاتی است که به افراد کمک می‌کند تا خود را در معرض موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌آور زندگی واقعی قرار دهند و تکرار این فرایند با بازسازی شناختی افکار ناکارآمد آن‌ها همراه است. از این‌رو هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد، اصلاح رفتارهای ناسازگار و بهبود عملکرد افراد است.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاکی از آن است که آزمودنی‌های گروه آزمایشی توانسته‌اند علاوه بر حفظ پیامدهای درمانی حاصل از جلسات گروهی، بعد از پیگیری یک ماهه پس از درمان همچنان کارایی خود را حفظ نمایند. این یافته همخوان با بررسی‌هایی است که نشان داده‌اند با گذشت زمان درمان شناختی رفتاری کارایی خود را حفظ و حتی بهبود می‌بخشد (بیدل، ترنر و یونگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۶؛ عطری فرد، شعیری، رسول‌زاده طباطبایی، بزرگی، فلاح و بانوپور، ۱۳۹۰؛ فدروف و تایلر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱ و کلارک و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین رحمانیان، میرزائیان و رمضان‌زاده (۱۳۹۰) دریافتند درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اختلال اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز مؤثر بوده و با ۹۵٪ اطمینان شرکت‌کنندگان توانستند پیامدهای درمان را تا یک ماه پیگیری حفظ کنند. در پژوهشی دیگر حیدریان فرد،

- 
1. exposure
  2. Beidel, Turner & young
  3. Fedoroff & Taylor

بخشی پور و فرامرزی (۱۳۹۴) به این نتیجه رسیدند، درمان شناختی - رفتاری گروهی در کاهش اضطراب اجتماعی، نشخوار فکری و افزایش خودکارآمدی دانشجویان دختر با اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است و تغییرات ایجاد شده در پیگیری دوماهه تقریباً پایدار باقی ماند. در نهایت یافته‌های این پژوهش مهر تأییدی بر پژوهش‌های گذشته در زمینه حفظ اثربخشی درمان و کارایی آن در بلندمدت است. در توضیح این یافته می‌توان گفت فرایندهای پس از وقوع همچون فرایندهای شناختی در اضطراب اجتماعی در حین مواجهه واقعی را بیان نمود که لاپوسا و ریکتور<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) آن را علت حفظ درمان شناختی رفتاری گروهی در اضطراب اجتماعی می‌دانند.

به‌علاوه نتایج پژوهش نشان داد، درمان شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش ارزیابی شناختی منفی (خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی توسط دیگران) دختران کم‌شنا می‌شود. بدین معنا که تفاوت معناداری (با کنترل عامل پیش‌آزمون) بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نمرات خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی، توسط دیگران وجود دارد. تاکنون مطالعات متعددی شواهدی بر مبنای ارتباط اضطراب اجتماعی و سوگیری تعبیر فراهم نمودند زیرا در زندگی روزمره، بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی مبهم هستند و افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی گرایش دارند تا رویدادهای اجتماعی مبهم را به گونه‌ای منفی و تهدیدآمیز تعبیر کنند. با این وجود پژوهش‌های اندکی به اثربخشی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی، بر مؤلفه‌های سوگیری تعبیر (خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی توسط دیگران) انجام شده، از جمله پژوهش‌های صورت گرفته می‌توان به مطالعات (ویلسون و ریپی، ۲۰۰۵؛ فرانکلین و همکاران، ۲۰۰۵) اشاره نمود آنان مشاهده کردند درمان شناختی رفتاری در کاهش سوگیری تعبیر منفی، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است. این نتیجه پژوهش با مطالعه دشت آبادی (۱۳۹۴) همخوان است که نشان داد، درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش نمرات سوگیری‌های تفسیر در دانش‌آموزان مضطرب اجتماعی در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. وی دریافت، درمان شناختی رفتاری گروهی بر

ابعاد سوگیری‌های شناختی (خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران) دانش آموزان مضطرب اجتماعی تأثیر معنی داری دارد.

از دیگر سو تا حدی همسو با پژوهش داداش زاده، یزدان دوست، غرابی و اصغر نژاد فرید، (۱۳۹۱) است که به این نتیجه رسیدند، درمان شناختی رفتاری گروهی از میزان سوگیری تعبیر منفی در بیماران اضطراب اجتماعی می‌کاهد. با توجه به اینکه افراد مضطرب اجتماعی، موقعیت‌های مبهم اجتماعی را به‌عنوان تهدید تفسیر می‌کنند چراکه دارای پیش‌فرض‌های ناکارآمدی در مورد پذیرش و ارزش خود و همچنین ماهیت و عواقب ناشی از عملکرد اجتماعی خود هستند. لذا فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی که با این انتظارات به یک موقعیت اجتماعی وارد می‌شود ممکن است به‌صورت انتخابی فقط جنبه‌های منفی واکنش دیگران را مورد توجه قرار دهد و از بازخوردهای جنبه‌های مثبت موقعیت عاقل بماند که به‌نوبه خود موجب تشدید اضطراب فرد می‌شود. همچنین باید به این نکته اشاره کرد که این تحریف‌های شناختی به‌طور غیرمستقیم بر بازداری رفتاری در اضطراب اجتماعی تأثیر می‌گذارند و به‌نوعی منجر به تداوم اضطراب در فرد می‌شود (کیمبرل، نلسون - گری و میشایل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴). از این رو در افراد مضطرب اجتماعی، ویژگی مشترکی که در تمام زمینه‌های ارتباط اجتماعی رخ می‌دهد، ارزیابی منفی سوگیرانه است، بر اساس این دیدگاه، این افراد وقتی رفتارهای خود را ارزیابی می‌کنند، دست آوردهای خود را به‌رغم اینکه این دستاورد از کارایی بسیار خوبی برخوردار هستند و پاسخ مثبت در رابطه با آن از دیگران در روابط اجتماعی دریافت کرده‌اند، نادیده می‌گیرند. مفهوم ادراک منفی از خویش، عاملی است که به تداوم این اختلال کمک می‌کند. پژوهش‌های عملی نشان می‌دهد که درمان مؤثر این اختلال به بهبود دیدگاه‌های منفی نسبت به خویش، منجر می‌شود (هافمن و همکاران، ۲۰۰۴، به نقل از سیموس و هافمن، ۲۰۱۳، ترجمه اکرم خمسه، ۱۳۹۴).

موتابی و فتی (۱۳۹۴) عنوان می‌کنند مأموریت اصلی درمان شناختی رفتاری، کمک به فرد برای اصلاح نظام پردازش اطلاعات خویش است. درمانگر سعی می‌کند که بیمار را با

اطلاعات جدیدی روبرو کند که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته است این تکنیک‌ها به مراجعان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کند و دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. مراجعان یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی اکثر موقعیت‌های زندگی است و بنابراین یاد می‌گیرند که این ابهام و عدم قطعیت را تحمل کنند و ازلحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند. در نهایت مراجعان این دیدگاه‌های شناختی جدید را به‌عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب‌زا به کار می‌برند (هازلت - استیونس<sup>۱</sup> ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد که در درمان شناختی رفتاری، بازسازی شناختی برای به چالش کشیدن و جایگزین کردن سوگیری‌های منفی در پردازش اطلاعات، خود سنجی‌های منفی از عملکرد اجتماعی و برای کاهش توجه متمرکز بر خود طراحی شده است (گنجی، ۱۳۹۲). در واقع یک مؤلفه عمده در درمان شناختی رفتاری اضطراب اجتماعی، شامل تلاش‌هایی برای تصحیح این سوگیری‌های تعبیری است (هوپ و همیبرگ<sup>۲</sup>، ۱۹۹۳).

از طرفی یافته‌های پژوهش حاضر مؤید این نکته است، گروه درمانگری شناختی رفتاری نه تنها در کاهش خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی توسط دیگران در آزمودنی‌ها مؤثر بوده بلکه توانسته اثربخشی خود را در پیگیری بلندمدت در بهبود خودارزیابی منفی، حفظ کند؛ اما این درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی نتوانست کارایی و اثربخشی بلندمدت خود را بر روی ادراک ارزیابی، توسط دیگران در آزمودنی‌ها حفظ نماید. شاید بتوان گفت؛ احتمالاً واکنش یا عکس‌العمل دیگران باعث افزایش ادراک ارزیابی منفی، توسط دیگران می‌شود و می‌توان عنوان کرد به‌نوعی عامل بیرونی در آن دخیل است؛ زیرا طبق گفته کلارک و ولز<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) سوگیری تعبیر عبارت است از توجه نشان دادن به شیوه‌های ناسازگارانه که دربرگیرنده توجه بیرونی و درونی است. به‌طور کلی، از آنجایی که تا به حال مطالعه‌ای، به حفظ اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش ارزیابی شناختی منفی

- 
1. Hazlett-Stevens
  2. Hope & Heimberg
  3. Clark & wells

(خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی توسط دیگران) در بلندمدت نپرداخته، لذا توصیه می‌شود در آینده جهت استمرار و تعمیم نتایج پژوهش‌هایی در این مورد صورت پذیرد؛ بنابراین به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در کاهش اضطراب اجتماعی و ارزیابی شناختی در بلندمدت مؤثر است.

علی‌رغم تأیید پژوهش‌های مختلف پیرامون کارایی درمان شناختی رفتاری در بهبود اختلالات اضطرابی خصوصاً اضطراب اجتماعی، درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌سازد که تعدادی از افراد در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه خود گفتگو بنشینند، از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی افراد می‌شود بلکه به توسعه روابط آن‌ها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. ضمن اینکه اعضای گروه در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند و پیشنهاد می‌کند و بینش می‌دهند به همین دلیل اغلب بیماران در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده آن‌ها به شاخص‌های می‌رسند که از درمانگر نمی‌گیرند (خالدیان، سهرابی، اصغری گنجی و کرمی باغظیفونی، ۱۳۹۶).

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز روبرو بود که از جمله آن‌ها می‌توان به تعداد کم آزمودنی‌ها، روش نمونه‌گیری در دسترس و عدم امکان مقایسه نتایج در دو جنس اشاره نمود، در نتیجه در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. در پایان جهت ارتقا و افزایش سلامت روان قشر سخت شنوا پیشنهاد می‌شود به اثربخشی و کارایی درمان شناختی رفتاری به شیوه گروهی در بلندمدت، در بهبود سایر اختلالات همبود با اضطراب اجتماعی و مقایسه آن با سایر مداخلات نیز پرداخته شود.

[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه نویسنده اول، مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان رابطه‌ای نداشته است].

## منابع

- استوار، صغری. (۱۳۸۶). تبیین نقش واسطه‌گری توجه تمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط بین هراس اجتماعی و سوگیری شناختی. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز.
- بایلینگ، پیتر جی؛ مک کب، رندی‌ای؛ آنتونی، مارتین ام. (۱۳۸۹). گروه درمانگری شناختی رفتاری. ترجمه: محمد خدایاری و یاسمین عابدینی. تهران: دانشگاه تهران.
- 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 روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲)، ۱۵۱ - ۱۷۳.
- خانجانی، زینب؛ مینا شیری، عبدالحالقی؛ هاشمی نصرت‌آبادی، تورج؛ خسروجردی، محمد؛ موحدی، یزدان. (۱۳۹۱). بررسی پردازش اطلاعات تحریف‌شده مرتبط با خود و دیگری در اختلال فوبیای اجتماعی: سوگیری تعبیر منفی در هراس اجتماعی و افراد عادی. *اندیشه و رفتار*، ۷(۲۵)، ۸۲ - ۹۲.
- خالدیان، محمد؛ سهرابی اسمرود، فرامرز؛ اصغری گنجی، عسگر؛ کرمی باغظیفونی، زهرا. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی دو درمان گروهی شناختی - رفتاری و معنا درمانی گروهی بر کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در سندرم آشیانه خالی. *فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*، ۸(۲۹)، ۱۳۵ - ۱۶۴.
- خلیلی طرقله، صائمه؛ صالحی فدردی، جواد. (۱۳۹۱). رابطه سوگیری تفسیر و اضطراب اجتماعی در دانشجویان. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۶(۲۴)، ۴۹ - ۵۸.
- رحمانیان، زاهده؛ میرزائیان، بهرام؛ حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۹۰). اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز. *دانشور پزشکی*، ۱۸(۹۶)، ۱-۱۱.

داداش زاده، حسین؛ یزداندوست، رخساره؛ غرابی، بنفشه؛ اصغر نژاد فرید، علی اصغر. (۱۳۹۱). اثربخشی درمانگری شناختی رفتاری و مواجهه درمانگری بر میزان سوگیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران*، ۱۸(۱)، ۴۰ - ۵۱.

دشت آبادی، قاسم. (۱۳۹۳). *اثربخشی شیوه درمان شناختی رفتاری بر سوگیری های تفسیر در دانش آموزان مضطرب اجتماعی در دوره اول متوسط شهر یزد*. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۸). *خلاصه روان پزشکی - علوم رفتاری*. ترجمه پور افکاری. تهران: شهر آب.

سلاجقه، صادق؛ بخشانی، نورمحمد. (۱۳۹۳). اثربخشی ترکیب مواجهه درمانی گروهی و آموزش مهارت های مقابله با استرس بر میزان اضطراب اجتماعی دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۱۵(۲)، ۹۶ - ۱۰۴.

سیموس، گریگوری؛ هافمن، استفان جی (۱۳۹۴). *درمان شناختی رفتاری اختلال های اضطرابی کتابی برای متخصصان (چاپ اول)*. ترجمه اکرم خمسه. تهران: ارجمند. شاره، حسین؛ روئین فرد، مهدی؛ حقی، الهام (۱۳۹۳). اثربخشی گروه درمانگری شناختی رفتاری همپیرگ - بکر بر بهبود اضطراب اجتماعی و انعطاف پذیری شناختی دختران نوجوان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سینوار*، ۲۱(۲)، ۲۲۶ - ۲۴۰.

عطری فرد، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ رسول زاده طباطبائی، کاظم؛ جان بزرگی، مسعود؛ آزاد فلاح، پرویز؛ بانوپور، ابوالفضل. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی درمانگری شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی. *فرهنگ مشاوره و روان درمانگری*، ۳(۹)، ۳۳ - ۵۱.



- عریضی، حمیدرضا؛ دانشمندی، سعیده؛ عابدی، احمد. (۱۳۹۴). فرا تحلیل اثربخشی مداخله‌های گروهی در اختلال اضطراب اجتماعی. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۲(۴۶)، ۱۲۱-۱۳۹.
- فروگات، وین. (۱۳۸۷). *نترس (راهنمای غلبه بر اضطراب) چاپ دوم*. ترجمه فیروز بخت. تهران: رسا.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۲). *آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM-5 (جلد ۱)*. تهران: ساوالان.
- موتابی، فرشته؛ فتی، لادن. (۱۳۹۴). *راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری (چاپ چهارم)*. تهران: دانژه.
- ملیانی، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ قانلی، غلامحسین؛ بختیاری، مریم؛ طاولی، آزاده. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی همیبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۱۵(۱)، ۴۲-۴۹.
- وکیلان، سارا؛ قنبرآبادی، بهرام علی؛ طباطبائی، سید محمود. (۱۳۸۷). بررسی تأثیر افزودن آموزش مهارت‌های اجتماعی بر گروه‌درمانی شناختی رفتاری در درمان هراس اجتماعی دانشجویان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۰(۲)، ۷۸-۹۷.
- Alkozei, A., Cooper. P. J., & Creswell, C. (2014). Emotional reasoning and anxiety sensitivity: associations with social anxiety disorder in childhood. *J Affect Disord*, 219(28), 152-154.
- Amir, A. T., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1998). Negative Interpretation Bias in Social Phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 945-957.
- Barlow, D. H., & Durand, V. M. (2011). *Abnormal psychology: an integrative approach* (6th Ed.). Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning. P. 139.
- Bar-Haim, Y., Dominique, L., Pergamin, L., Bakermans- Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133(1), 1-24.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & young, J. (2006). *social Effectiveness Therapy for children: Five years Later*. *Behavior Therapy*, 37(4), 416- 425.
- Bogel, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Pine, D. S., Clark, L. A., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189.

- Burack, J. A., Enns, J. T., & Fox, N. A. (2012). *Cognitive neuroscience, development, and psychopathology: Typical and atypical developmental trajectories of attention*. New York: Oxford University Press
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders*. New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). *A Cognitive model of social phobia in social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford press.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Manus, F., Hackmann, A., Fennell, M., & Campell, H. (2003). cognitive therapy vs. Fluoxetine plus self exposure in the treatment of generalized social phobia: A randomized placebo controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(6), 1058-1067.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherweed, A., & Foa, E. B. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *Br J Psychiatry*, 176(4), 379-386.
- Dalrymple, K. L., & Zimmerman, M. (2011). Treatment seeking for social anxiety disorder in a general outpatient psychiatry setting. *Psychiatry Res*, 187(3), 375-381.
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P.C., & Asbahr, F. R. (2008). Cognitive-behavioral therapy in social phobia. Correspondence, Fernando R Asbahr, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2), 96-101.
- Fedoroff, I. C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 21(3), 311-324.
- Franklin, M. E., Huppert, J., Langer, R., Leiberg, S., & Fox, E. B. (2005). Interpretation bias: A comparison of treated social phobics, untreated social phobics and controls. *Cognitive Therapy and Research*, 29(3), 289-300.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 433-439.
- Fujii, Y., Kitagawa, K., Shimizu, Y., Shimizu, N., Toyomaki, A., Hashimoto, N., Kako, Y., Tanaka, T., Asakura, S., Koyama, T., & Kusumi, I. (2013). Severity of generalized social anxiety disorder correlates with low executive. *Journal of Neuroscience Letters*, 543, 42-46.
- George, L., & Stopa, L. (2007). Private and public self-awareness in social phobia anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental psychology*, 39(1), 57-72.

- Hasanvand Amozade, M., Bagheri, A., & Shairi, M. R. (2010). Investigating Psychometric Properties of The Social Anxiety scale in non Clinical sampls. The 5Symposia of Iran Students Health Psychology. *Research*, 30, 202-313.
- Hazlett-Stevens, H. (2008). *Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment*. New York: NY.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. 1th ed. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2014). *A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder*. In S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Eds.). *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (3rd edn., pp. 705–728). Waltham, MA: Academic Press. DOI: 10.1016/B978-0-12-394427-6.00024-
- Hertel, P. T., Brozovich, F., Joormann, J., & Gotkib, I. H. (2008). Biases in interpretation and memory in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 287-288.
- Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1988). Public and private Self-consciousness and social phobia. *Journal of Personality Assessment*, 52, 626-639.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analysis. *Cognitive Therapy Research*, 36(5), 427-440. DOI: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C., & Asbahr, F. R. (2008). Cognitive-behavioral therapy in social phobia. Correspondence, Fernando R Asbahr, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr*, 30(2), 96-101.
- Kimbrel, N.A., Nelson-Gray, R. O., & Mitchell, J. T. (2012). Bis, bas, and bias: the role of personality and cognitive bias in social anxiety. *Pers Indiv Diff*, 52(3), 395-400.
- Laposa, J. M., & Rector, N. A. (2011). A prospective examination of predictors of post-event processing following videotaped exposures in group cognitive behavioural therapy for individuals with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 568\_573
- Lievaart, D. M., van der Heiden, C., & Geraerts, E. G. (2013). Associations between Depressive Symptoms, Rumination, Overgeneral Autobiographical Memory and Interpretation Bias within a Clinically Depressed Sample. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, S7(2013), 1–6. DOI: 10.4172/2161-0487.S7-004
- Mcevoy, P. M., Mahoney, A., Perini, S. J., & Kingsep, p. (2009). changes In post – Event processing And Metacognition During cognitive

- Behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(5), 617 – 623.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Dennis, M. S., Jenkins, R., McManus, S., & Brugha, T. S. (2013). Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 5–13.
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *J Psychiatr Res*, 45(8), 1027–35.
- Morrison, A. S., & Heimberg, R. G. (2013). Social anxiety and social anxiety disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 249–272.  
DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185631
- Schleismann, K. D., & Gillis, J. M. (2011). The Treatment of Social Phobia in a Young Boy with Asperger's Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 515\_529
- Stopa, L., & Clark, D. M. (2000). Social phobia and Interpretation of social evants. *Behavior Research and Therap*, 38(3), 273-283.
- Tuschen-Caffier, B., Kühn, S., & Bender, G. (2011). Cognitive-evaluative features of childhood social anxiety in a performance task. *Behav Ther Exp Psychiatr*, 42(2), 233-239.
- Vernon, M. (2001). Fifty years of research on the intelligence of deaf and hard of hearing children. Are view of literature and discussion of implications. *J Deaf Stud Deaf Educ*, 10(3), 225-231.
- Voncken, M. J., Bogels, S. M., & de Vries, K. (2003). Interpretation and judgmental biases in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 41(12), 1481-1488.
- WHO. (2013). *Hearing loss control: Deafness and hearing loss; Contract No.: Document Number*.
- WHO. (2012). *Communitybased rehabilitation: promoting ear and hearing care through CBR*. 1 ed. Geneva: WHO Press.
- Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: Changes during treatment and relationship to outcome. *Behavior Research and Therapy*, 43(3), 373-389.
- Woud, M. L., & Becker, E. S. (2014). Editorial for the Special Issue on Cognitive Bias Modification Techniques: An Introduction to a Time Traveler's Tale. *Journal of Cognitive Therapy Research*, 38(2), 83-88. DOI: 10.1007/s10608-014-9605-0.
- Yuchen, M., Tudi, J., Chaohe, H., Lioing, S., Shang, D., binhu, H., & huaz, H. (2011). Gebetic Mutations in non syndromic deafness Patients of Uyghur and han Chinese Ethnicities in Xinjiang China: A Comparativie study. *Journal Of Translationnal Medicin*, 9,154.