

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی در کاهش هراس اجتماعی

سمیه کاظمیان^۱

چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمانگری شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر کاهش هراس اجتماعی انجام شد. به این منظور طی یک سال از بین مراجعان به مرکز مشاوره، ۱۸ آزمودنی مبتلا به هراس اجتماعی که موافق شرکت در این نوع از درمان بوده و متعهد شرکت در تمام جلسات شدند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه نمونه با استفاده از ابزار تشخیصی «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN) و ملاکهای تشخیصی DSM-IV تعیین شده بودند. برای جمع آوری اطلاعات از پرسشنامه هراس اجتماعی استفاده شد. تحلیل آماری داده‌ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر کاهش هراس اجتماعی مؤثر است.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی، فن خودگویی، هراس اجتماعی.

مقدمه

هراس اجتماعی یا اضطراب اجتماعی یکی از اختلالات اضطرابی است و با ترس بارز و پایدار از یک یا چند موقعیت یا عملکرد اجتماعی مشخص می‌شود که در آن شخص یا با افراد ناآشنا و غریبه مواجه است یا ممکن است مورد کنجکاوی آنها قرار گیرد. در چنین موقعیتهایی شخص می‌ترسد به گونه‌ای رفتار

۱. دانشجوی دکتری مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی.

کند که موجب تحقیر و شرمندگی خود گردد (DSM-IV، ۱۹۹۴).

با شناسایی عوامل ایجادکننده، تداوم دهنده و حفظ‌کننده یک اختلال می‌توان آنرا به صورت مؤثرتر و کارآمدتر کنترل کرد. نظریه پردازان شناختی هیجانی معتقدند که سوگیری‌های پردازش اطلاعات نقش تعیین‌کننده‌ای در تداوم و احتمالاً تحول اختلالات اضطرابی و خلقی دارند و پژوهش درباره این فرایندهای شناختی هیجانی می‌تواند در فهم تفاوت‌های فردی در هیجان‌پذیری و به ویژه آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات هیجانی کمک کند (ویلیامز، واتس، مکلارد و متیوز، ۲۰۰۹).

دیدگاه شناختی بر نقش مهم تفکر در سبب‌شناسی و تداوم مشکلات بالینی تأکید دارد. درمان شناختی درصدد اصلاح یا تغییر الگوهایی از تفکر است که در مشکلات بیمار نقش دارند (سانتراک، ۱۳۸۳). نظریه پردازان شناختی معتقدند که اختلال‌های اضطرابی حاصل ارزیابی منفی افراطی از خطرناک بودن موقعیتها و یا احساس‌های خاص است (استوپا و کلارک، ۲۰۱۰). چنین ارزیابی می‌تواند نتیجه منابع گوناگونی همچون سوگیری‌های حافظه، قضاوت و تفسیر باشد.

توجه معطوف به خود^۱ و کاربرد اطلاعات درونی برای ترسیم خود به مثابه یک موضوع اجتماعی، بخش کلیدی مدل کلارک و ولز (۱۹۹۵) است. آنها معتقد بودند تصویر ذهنی فرد از خود با افزایش اضطراب و تداوم باورهای منفی درباره ظاهر و عملکرد اجتماعی، نقشی علی در هراس اجتماعی ایفا می‌کند. لذا مفهوم توجه معطوف به خود را بیانگر این می‌دانستند که مبتلایان به هراس اجتماعی برای ترسیم خود از اطلاعات درونی (که نشان می‌دهند دیگران هم آنها را همین گونه می‌نگرند) استفاده می‌کنند و این اطلاعات از ملاحظه رفتار واقعی دیگران اهمیت بیشتری دارد.

کلارک و ولز (۱۹۹۵) و کلارک و مک‌نئوس (۲۰۰۲) به این نتیجه رسیدند

1. Self- focused attention.

که افراد مبتلا به هراس اجتماعی بر اساس تجارب اولیه خود، فرضیه‌هایی را درباره خود و موقعیت اجتماعی خویش می‌سازند. مثلاً «اگر اضطرابم را بروز دهم، دیگران فکر می‌کنند من غیر عادی هستم یا مرا طرد می‌کنند». این فرضیه‌ها منجر به این مساله خواهند شد که آنها تعاملهای اجتماعی را خطرناک و منفی ارزیابی کنند. فرضیه مؤلفان این است که بیماران مبتلا به هراس اجتماعی قبل و بعد از مواجهه با موقعیتهای اجتماعی به پردازش تحریف شده و سوگیرانه اطلاعات، فراخوان انتخابی اطلاعات منفی در مورد خود و عملکرد اجتماعی خویش و استفاده از این اطلاعات برای ارزیابی منفی خود و پیش بینی‌های منفی در مورد عملکرد خود در آینده مشغول هستند. بک، امری و گرینبرگ (۱۹۸۵) معتقدند در تداوم هراس اجتماعی علاوه بر سوگیری‌های توجه، قضاوت و حافظه حداقل دو نوع سوگیری تفسیری نیز نقش دارند، نخست اینکه بیماران مبتلا به هراس اجتماعی ممکن است گرایش به تفسیر رویدادهای اجتماعی مبهم به صورت منفی داشته باشند. دوم آنکه ممکن است رویدادهای اجتماعی منفی جزئی را به شیوه فاجعه‌آمیز تفسیر کنند.

شماری از مطالعات، یافته‌هایی را گزارش کرده‌اند که با جنبه‌های مختلف این فرضیه مطابقت دارد. دسته نخست مطالعات مطرح ساخته‌اند که باور مبتلایان به هراس اجتماعی مبنی بر اینکه ارزیابی دیگران نسبت به آنها منفی است، بر اطلاعات دقیق درباره واکنشهای دیگران در مقابل آنها، استوار نیست. استوپا و کلارک (۲۰۱۰) دریافتند که مبتلایان به هراس اجتماعی، افکار خود-ارزیاب منفی تری (مثلاً «من خسته‌کننده‌ام») را در مقایسه با گروه کنترل گزارش کردند. دسته دوم مطالعات نشان دادند که مبتلایان به هراس اجتماعی، سطح آگاهی از جزئیات یک تعامل اجتماعی را کاهش داده‌اند و به تعبیری آزمودنی‌هایی که اضطراب اجتماعی زیادی دارند حافظه ضعیفی درباره جزئیات تعامل اجتماعی اخیر دارند (داج، هوپ، هیمبرگ و بکر، ۱۹۹۸). دسته سوم مطالعات شامل مطالعات کلارک و مک نئوس (۲۰۰۲) می‌شود که نتایج آن نشان می‌دهد بخشی

از برآوردهای مبتلایان به هراس اجتماعی درباره سطح خطرناک بودن موقعیت‌های اجتماعی، مبتنی بر ادراک پاسخ هیجانی خود هستند و در برآوردهای خود تحت تاثیر اطلاعات پاسخ اضطرابی قرار دارند، در حالیکه برآورد آزمودنی‌های گروه کنترل در مورد خطر فقط تحت تاثیر وجود اطلاعات خطر واقعی قرار دارد.

فرضیه مدل شناختی این است که ارزیابی منفی مبتلایان به هراس اجتماعی از عملکرد خود حداقل تا حدودی تحریف شده است. استوپا و کلارک (۲۰۱۰) دریافته‌اند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بالا، عملکرد خود را پایین تر از سطح واقعی برآورد می‌کنند، در حالیکه برآورد بیشتری از سطح اضطراب خود در نظر دیگران دارند.

در کشف عوامل تداوم بخش و راهگشای درمان نیز می‌توان مطالعاتی را مورد توجه قرار داد. در این راستا، خود‌گویی^۱ (بیان خود^۲، افکار خودکار^۳، گفتار درونی^۴) نقش مهمی را در رابطه بین حوادث و هیجان‌ها ایفا می‌کند. تعاریف متعددی از خود‌گویی وجود دارد. خود‌گویی را می‌توان به عنوان محصولی شناختی تعریف کرد که در آنچه افراد به خود می‌گویند، اظهار نمودن فکر یا عقیده در مورد یک شخص، جهان و روابط با دیگران، انعکاس می‌یابد (کالوت و کاردنوسو، ۲۰۰۲). خود‌گویی به عنوان گفتگویی درونی تعریف می‌شود که ممکن است با صدای بلند یا آهسته و بی صدا صورت گیرد و از طریق آن فرد افکار و احساسات خود را تفسیر می‌کند، ارزیابی‌ها و اعتقادات خود را تغییر می‌دهد، به خود آموزش می‌دهد یا خود را تقویت می‌کند (کالوت و کاردنوسو، ۲۰۰۲). تئوری‌های شناخت درمانی تاکید زیادی روی رابطه بین آنچه افراد به خود می‌گویند و چگونگی رفتار آنها دارد (مایکنام، ۱۳۸۶).

1. self-talk.
2. self-statement.
3. automatic thought.
4. inner speech.

در بررسی محتوای خودگویی، مطالعات مدلی سلسله مراتبی^۱ را پیشنهاد می‌کنند (کالوت و کاردنوسو، ۲۰۰۲). این مدل شامل دو عامل کلی خودگویی مثبت در مقابل منفی، و چهار عامل مرتبه اول شناخت‌های منفی در مورد خود، شناخت‌های منفی در مورد دیگران، خود ارزشیابی مقابله‌ای^۲ و شناخت‌های مثبت می‌شود. از خود ارزشیابی مقابله‌ای برای مقابله با موقعیت‌های تنیدگی و شرایط سخت استفاده می‌شود. با این حال مطالعاتی که در رابطه با خودگویی مقابله‌ای انجام شده‌اند، نتایج یکسانی را گزارش نمی‌کنند. برای مثال کندال و چانسکی (۲۰۰۹) نشان دادند شناخت‌های مقابله‌ای در کودکان مضطرب، عامل به وجود آورنده اضطراب بودند تا اینکه آن را کاهش دهند. در همین راستا، پرینز و هانوالد (۱۹۹۹) نشان دادند که خودگویی مقابله‌ای کودکان مضطرب همبستگی مثبتی با افکار منفی آنها داشت. این محققان نتیجه گرفتند که در حقیقت خودگویی‌های مورد مطالعه، ماهیتی منفی داشتند (به عنوان نمونه، من نباید عصبانی شوم) و به همین علت نمی‌توانستند اضطراب کودکان را کاهش دهند. نتایج این مطالعات نشان می‌دهند که نوع خودگویی در مطالعاتی که در آنها رابطه میان افکار مثبت و سازگاری روانشناختی مورد بررسی قرار می‌گیرد، می‌تواند به عنوان یک متغیر مشتبه کننده^۳ ظاهر شود. بنابراین می‌بایستی به محتوای خودگویی‌های مقابله‌ای که افراد در موقعیت‌های تنیدگی و هیجانی به کار می‌برند توجه داشت. خودگویی مثبت با عملکرد بالا و خودکارآمدی رابطه مثبت (هاردی، هال، گیبس و گرینلید، ۲۰۱۰) و با افسردگی و اضطراب رابطه منفی دارد (کندال و چانسکی، ۲۰۰۹). در حالیکه خودگویی منفی با سازش نایافتگی روانشناختی^۴ (کالوت و کاردنوسو، ۲۰۰۲) اضطراب و افسردگی (داج و

1. hierarchical.

2. coping self-instruction.

3. intervening variables.

4. psychological maladjustment.

همکاران، ۱۹۹۸) و عواطف منفی (هاردی و همکاران، ۲۰۱۰) ارتباط دارد. به طور کلی، مطالعات نشان می‌دهد که خودگویی مثبت و منفی دو بعد مستقل از یکدیگرند تا یک پیوستار دو قطبی (کندال و چانسکی، ۲۰۰۹). خودگویی منفی نسبت به خودگویی مثبت رابطه بیشتری با سازش نایافتگی روانشناختی دارد. کندال و چانسکی (۲۰۰۹) این پدیده را «قدرت افکار غیر منفی» می‌نامد و نشان می‌دهد که بسامد پایین افکار منفی، نسبت به افکار مثبت، نقش بیشتری در تمایز رفتارهای سازش نایافته دارد (استوپا و کلارک، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که بسامد زیاد افکار منفی و بسامد کم افکار مثبت هر دو با آسیب روانشناختی ارتباط دارند، هرچند ممکن است با جنبه‌های مختلفی از سازش نایافتگی رابطه داشته باشند. به عنوان نمونه، بسامد زیاد افکار منفی هم با اضطراب و هم با افسردگی؛ ولی بسامد کم افکار مثبت فقط با افسردگی رابطه دارد (کندال و چانسکی، ۲۰۰۹).

هاردی و همکاران (۲۰۱۰) نیز با در نظر گرفتن تفاوت‌های کنشی بین موارد مورد استفاده خودگویی، برای خودگویی جنبه‌هایی را مطرح می‌کند. این جنبه‌ها شامل شیوه‌ای است که افراد (۱) خود را آرام و عصبانیتشان را مهار می‌کنند، (۲) با موقعیت‌های دشوار مقابله می‌کنند، (۳) تمرکز خود را حفظ می‌کنند یا آن را باز می‌یابند، (۴) از لحاظ روانی آماده می‌شوند، (۵) تلاش‌هایی را که به منظور حفظ انگیزه‌هایشان انجام می‌دهند، مهار می‌کنند، (۶) هدفهای خود را به یاد می‌آورند، (۷) برنامه‌ها و مهارت‌های فردی خود را اجرا می‌کنند، و (۸) از لحاظ روانی تحول می‌یابند و اعتماد به نفس خویش را حفظ می‌کنند.

به طور کلی، مطالعات گسترده‌ای که در زمینه خودگویی‌های درونی صورت گرفته حاکی از آن است که گفتار درونی به عنوان واسطه شناختی در زایش اندیشه و نظم بخشی به رفتار در حیطه سازش یافتگی یا سازش نایافتگی درونی و اجتماعی نقش بسزایی دارد (کلارک و مک نئوس، ۲۰۰۲).

براساس بررسی‌های انجام شده در موضوع این پژوهش، یعنی درمان

هراس از طریق تصحیح خودگویی تحقیقاتی انجام نشده است. اما مایکنام در سال ۱۹۷۶ نقش و تأثیر خودگویی‌های شخصی بر رفتار را غیرقابل انکار می‌داند و در خصوص رابطه شناخت با گفت و گوی درونی معتقد است، شناخت‌های افراد همان چیزهایی هستند که می‌توان آنها را گفت و گوی درونی تعریف کرد و می‌توانند شخص را در معرض اضطراب شدید قرار دهند (داد، ۲۰۱۰). با توجه به مبانی نظری و نتایج پژوهشی که مرور شد، این سؤال مطرح می‌شود که آیا درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی در کاهش هراس اجتماعی مؤثر است؟

روش پژوهش

در این پژوهش از روش تجربی «پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل» استفاده شد و به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، روش آماری T مستقل مورد استفاده قرار گرفت.

دیاگرام طرح فوق به شکل زیر است:

| گروه‌ها | پیش‌آزمون | متغیر مستقل | پس‌آزمون | انتخاب تصادفی |
|---------|----------------|-------------|----------------|---------------|
| آزمایشی | T ₁ | X | T ₂ | R |
| کنترل | T ₁ | - | T ₂ | R |

گروه نمونه مورد مطالعه در این پژوهش ۱۸ آزمودنی مبتلا به هراس اجتماعی بودند که طی یک سال از میان افراد مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره تحقیقی وابسته به سازمان بهزیستی مشهد انتخاب شدند. نمونه‌ی این پژوهش همان اعضای جامعه است که با تشخیص هراس اجتماعی، از سوی روانپزشک برای درمان مراجعه کرده بودند. مبتلایان به اضطراب، با ابزار تشخیصی «پرسشنامه هراس اجتماعی» SPIN و نیز بر اساس ملاکهای

تشخیصی DSM-IV مورد بررسی قرار گرفتند. مراجعه کنندگان پس از انجام مراحل تشخیص و پیش‌آزمون به تصادف، در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایشی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای (دو جلسه در هفته) آموزش دیدند. پس از آموزش شناختی مبتنی بر فن خودگویی نیز همه دانش‌آموزان گروه‌های آزمایشی و کنترل پرسشنامه هراس اجتماعی را تکمیل کردند. همه اعضای گروه گواه پس از مدت فوق و انجام پس‌آزمون به جلسات درمان دعوت شدند. هیچیک از اعضای دو گروه در این دوره دارو مصرف نکرده‌اند. پس از سه ماه، مرحله‌ی پیگیری ماندگاری اثر انجام شد.

پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) نخستین بار توسط کانور و کالوت (۲۰۰۵) و همکاران به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی یا هراس اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی: ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است. هر ماده یا سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۰ = به هیچ‌وجه، ۱ = کم، ۲ = تا اندازه‌ای، ۳ = خیلی زیاد و ۴ = بی‌نهایت) درجه بندی می‌شود.

پایایی به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ است. همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی: ترس ۰/۸۹، برای اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس فرعی فیزیولوژیکی معادل ۰/۸۰ گزارش گردیده است. ضریب آلفای کل مقیاس برای جامعه‌ی موردنظر در این پژوهش ۰/۷۹ به دست آمد.

اعتبار همگرا^۱ برای کل مقیاس در افراد مبتلا به هراس اجتماعی در مقایسه

1. convergent validity.

با نمرات هراس اجتماعی کوتاه^۱ (BSPS) ضریب همبستگی ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ معناداری به دست آمد که اعتبار همگرایی بالای این تست را نشان می‌دهد. اعتبار سازه^۲ در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنیهای با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنیهای گروه افراد بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان می‌دهند (امیر، فوآ و کولز، ۱۹۹۸).

در جلسه‌های درمانگری ابتدا روش خودآموزی به مراجعین آموزش داده شد که خود، رفتار خود را اصلاح کنند. روش خودآموزی نوعی مداخله گفتگوی هدایت شده است که جزء فنون درمان شناختی-رفتاری محسوب می‌شود. به کمک روش‌های خودآموزی مراجعان را وا می‌دارند گفتگوهای درونی^۳ خود را تغییر دهند و اظهارات سازنده‌ای به نام نجواهای درونی تقویتی یا مثبت را در جریان کنار آمدن با فشار روانی یا رسیدن به هدف با خود تکرار کرده، به عملکرد خود فکر کنند و خود را برای عمل و اقدام و مقابله تقویت کنند. این توانایی‌ها فرد را برای مقابله موثر و پرداختن به کشمکش‌ها و موقعیتهای زندگی یاری می‌دهد و فرد را قادر می‌سازد تا در ارتباط با سایر انسانها، جامعه، فرهنگ و محیط خود مثبت و سازگارانه عمل کنند و با ایجاد تغییرات مطلوب در رفتار خود از ارتباطات موثر و سازنده با محیط، لذت ببرند (سانتراک، ۱۳۸۳).

در آغاز هر جلسه تکالیف داده شده مورد بررسی قرار می‌گرفت و در تمام جلسات سعی بر این بود که فرایند پردازش اطلاعات اعضا بازسازی شود و تغییر مثبت در همه نظام‌ها از طریق نظام شناختی آغاز شود. بعد از آموزش

1. Brief Social Phobia Scale.
2. construct validity.
3. Internal dialogue.

فن شناختی (خودگویی) و در پایان هر جلسه تکلیف و خلاصه‌ای از جلسات ارائه می‌شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t استفاده شد.

جدول شماره ۲. میانگین نمره پرسشنامه گروه‌های پژوهش قبل و بعد از آموزش و پیگیری

| پیگیری | | پس آزمون | | پیش آزمون | | گروه | مقیاس |
|------------------|---------|------------------|---------|------------------|---------|--------|----------|
| انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین | | |
| ۸/۸۷ | ۳۸/۷۷ | ۹/۱۵ | ۳۸/۶۶ | ۱۰/۶۴ | ۶۷/۳۳ | آزمایش | نمره کلی |
| ۱۱/۷۵ | ۶۸/۴۴ | ۱۱/۹۴ | ۶۸/۲۲ | ۱۰/۵۹ | ۶۹/۲۲ | کنترل | پرسشنامه |

نتایج حاصل از جدول شماره دو نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش کاهش یافته است.

جدول شماره ۳. خلاصه اطلاعات پیش آزمون - پس آزمون و پس آزمون - پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل

| گروه | میانگین تفاوت‌های پیش آزمون - پس آزمون | انحراف استاندارد | آزمون t | سطح معناداری | تفاوت‌های پس آزمون - پیگیری | انحراف استاندارد | آزمون t | سطح معناداری |
|--------|--|------------------|---------|--------------|-----------------------------|------------------|---------|--------------|
| | | | | | | | | |
| آزمایش | ۲۸/۶۶ | ۱۲/۵۵ | ۶/۲۰ | ۰/۰۰۰ | -۰/۱۱۱ | ۱/۵۳ | ۰/۱۰۴ | ۰/۰۱ |
| کنترل | ۱ | ۴/۶ | | | -۰/۲۲ | ۲/۸ | | |

نتایج حاصل از جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که تفاوت نمرات پیش آزمون - پس آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل رابطه دارد. بدین معنا که نمرات پس آزمون در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل کاهش بیشتری داشته است و لذا تفاوت میانگین نمرات پس آزمون - پیگیری معنادار نمی‌باشد. همان‌طور که

در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود با توجه به $P < 0/01$ این فرضیه که درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی بر کاهش هراس اجتماعی مؤثر است، مورد تایید قرار می‌گیرد.

بحث

تحلیل نتایج یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر فن خودگویی، در کاهش هراس اجتماعی مؤثر است. در واقع آموزش مهارت‌های خودگویی مثبت با توقف چرخه‌ی تقویت‌کننده هیجانات منفی ناشی از خودگویی منفی، رفتارهای نشأت گرفته از آنرا تحت تأثیر قرار داده است.

افراد مبتلا به هراس اجتماعی فراگیر، رویدادها را به دو نوع سوگیری تعبیر می‌نمایند. نخست، تمایل به تعبیر رویدادهای اجتماعی به صورت منفی. دوم، گرایش به تعبیر رویدادهای غیر مبهم اما نسبتاً منفی به شیوه‌ای فاجعه‌آمیز (بک و همکاران، ۱۹۸۵، کلارک و ولز، ۱۹۹۵). از این رو سوگیری‌های پردازش اطلاعات نقش تعیین‌کننده‌ای در تداوم و احتمالاً شکل‌گیری اختلالات خلقی و اضطرابی دارند (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۹). در حقیقت فرد در چنان شرایطی دچار نوعی سوء تعبیر خواهد بود. سوگیری تعبیر در تعریف نظری، فرایند معنادهی، تفسیر و تبیین رویدادها و محرک‌های مبهم به صورت جهت دار و منفی، در نظر گرفته شده است (امیر و همکاران، ۱۹۹۸).

همانطور که بک و همکاران (۱۹۸۵)، نشان دادند کنترل افکار، پس از یک تأخیر کوتاه مدت، به افزایش فراوانی افکاری منجر شده است که قبلاً واپس زده شده‌اند. شاید بتوان نتیجه گرفت تلقین مثبت در رفتار مبین هراس مؤثر بوده است. این پژوهش نیز پیشنهاد می‌کند درمان نه تنها بایستی به سوی کاهش واپس زنی، بلکه همچنین به طرف معنی و احساس مسئولیت، تغییر جهت داده شود؛ زیرا افکار ناخوانده به نوبه خود به معنای آنها و احساس

مسئولیت فرد در قبال آنها بستگی دارد. این یافته‌ها و یافته‌های مشابه نشان دهنده اهمیت پنهان عوامل تداوم بخش در جلوگیری از تغییر شناختی است. این یافته‌ها همچنین حکایت از آن دارد که در مرحله درمان، اصلاح عوامل تداوم بخش می‌تواند از تلاش برای تغییر شناخت ما توسط استدلال و پرسش مستقیم موثرتر باشد.

نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش مرلازی، گلاس^۱ و کازیو^۲ (۱۹۷۹) که رابطه خودگویی با رفتار را مطالعه کردند، همسو است. یافته‌های آنان مبنی بر این است که مردانی که اضطراب اجتماعی بالایی دارند در مقایسه با آنان که اضطراب کمتری دارند، به طور معناداری خودگویی‌های منفی بیشتری داشتند؛ نه به این معنا که مردان مضطرب، افکار مثبت کمتری داشتند، بلکه به این معنا که این افراد در مورد خود منفی تر فکر می‌کردند و محتوای فکر آنها منفی بود. این یافته‌ها حاکی از آن است که خودگویی‌های منفی در مقایسه با خودگویی‌های مثبت اثرات عمیق تر و وسیع تری بر علائم و حالت‌های عاطفی افراد دارد و سازش یافتگی روانشناختی بیش از آنکه مرتبط با وجود خودگویی‌های مثبت باشد، مرتبط با عدم وجود خودگویی‌های منفی است.

همچنین نتایج این پژوهش با یافته‌های بیدرمن، فارون، بکر، فریدمن، رابین و روزنهام (۲۰۱۰) و نتایج تحقیق باتلر و متیوز (۱۹۸۳) که بیان می‌دارند، «سلامت روان ارتباط معناداری با خودگویی‌های منفی دارد و کاهش خودگویی‌های منفی در سازگاری روانشناختی فرد بسیار موثر است»، همسو و هماهنگ است.

به طور کلی ممکن است همسویی نتایج این پژوهش با پژوهش‌های ذکر شده بیانگر آن باشد که نباید ریشه عمل ارادی و رفتار انسان را تنها در مغز و حیات روحی وی جستجو کرد، بلکه عمل ارادی و رفتار انسان را باید با در

1. Glass.

2. Cacippo, J.T.

نظر داشتن ارتباطات خصوصاً با تأکید بر ارتباطات کلامی که با مداخله گفتار درونی ایجاد می‌شود، مورد تجزیه و تحلیل قرار داد. نتایج درمانگری در این تحقیق نشان داد همچنان که اضطراب فرد کاهش می‌یابد، فراوانی خودگویی‌های منفی نیز کمتر می‌شود و به عبارتی قدرت تفکر غیر منطقی کاهش می‌یابد.

منابع

- ساتراک، جان دلبو، *زمینه روان‌شناسی*، چاپ دوم، ترجمه فیروز بخت، مهرداد. (۱۳۸۳). تهران: انتشارات رسا.
- مایکنام، دونالد، *آموزش ایمن‌سازی در مقابل استرس*، ترجمه مبینی، سیروس. (۱۳۸۶). تهران: انتشارات رشد.
- American psychiatric Association .(1994). Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, fourth Edition, Washington: DC.
- Amir, N & Foa, E & Coles, M .(1998). Negative in interpretation bias in social phobia, journal of Behavior Research and therapy, volume 38,pg 945-958
- Beck, A.T & Emery, G & Greenberg, R.L .(1985). Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective, New York: Basic Books.
- Biederman, J & faraone, S.V & Hivshfeld Becker, D.R & Friedman, D & Robin, J.A & Rosenbaum, J.F .(2010). Patterns of high-Risk children of parents with panic disorder and depression, American Journal of psychology, volume 7, pg 57-63.
- Butler, G & Mathews, A .(1983). Cognitive Processes in anxiety, Advances in Behavior Research and therapy, volume 5, pg 51-62.
- Calvete, E. & Cardenoso, O .(2002). Self-Talk in Adolescents: Dimensions, States of Mind, and Psychological Maladjustment. Cognitive Therapy and Research, 26(4), 473-485.
- Clark, D.M & Mc Manus, F .(2002). Information processing in social phobia, biological psychiatry, volume 51, pg 92-100.
- Clark, D.M & wells, A .(1995). A Cognitive model of social phobia in social phobia: diagnosis, assessment and treatment, Guilford press, New York.
- Dodge, C. S . Hope, D. A . Heimberg, R. G & Becker, R. E .(1998). Evaluation of the social interaction self-statement test with a social phobic population. Cognitive Therapy and Research, 12, 211-222.
- Dowd,E.T .(2010). Self-statement modification in Encyclopedia of psychotherapy, San Diego, Academic Press.
- Hardy, J. Hall, C. R. Gibbs, C & Greenslade, C .(2010). Self-talk and gross

- motor skill performance: An experimental approach. *Athletic insight*, vol7 iss2.
- Kendall, P. C & Chansky, T. E .(2009). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 167–185.
 - Merluzzi , T.V & Glass , Cacioppo, j.t .(1979). "Self-statement and self-evaluation: A cognitive response analysis of hetero social anxiety." *Cognitive therapy and research*, volume 3, pg 249-262.
 - Prins, P. J & Hanewald, G. J .(1999). Coping self-talk and cognitive interference in anxious children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(3), 435–439.
 - Stopa, L & Clark, D. M. (2010). Social Phobia and interpretation of social events, *Behavior Research and Therapy*, volume 38, pg 273-283.
 - Williams ,J.M.G & Watts, F.N & Macleard,C & Mathews,A .(2009). *Cognitive Psychology and Emotional disorders* , Second Edition , England: Wiley.