

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی

مهديه عطري فرد^۱

محمدرضا شعيري^۲

کاظم رسولزاده طباطبائي^۳

مسعود جان بزرگي^۴

پرويز آزاد فلاح^۵

ابوالفضل بانوپور^۶

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۶

تاریخ وصول: ۹۱/۷/۶

چکیده

هدف مطالعه حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی بوده است. بدین منظور، ۱۲ آزمودنی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی براساس «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN) و «مصاحبه بالینی ساختار یافته براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» (SCID-IV) انتخاب شدند. ۶ نفر از مبتلایان یاد شده به طور تصادفی در گروه آزمایش و ۶ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش براساس الگوی هافمن تحت درمان قرار گرفت و گروه کنترل در انتظار ماند. همچنین واریس‌ها نشان داد که دو گروه از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تا بودند. آزمودنی‌ها قبل از شروع و بعد از اتمام و یک ماه و نیم بعد از اتمام مداخله/انتظار، علاوه بر مقیاس هراس اجتماعی (SPIN)، مقیاس اضطراب اجتماعی لیویترز (LSAS-SR) و فرم کوتاه

۱- دانشجوی دکتری دانشگاه تربیت مدرس atri58@yahoo.com

۲- دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد

۳- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

۴- دانشیار پژوهشکده حوزه و دانشگاه

۵- دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس

۶- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد

مقیاس ترس از ارزیابی منفی (BFNE) را تکمیل نمودند. نتایج تحلیل‌ها نشان می‌دهد که تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی- رفتاری براساس الگوی هافمن) در اندازه‌گیری‌های مکرر بر متغیر وابسته (BFNE، LSAS-SR، SPIN) معنادار است. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن (۲۰۰۷)، بر کاهش مؤلفه‌های مختلف اختلال اضطراب اجتماعی است؛ طوری که این اثربخشی در فاصله پس‌آزمون تا پیگیری نیز حفظ شده است.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب اجتماعی؛ درمان شناختی رفتاری؛ الگوی هافمن.

مقدمه

انسان موجودی اجتماعی است و داشتن ارتباط با هم‌نوعان، مورد ارزش و تصدیق شدن توسط دیگران از جمله نیازهای اصلی اوست، بنابراین به خاطر اهمیت روابط اجتماعی، به طور طبیعی از ارزیابی منفی توسط دیگران، همواره می‌ترسد؛ بر این اساس ظهور ناسازگارانه این نگرانی انطباقی تحولی را «اختلال اضطراب اجتماعی»^۱ نامیده‌اند (هافمن، ۲۰۱۰).

این اختلال که سن شروع آن، پایین و شیوع آن بین ۷٪ تا ۱۲٪ و گاهی بالای ۱۳٪ گزارش شده است (ویچن و فهم، ۲۰۰۱؛ فرمارک، ۲۰۰۲؛ کسلر، برگلوند و همکاران، ۲۰۰۵) با سطوح بالای اختلال کارکردی در زندگی هیجانی، حرفه‌ای و بین فردی (لدلی و همبرگ، ۲۰۰۵؛ کاتزلینک و همکاران، ۲۰۰۱؛ اشنیر و همکاران، ۱۹۹۴)، کیفیت زندگی (همبریک و همکاران، ۲۰۰۳؛ لوچنر و همکاران، ۲۰۰۳)، دوستی‌ها و روابط عاشقانه (آنتونی و همکاران، ۱۹۹۸؛ اشنیر و همکاران، ۱۹۹۴؛ ویشمن و همکاران، ۲۰۰۰) ارتباط دارد و حتی مقدم بر شروع اختلالات اضطرابی دیگر، اختلالات خلقی و اختلالات وابسته به مواد و سوء مصرف مواد است (لامپه و همکاران، ۲۰۰۳؛ ماتزا و همکاران، ۲۰۰۳؛ راندال و همکاران، ۲۰۰۱). بنابراین لزوم مداخلات درمانی مؤثر، به جا و ضروری می‌نماید.

1. social anxiety disorder

در این ارتباط، در بین درمانهای متعدد، درمان‌های شناختی - رفتاری به عنوان درمان‌های شناخته شده مؤثری در این زمینه لحاظ می‌شوند (به طور مثال، کلارک و همکاران، ۲۰۰۶؛ مک اوئی، ۲۰۰۷، باتلر و همکاران، ۲۰۰۶، هیمبرگ و بکر، ۲۰۰۲) ولی عقیده بر این است که گرچه «درمان شناختی رفتاری»^۱ (CBT)، یک شکل مؤثر مداخله برای اضطراب اجتماعی به نظر می‌رسد، هنوز نیاز به تلاش‌های گسترده‌تر در این حوزه به چشم می‌خورد (هافمن، ۲۰۰۷). بنابراین، تحول الگوهای نظری در تبیین اضطراب اجتماعی و به دنبال آن، طراحی راهنماهای درمانی خاص این اختلال، لازمه پیشرفت آثار درمانی و همواره مدنظر متخصصان امر پژوهش و درمان در حوزه اضطراب اجتماعی است.

در این راستا، شناخته شده‌ترین الگوی درمان شناختی رفتاری که در جهت تبیین و ترمیم این پدیده آسیب شناسانه، ارائه شده الگوی رابی و هیمبرگ (۱۹۹۷) (معروف به الگوی هیمبرگ) است که راهنمای درمانی مبتنی بر آن نیز که با عنوان «درمان شناختی رفتاری گروهی»^۲ (CBGT) برای اضطراب اجتماعی شناخته شده، معتبرترین رویکرد برای درمان اضطراب اجتماعی بوده (به طور مثال، هیمبرگ، ۱۹۹۱) و کارآمدی آن در تعدادی از مطالعات داخلی و خارجی نشان داده شده است (گلرنتر و همکاران، ۱۹۹۱؛ هیمبرگ و همکاران، ۱۹۸۵؛ هیمبرگ و همکاران، ۱۹۹۰؛ ۱۹۹۸؛ هیمبرگ و همکاران، ۱۹۹۳؛ ملیانی و همکاران، ۱۳۸۸) و به عنوان یک رویکرد درمان روان‌شناختی با «استاندارد طلایی» برای اضطراب اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (هافمن و اسکپکوسکی، ۲۰۰۶). این درمان، اقتباسی از شناخت درمانی بک و امری (۱۹۸۵) است و در حقیقت، محققان قبلی به خاطر شباهت‌های بین شناخت درمانی بک و درمان هیمبرگ بر روی اضطراب اجتماعی، مداخله‌ای را که مبتنی بر این الگو است، «CBT بک- هیمبرگ»^۳ نامگذاری کرده‌اند (فسک و چمبلس، ۱۹۹۵) و هافمن (۲۰۰۷) از آن به

1. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
 2. Cognitive Behavioral Group Therapy (CBGT)
 3. Heimberg-Beck CBT

عنوان «الگوی CBT سنتی برای اضطراب اجتماعی»^۱ یاد می‌کند. لازم به ذکر است که آنچه در این الگو، غالباً به عنوان کانون اساسی ترس در اضطراب اجتماعی شناخته می‌شود، موقعیت‌های اجتماعی است. در نتیجه، مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی که از آن‌ها ترسیده می‌شود و با عنوان «مواجهه موقعیتی»^۲ نامیده می‌شود، یک بخش اساسی درمان در این دسته از الگوهای شناختی رفتاری است. این الگوی سنتی درمانی شامل چندین مؤلفه درمانی متمایز ولی درهم-آمیخته است که عناصر آن عبارتند از: آموزش روان‌شناختی، بازسازی شناختی مستقیم، ایفای نقش و مواجهه واقعی با موقعیت.

در ارتباط با «الگوی CBT سنتی برای اضطراب اجتماعی»، هافمن (۲۰۰۷) اظهار می‌دارد که با وجود اینکه تحقیقات زیادی بر این اساس انجام شده، راهبردهای درمانی مبتنی بر آن، فقط آثار محدودی را نشان داده‌اند؛ برای مثال، مطالعه هیمبرگ و همکاران (۱۹۹۸) نشان داد که در مقایسه با ۲۷٪ بیمارانی که گروه درمانی حمایتی آموزشی را کامل کردند، فقط ۵۸٪ بیمارانی که «درمان شناختی رفتاری گروهی» (CBGT) پاسخ دادند. متیک و پترز (۱۹۸۸) نیز دریافتند که فقط ۳۸٪ افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی که یک درمان بسیار مشابه با راهنمای درمانی هیمبرگ را کامل کردند، در انتها، به کارکرد سطح بالایی دست یافتند. همسو با این پیشینه پژوهشی، موسکوویچ (۲۰۰۹) مدعی است که درصد معناداری از افرادی که تحت درمان‌های شناختی رفتاری [موجود] برای اضطراب اجتماعی قرار می‌گیرند، در انتهای درمان، هنوز واجد نشانه هستند و حتی در درصد بالایی از آن‌ها، نشانه‌ها در مرحله پیگیری همچنان باقی می‌مانند (۲۵٪ در مطالعه اوتو و همکاران، ۲۰۰۰؛ ۵۴٪ در مطالعه دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۴؛ ۵۸٪ در مطالعه هیمبرگ و همکاران، ۱۹۹۸). مثال دیگری از الگوی CBT سنتی، «درمان شناختی رفتاری جامع»^۳ (CCBT) (فوا، ۱۹۹۶) است. این راهنمای درمانی تا حدی از CBGT (هیمبرگ و بکر، ۲۰۰۲) اقتباس شده است و مطالعه دیویدسون و همکاران (۲۰۰۴)

1. conventional CBT model for social anxiety disorder
2. situational exposure
3. Comprehensive CBT (CCBT)

ضمن نشان دادن اینکه کارآمدی «درمان شناختی رفتاری جامع» (CCBT) فوآ (۱۹۹۶) مشابه CBGT است، اظهار می‌دارند که بسیاری از شرکت کنندگان بعد از CBT سنتی نشانه‌دار باقی می‌مانند. پس تردیدی نسبت به بهبود نتایج تحت ارائه CBT سنتی، توسط دیویدسون و همکاران (۲۰۰۴) مطرح می‌شود.

در راستای اظهارات فوق، شواهد مقدماتی در حمایت از این عقیده که «راهبردهای مداخله‌ای خاص اختلال»^۱ می‌تواند منجر به پیشرفت نتایج شود، حاصل مطالعه کلارک و همکاران (۲۰۰۳) است. مطالعه کلارک و همکاران (۲۰۰۳) در زمینه مقایسه نتایج درمانی افراد دارای اضطراب اجتماعی تعمیم یافته نشان می‌دهد که نتایج درمان شناختی نسبت به دو شرایط دیگر؛ یعنی «فلوکستین به علاوه خودمواجهی» و «دارونما به علاوه خودمواجهی» در میانه درمان و انتهای درمان، برتری معناداری داشته است. درمان استفاده شده در این مطالعه، مبتنی بر الگوی کلارک و ولز (۱۹۹۵) از اضطراب اجتماعی است. الگوی کلارک و ولز (۱۹۹۵) در مقایسه با الگوی هیمبرگ، علاوه بر استفاده از راهبردهای CBT سنتی (بازسازی شناختی و مواجهه با موقعیت)، متمرکز بر اصلاح رفتارهای ایمنی‌بخش و توجه متمرکز بر خود نیز هست.

در جریان تحول الگوهای درمانی خاص اضطراب اجتماعی، می‌توان به الگوی هافمن (۲۰۰۷) به عنوان یک «الگوی جامع و خاص اختلال»^۲ اشاره کرد. هافمن، درمان شناختی رفتاری جدید خود را «درمان ارزیابی مجدد خود اجتماعی»^۳ (SSRT) معرفی می‌کند و از تکنیک‌های درمانی برای اصلاح ادراک مراجع از «خود»^۴ در موقعیت‌های اجتماعی استفاده می‌نماید (هافمن و اسکپکوسکی، ۲۰۰۶). بنابراین، الگوی هافمن (۲۰۰۷)، الگوی جامع‌تری از الگوی رابی و هیمبرگ (۱۹۹۷) است که طی آن، ضمن استفاده از بازسازی شناختی غیرمستقیم و مواجهه با موقعیت، به منظور اصلاح «خود- ادراکی منفی»^۵، از تکنیک‌های

-
1. disorder-specific intervention strategies
 2. comprehensive and disorder-specific CBT model
 3. social self-Reappraisal therapy (SSRT)
 4. self
 5. negative self- perception

خاصی نیز استفاده می شود. البته لازم به ذکر است که در الگوی رابی و هیمبرگ (۱۹۷۱)، «خود» به عنوان بخشی از الگو مطرح می شود ولی تأکیدی بر اصلاح مستقیم بازنمایی ذهنی بیمار از خود ادراک شده نیست و اگرچه در مواجهه با موقعیت، این اصلاح تا حدی به صورت غیر مستقیم صورت می گیرد، ولی برای مواجهه، موقعیت‌ها مهم هستند. این در حالی است که در الگوی هافمن (۲۰۰۷)، «خود» نقش بارزتری نسبت به الگوهای پیشین دارد تا جاییکه علاوه بر تکنیک‌های مواجهه با موقعیت از تکنیک‌های مواجهه با «خود» نیز استفاده می شود که البته این تکنیک‌ها، بیشتر ابعاد ظاهری و کلی خود (مثل ژست بدنی، مهارت‌های گفتگو و بلندی صدا) را مورد حمله قرار می دهند. پس در این الگو، مواجهه «خود-موقعیت»^۱، مورد استفاده قرار می گیرند. در ارتباط با اثربخشی این الگوی درمانی هم هافمن و اسکپکوسکی (۲۰۰۶) نیز اظهار می دارند که نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به اثربخشی این مداخله، بسیار نویدبخش است و دامنه اندازه اثر این الگوی درمانی در مطالعه آن‌ها، به طور قابل ملاحظه‌ای بالاتر از اندازه‌های اثری است که نوعاً در مطالعه‌های دیگری که از رویکرد هیمبرگ استفاده می کنند، مشاهده شده است (هافمن و اسکپکوسکی، ۲۰۰۶).

هرچند به تازگی در ادامه مسیر هافمن (۲۰۰۷)، موسکویچ (۲۰۰۹) نیز اظهار می دارد که کانون اساسی ترس در اضطراب اجتماعی، ویژگی‌هایی از «خود» هستند که این افراد آن ویژگی‌ها را ناکارآمد یا متضاد انتظارات یا هنجارهای اجتماعی ادراک شده، درک می کنند و تأکید صریح‌تر و واضح‌تری در استفاده از تکنیک‌های درمانی برای «خود» و ابعاد آن در بافت موقعیت دارد و با مطرح کردن الگوش، نیاز به گسترش راهبردهای خلاقانه را که هدف آنها تغییر خود-ادراکی‌های منفی است، برجسته می کند، ولی مدل وی (موسکویچ، ۲۰۰۹)، الگوی بدیعی است که نیاز به تمرکز پژوهشی و طراحی مدل درمانی مبتنی بر آن در آینده دارد. در مجموع، با توجه به آنچه گفته شد، مطالعه حاضر درصدد تعیین اثربخشی درمان شناختی

1. Social Phobia Inventory (SPIN)

رفتاری پیشنهادی هافمن (۲۰۰۷) به عنوان یک «الگوی جامع و خاص اختلال اضطراب اجتماعی» در کاهش نشانه‌های آن در نمونه ایرانی است.

روش پژوهش

نوع پژوهش حاضر از نوع اندازه‌گیری‌های مکرر با ۱ گروه آزمایش و یک گروه کنترل بوده که در آن، ضمن مشاهده یا اندازه‌های مکرر (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) مقایسه گروه کنترل و آزمایش نیز مدنظر بوده است. لازم به ذکر است که در این طرح، متغیر مستقل، مداخله درمان شناختی رفتاری براساس الگوی درمان شناختی رفتاری هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸) و متغیر وابسته، میزان اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شده است.

جامعه آماری

پژوهش حاضر، دربرگیرنده تمامی دانشجویان دختر و پسر ۳۰-۱۸ ساله شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد در سال تحصیلی ۹۱-۹۰ در دانشگاه‌های شاهد و تهران بوده که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بوده‌اند.

نظر به اینکه در مطالعه حاضر، ۲ گروه (یک گروه درمان و یک گروه کنترل) تحت مطالعه قرار گرفته‌اند و با توجه به اینکه براساس پروتکل درمانی هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸)، در هر گروه، حداقل ۴ تا ۶ نفر باید شرکت کنند، بنابراین تعداد آزمودنی‌های هر گروه، ۶ نفر و در مجموع، ۱۲ آزمودنی برای این مطالعه در نظر گرفته شد.

قابل توجه است که ملاک‌های شمول آزمودنی‌ها عبارت بود از: شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه‌های شاهد و تهران؛ دارای محدوده سنی ۱۸ - ۳۰؛ دارای نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی براساس «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN) (کونور و همکاران، ۲۰۰۰) و مصاحبه تشخیصی مبتنی بر SCID-IV^۱ (فیرست و همکاران،

1. Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (SCID-IV)

۱۹۹۶، ۱۳۸۹)؛ در صورت استفاده همزمان دارودرمانی، کناره‌گیری از دارو با هماهنگی پزشک مسئول قبل از شروع درمان یا دریافت دوز دارویی ثابت سه ماه قبل از ارزیابی تشخیصی. همچنین ملاک‌های عدم شمول به این ترتیب بود: دریافت درمان دارویی یا غیر دارویی مشابه در گذشته؛ دریافت درمان دارویی و غیر دارویی دیگر، به طور همزمان با مطالعه حاضر؛ استفاده از داروهای روانگردان؛ دریافت تشخیص فعلی اختلال افسردگی عمده، دوقطبی، سایکوتیک، وابستگی به مواد یا الکل، یا صرع؛ دریافت تشخیصی برای اختلالات محور II؛ داشتن نیاز به توجه فوری مثلاً کسانی که برای خودشان یا دیگری تهدید فوری ایجاد می‌کنند یا رفتارهای آسیب زنده به خود دارند.

نمونه تحقیق

در مطالعه حاضر، نمونه‌گیری در سه مرحله انجام گردید. مرحله اول دربرگیرنده یک سرند کلی بود که طی آن «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN) (کونور و همکاران، ۲۰۰۰) بر روی ۱۱۴۸ دانشجوی اجرا گردید و انتخاب افراد براساس میانگین و انحراف معیار SPIN در سرند اولیه در این مطالعه و مطالعات قبلی بود. در سرند اولیه، میانگین (انحراف معیار) SPIN در دانشجویان دختر، ۱۳/۸۱ (۱۰) و در دانشجویان پسر ۱۳/۸۵ (۱۰/۰۴) و در مطالعه حسنوند عموزاده (۱۳۸۹)، میانگین (انحراف معیار) این مقیاس در دانشجویان دختر، ۱۱/۱۵ (۹/۷۷) و در دانشجویان پسر ۱۷/۱۵ (۱۰/۲۲) بوده است. بنابراین در مطالعه حاضر، بالاترین حد نمره در این دو مطالعه برای انتخاب دانشجویان دختر و پسر انتخاب شد. به این ترتیب که با توجه به یک نمره انحراف معیار بالاتر از میانگین، نمره ملاک برای انتخاب دانشجویان پسر، ۲۷/۵ و برای دانشجویان دختر، ۲۴/۸۸ در نظر گرفته شد. از این رو، با توجه به نمرات مذکور در مرحله اول نمونه‌گیری از اجرای ۱۱۴۸ پرسشنامه ۱۳۶ نفر نمره لازم برای ورود به مرحله بعد را کسب کردند که با آنها تماس گرفته شد و از بین آنها ۵۳ نفر حاضر به شرکت در مرحله بعد شدند. در مرحله دوم، برای تأیید تشخیص اضطراب اجتماعی و جنبه‌های افتراقی آن در نمونه حاصل

از مرحله نخست، مصاحبه ساخت یافته بالینی براساس SCID-IV (فیرست و همکاران، ۱۹۹۶، ۱۳۸۹) انجام گرفت و از بین ۵۳ نفری که وارد مصاحبه شدند، ۳۸ نفر (۷۱٪) فقط دارای اختلال اضطراب اجتماعی بودند و بقیه علاوه بر اختلال مذکور، تشخیص‌های دیگری هم دریافت کردند که عبارت بودند از: ۵ نفر (۹٪) دارای اختلال وسواس- اجبار، ۴ نفر (۷٪) دارای اختلال شخصیت اجتنابی، ۲ نفر (۴٪) دارای اختلال شخصیت وسواس، ۲ نفر دارای اختلال دو قطبی (۴٪)، ۱ نفر (۲٪) دارای اختلال وسواس- اجبار و اختلال هذیانی و ۱ نفر (۲٪) هم اختلال افسردگی داشت که اضطراب اجتماعی، تشخیص ثانویه در وی محسوب می شد. بنابراین از این مرحله، تنها ۳۸ نفر انتخاب و وارد مرحله بعد شدند. در مرحله سوم، نیز از بین ۳۸ نفر مرحله قبلی ۱۰ نفر به دلایل عدم هماهنگی با ساعات تشکیل دوره و یا تراکم فعالیت‌های آموزشی‌شان در لیست انتظار ماندند و جزء گروه کنترل (۶ نفر اصلی، ۴ نفر ذخیره) قرار گرفتند. با توجه به آنچه گفته شد؛ ۲۸ نفر باقی ماندند که از بین آنها ۱۰ نفر (۶ نفر اصلی، ۴ نفر ذخیره) به تصادف به گروه درمانی اختصاص داده شدند. در مجموع، تا پایان مطالعه در هر دو گروه کنترل و آزمایش ۶ نفر و در مجموع ۱۲ نفر در مطالعه شرکت داشتند.

ابزارها

الف. مصاحبه تشخیصی مبتنی بر SCID-IV (فیرست و همکاران، ۱۹۹۶، ۱۳۸۹): مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی «چهارمین طبقه بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی انجمن روان‌پزشکی امریکا» (DSM-IV) و به منظور تشخیص اختلالات روانی به صورت ساختار یافته طراحی شده است و به واسطه آن با پرسش درباره نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، تشخیص اضطراب اجتماعی تأیید می‌گردد. لازم به ذکر است که موارد تشخیص افتراقی در این ارتباط مطابق DSM-IV عبارتند از: اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی، گذر هراسی بدون سابقه وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال شخصیت

اسکیزوئید، اختلال شخصیت اجتنابی، اختلال بدشکلی بدنی، اختلال افسردگی عمده، اختلال افسرده خویی، اسکیزوفرنیا.

ب. «مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز- نسخه خودسنجی»^۱ (LSAS-SR) (بکر و همکاران، ۲۰۰۲): نسخه خودسنجی ۲۴ آیتی از LSAS-CA است (همبرگ و همکاران، ۱۹۹۹) که ترس و اجتناب از تعدادی از موقعیت های اجتماعی (۱۱ عبارت) و عملکردی (۱۳ عبارت) را در ۶ خرده مقیاس جداگانه و یک نمره کلی می سنجد. لازم به ذکر است که برای خرده مقیاس ترس، هر آیتم از ۰ (هیچ) تا ۳ (شدید) درجه بندی می شود و برای خرده مقیاس اجتناب، هر آیتم از ۰ (هرگز) تا ۳ (معمولاً) درجه بندی می شود (بکر و همکاران، ۲۰۰۲). ضمناً مثل نسخه ای که توسط متخصص بالینی اجرا می شود، LSAS-SR ضرایب بازآزمایی ($r = 0/83$)، همسانی درونی (آلفای کرونباخ $0/95$)، روایی^۲ همگرا و افتراقی خوبی دارد (بکر و همکاران، ۲۰۰۲؛ فرسکو و همکاران، ۲۰۰۱). بررسی ویژگی های روانسنجی «مقیاس خودسنجی اضطراب اجتماعی لیبویتز» (LSAS-SR) در مطالعه عطری فرد و همکاران (در دست چاپ) در نمونه ایرانی نشان می دهد که اعتبار^۳ بازآزمایی LSAS-SR و خرده مقیاس های آن در دامنه $0/84$ تا $r = 0/76$ قرار دارد و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن ها نیز در دامنه $0/73$ تا $0/93$ گزارش شده و روایی همگرای LSAS-SR با سایر مقیاس های اضطراب اجتماعی از جمله «مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی»^۴ (SIAS)، «مقیاس هراس اجتماعی»^۵ (SPS)، «پرسشنامه هراس اجتماعی»^۶ (SPIN)، «مقیاس ترس از ارزیابی منفی»^۶ (BFNE) و «مقیاس فراوانی اجتناب ظریف و هوشمندانه»^۷ (SAFE) نیز در حد قابل قبولی است ($0/94$ تا

1. Liebowitz Social Anxiety Scale
2. validity
3. reliability
4. Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)
5. Social Phobia Scale (SPS)
6. brief version of the fear of negative evaluation
7. Subtle Avoidance Frequency Examination scale (BFNE) (SAFE)

است (عطری فرد و همکاران، در دست چاپ). لازم به ذکر است که در تحقیق حاضر از نمره کلی این مقیاس در ارزیابی‌ها استفاده شده است.

□ ج. «پرسشنامه هراس اجتماعی» (SPIN) (کونور و همکاران، ۲۰۰۰): این پرسشنامه، یک ابزار خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده‌مقیاس ترس، اجتناب، و ناراحتی فیزیولوژیکی است. SPIN براساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای - به هیچ وجه (۰) تا خیلی زیاد (۴) - درجه بندی می‌شود. کونور و همکاران (۲۰۰۰) ضریب بازآزمایی SPIN را بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن را ۰/۸۲ - ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز در پژوهش حسونند عموزاده و همکاران (۱۳۸۹)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن، ۰/۶۸ و روایی همگرایی خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ می‌باشد (حسونند عموزاده و همکاران، ۱۳۸۹). لازم به ذکر است که در تحقیق حاضر از نمره کلی این مقیاس در ارزیابی‌ها استفاده شده است.

د. «نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی» (BFNE) (لیری، ۱۹۸۳): BFNE یک پرسشنامه ۱۲ ماده‌ای است که ترس افراد را از مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن که ویژگی اساسی افراد دارای اضطراب اجتماعی است، می‌سنجد. عبارات این مقیاس در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلاً مشخصه من نیست) تا خیلی زیاد مشخصه من است (۵) درجه‌بندی می‌شود. لازم به ذکر است که این ابزار، همسانی درونی (آلفای کرونباخ) بالا (۰/۹۰) و اعتبار بازآزمایی مناسبی را ($r=0/75$) در نمونه‌ای از دانشجویان نشان داده است و با نسخه اصلی این مقیاس «مقیاس ترس از ارزیابی منفی» (FNE) همبستگی بالایی دارد ($r=0/96$) (لیری، ۱۹۸۳). مطالعات دیگر هم، روایی همگرا و تشخیصی مناسبی را برای این مقیاس نشان داده‌اند (رودباغ و همکاران، ۲۰۰۴؛ ویکس و همکاران، ۲۰۰۵). مطالعه شعیری و همکاران (در دست چاپ) نیز بیانگر آن است که این ابزار دارای همسانی درونی (آلفای کرونباخ) مناسب (۰/۸۱)، اعتبار بازآزمایی $r=0/73$ و روایی همگرایی مناسبی ($r=0/52-0/92$) با سایر مقیاس

موجود در حوزه اضطراب اجتماعی از جمله SPAS، SPS، و LSAS-SR در نمونه ایرانی است.

روند اجرای پژوهش

در مطالعه حاضر، پس از سرند کلی و انتخاب نمونه مورد مطالعه در گروه آزمایش و اجرای پیش آزمون براساس ابزارهای مورد استفاده، درمان شناختی رفتاری براساس الگوی هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸) اجرا شد و این در حالی بود که گروه کنترل در این مدت، درمانی دریافت نکرد. لازم به توضیح است که بعد از اتمام درمان/انتظار، پس آزمون براساس ابزارهای مورد استفاده اجرا گردید و پس از آن نیز آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش و کنترل، با فاصله یک ماه نیم پس از پایان درمان/انتظار مورد پیگیری و ارزیابی قرار گرفتند.

رئوس کلی درمان شناختی رفتاری براساس الگوی هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸) درمان ارائه شده در قالب ۱۲ جلسه گروهی با یک درمانگر (خانم) و یک کمک درمانگر (آقا) و ۲ جلسه انفرادی برای هر مراجع به منظور تنظیم درمان با توجه به نیازهای و شرایط هر مراجع اجرا شد. محتوای جلسات به ترتیب زیر می‌باشد:

- جلسه اول: ایجاد ارتباط و بحث درباره منطبق درمان - تمرین خانگی.
- جلسه دوم: مرور تکلیف خانگی از هفته گذشته - مرور الگوی درمانی - مواجهه‌های ضمن جلسه - ارائه تمرین خانگی.

- جلسات سوم تا ششم: ساختار جلسه سوم تا ششم بسیار شبیه به جلسه دوم است؛ یعنی دربرگیرنده مرور تکلیف خانگی از هفته گذشته - مواجهه‌های درون جلسه و تمرین خانگی است. - جلسه هفتم الی آخر: طراحی مواجهه‌های بدیوارانه واقعی در خارج از محیط گروه و بحث‌های گروهی درباره این مواجهه‌ها در درون جلسه. طراحی یک جلسه برای نشان دادن جلوگیری از بازگشت و معرفی آن در مرور تکلیف خانگی.

جلسه آخر: بستن گروه- بحث از آنچه که یاد گرفته شده و خلاصه کردن پیشروی هر عضو گروه- تأکید بر کارکرد مستقل و مهارت‌های مثبتی که هر بیمار یاد گرفته است (هافمن و اوتو، ۲۰۰۸).

شیوه تحلیل داده‌ها

به منظور تحلیل داده‌ها، در این پژوهش علاوه بر استفاده از شاخص‌های توصیفی از آزمون t مستقل برای مقایسه ۲ گروه آزمایش و کنترل در مقیاس‌ها در پیش آزمون استفاده گردیده است. همچنین به منظور واریانس تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری) بر متغیر وابسته (میزان اضطراب اجتماعی در پرسشنامه‌های SPIN، LSAS-SR، BFNE) در تکرار اندازه‌گیری‌های سه گانه (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر^۱ (طرح آمیخته) استفاده شده است.

نتایج

در این قسمت در بخش الف، اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه کنترل و آزمایش و یافته‌های توصیفی مرتبط با پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه می‌شود، سپس در قسمت ب به تحلیل داده‌ها براساس مقیاس‌های SPIN، LSAS-SR، BFNE، پرداخته می‌شود.

الف. در این بخش اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به دو گروه کنترل و آزمایش و مقایسه آنها در این دو گروه در جدول ۱ و یافته‌های توصیفی مربوط به پرسشنامه‌ها در جدول ۲ ارائه می‌گردد.

جدول ۱. شاخص‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل و نتایج

مربوط به مقایسه دو گروه در این متغیرها ($n = 12$)

متغیر	شاخص	گروه آزمایش ($n = 6$)	گروه کنترل ($n = 6$)	نتایج آزمون آماري
سن	میانگین انحراف معیار)	۲۳/۳۳ (۱/۷۵)	۲۱/۵ (۰/۵۵)	یو من ویتنی = ۶ $p = 0/06, Z = -1/97$
جنسیت	تعداد زن مرد	۵ ۱	۶ ۰	$X^2 = 0/44$ $df = 1, p = 0/51$
سطح تحصیلات	تعداد کارشناسی ارشد کارشناسی ارشد	۴ ۲	۶ ۰	$X^2 = 2/4$ $df = 1, p = 0/12$
وضعیت تأهل	تعداد متأهل مجرد	۵ ۱	۶ ۰	$X^2 = 1/09$ $df = 1, p = 0/30$

نتایج مندرج در جدول ۱ بیانگر عدم تفاوت معنادار دو گروه آزمایش و کنترل در ویژگی‌های جمعیت شناختی سن، جنس، وضعیت تأهل و سطح تحصیلات است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار دو گروه کنترل و آزمایش براساس SPIN، LSAS-SR،

BFNE در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

شاخص متغیر	مرحله	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
	گروه	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
پرسشنامه هراس اجتماعی SPIN	گروه آزمایش (n = 6)	۳۷/۵ (۸/۷۸)	۱۳/۹۴ (۵/۲۰)	۱۰/۶۶ (۶/۹۸)
	گروه کنترل (n = 6)	۳۲/۸۳ (۴/۰۷)	۳۲/۳۳ (۸/۰۴)	۲۵/۹۳ (۷/۰۵)
مقیاس ترس از ارزیابی منفی BFNE	گروه آزمایش (n = 6)	۴۵/۵ (۶/۸۹)	۲۲/۶۷ (۱۱/۷۲)	۲۳/۶۷ (۹/۳۱)
	گروه کنترل (n = 6)	۴۴/۶۷ (۴/۴۶)	۴۱/۳۳ (۶/۷۴)	۳۸/۵ (۴/۶۸)
مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتر (LSAS-SR)	گروه آزمایش (n = 6)	۶۳/۸۳ (۲۴/۵۵)	۴۳/۳۳ (۱۸/۶۰)	۲۷/۳۳ (۱۲/۹۳)
	گروه کنترل (n = 6)	۶۶/۵ (۱۳/۷۵)	۷۶/۳۳ (۱۶/۱۹)	۵۸/۸۳ (۲۵/۰۳)

نتایج مندرج در جدول ۲ بیانگر آن است که نمرات دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس‌های SPIN، LSAS-SR، BFNE در مراحل پیش آزمون تفاوت‌هایی با هم دارند و در مرحله پس آزمون و پیگیری در تمام مقیاس‌ها نمرات گروه آزمایش، کمتر از گروه کنترل است. به منظور واری‌های همگنی یا ناهمگنی این نمرات در مرحله پیش آزمون از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج، در جدول ۳ نشان داده شده است و به منظور واری‌های تفاوت دو گروه در اندازه‌گیری‌های سه (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به تحلیل داده‌ها در بخش ب پرداخته خواهد شد.

جدول ۳. مقایسه میانگین‌های دو گروه کنترل و آزمایش در SPIN، LSAS-SR، BFNE در پیش
آزمون

سطح معناداری	درجه آزادی	t مشاهده شده	مقیاس
۰/۲۷	۱۰	۱/۱۸	پرسشنامه هراس اجتماعی SPIN
۰/۸۱	۱۰	۰/۲۵	مقیاس ترس از ارزیابی منفی BFNE
۰/۸۲	۱۰	-۰/۲۳	مقیاس اضطراب اجتماعی لیویتز (LSAS- SR)

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که میانگین‌های دو گروه کنترل و آزمایش در SPIN، LSAS-SR، BFNE در پیش آزمون، تفاوت معناداری با هم ندارند و دو گروه از لحاظ متغیرهای مورد نظر، در پیش آزمون همگن می‌باشند.

ب. در این بخش، نتایج تجزیه و تحلیل تفاضل نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در اندازه گیری‌های سه گانه براساس اندازه گیری‌های سه گانه در جدول ۳ ارائه می‌شود. البته لازم به ذکر است که نتایج آزمون کرویت موجلی نیز نشان دهنده عدم معنادار بودن آزمون مذکور است (تساوی واریانس تفاضل تمام زوج‌های اندازه گیری سه گانه)، بنابراین لازم است که از شاخص اسفرسیستی برای گزارش اثر درون گروهی و تعامل اثر درون گروهی و برون گروهی استفاده شود (فیلد، ۲۰۰۵).

جدول ۴. نتایج اثر درون گروهی، اثر تعامل درون گروهی و بین گروهی و اثر بین گروهی، براساس

نمره های BFNE، LSAS-SR، SPIN

مقیاس	منبع	مجموع مجدورات	میانگین مجدورات	درجه آزادی	F	سطح معناداری
	درون گروهی (اسفزیستی)	۱۸۱۰/۲۷	۹۰۵/۱۳	۲	۲۰/۱۳	۰/۰۰۰۱
پرسشنامه هراس اجتماعی	بین گروهی	۸۴۰/۳۶	۸۴۰/۳۶	۱	۱۶/۱۷	۰/۰۱
SPIN	تعامل درون گروهی و بین گروهی (اسفزیستی)	۹۳۸/۶۵	۴۶۹/۳۲	۲	۱۰/۴۴	۰/۰۰۱
	درون گروهی (اسفزیستی)	۱۴۷۲/۰۶	۷۳۶/۰۳	۲	۱۴/۲۵	۰/۰۰۰۱
مقیاس ترس از ارزیابی منفی	بین گروهی	۱۰۶۷/۸۱۱	۱۰۶۷/۱۱	۱	۱۴/۰۱	۰/۰۱
BFNE	تعامل درون گروهی و بین گروهی (اسفزیستی)	۶۴۰/۳۹	۳۲۰/۱۹	۲	۶/۲	۰/۰۱
	درون گروهی (اسفزیستی)	۲۹۷۳/۷۲	۱۴۶۸/۸۶	۲	۸/۸۹	۰/۰۰۱
مقیاس اضطراب اجتماعی لیویتز (LSAS-SR)	بین گروهی	۵۸۰۱/۳۶	۵۸۰۱/۳۶	۱	۷/۵۷	۰/۰۱
	تعامل درون گروهی و بین گروهی (اسفزیستی)	۲۴۸۸/۷۲	۱۲۴۴/۳۶	۲	۷/۵۳	۰/۰۱

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می دهد که اثر درون گروهی، تعامل اثر درون گروهی و برون گروهی و اثر برون گروهی براساس سه مقیاس BFNE، LSAS-SR، SPIN معنادار است؛ یعنی تفاوت اندازه های مربوط به متغیر وابسته (نمره BFNE، LSAS-SR، SPIN) در سه مقطع زمانی، (اثر درون گروهی) و تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی - رفتاری براساس الگوی هافمن، ۲۰۰۷) در تعامل با زمان (سه اندازه پیش، پس و پیگیری) بر متغیر وابسته (LSAS-SR، BFNE) (تعامل اثر درون گروهی و برون گروهی) و همچنین تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری براساس الگوی هافمن، ۲۰۰۷) بر متغیر وابسته (BFNE، LSAS-SR، SPIN) به طور کلی (اثر برون گروهی) معنادار است. به منظور واریسی دقیق تر این تفاوت ها، به نتایج آزمون تعقیبی t مستقل برای بررسی معناداری تفاوت میانگین تفاضل دو گروه کنترل و آزمایش در

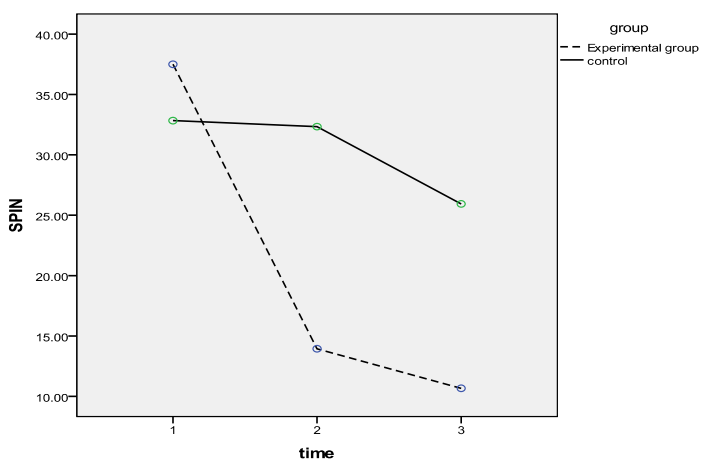
فواصل پیش آزمون- پس آزمون، پیش آزمون- پیگیری و پس آزمون- پیگیری در جدول ۵ می‌پردازیم.

جدول ۵. نتایج آزمون t مستقل برای تحلیل تفاوت میانگین تفاضل دو گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون- پس آزمون، پیش آزمون- پیگیری، پس آزمون- پیگیری براساس SPIN، LSAS-SR،

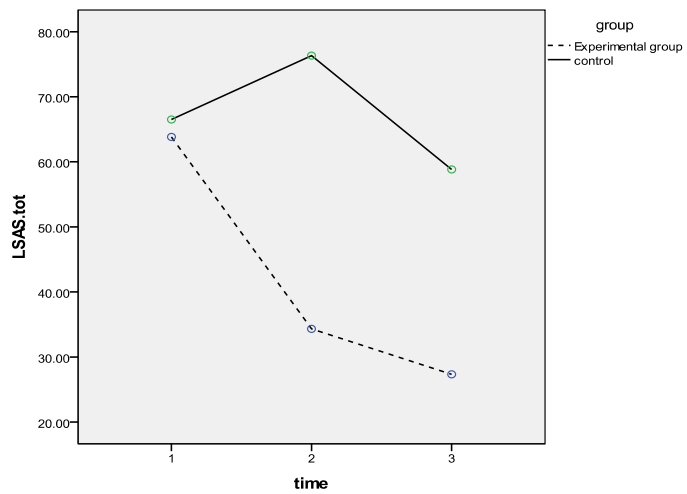
BFNE							
پس آزمون- پیگیری		پیش آزمون- پیگیری		پیش آزمون- پس آزمون		مرحله	
آزمون	میانگین	آزمون	میانگین	آزمون	میانگین	شاخص	
معناداری	تفاضل (انحراف معیار)	معناداری	تفاضل (انحراف معیار)	معناداری	تفاضل (انحراف معیار)	گروه	مقیاس
t=۰/۹	-۳/۲۸	-۲/۹۶	-۲۶/۸۳	t=-۴/۰۴	-۲۳/۵۶	گروه آزمایش	پرسشنامه
df=۱۰	۵/۲۷	t=	۱۵/۱۷	df=۱۰	۱۳/۰۸	(n=۶)	هراس
P=۰/۳۹	-۶/۴	df=۱۰	-۶/۹	P=۰/۰۰۲	-۰/۵	گروه کنترل	اجتماعی
	۶/۶۶	P=۰/۰۱	۶/۴۵		۴/۹۳	(n=۶)	SPIN
t=۰/۸۷	۱	-۲/۷۲	-۲۱/۸۳	t=-۲/۷۴	-۲۲/۸۳	گروه آزمایش	مقیاس
df=۱۰	۵/۹۳	t=	۱۳/۱۲	df=۱۰	۱۶/۳۱	(n=۶)	ترس از
P=۰/۴۱	-۲/۸۳	df=۱۰	-۶/۱۷	P=۰/۰۲	-۳/۳۳	گروه کنترل	ارزیابی
	۹/۰۴	P=۰/۰۲	۵/۱۹		۶/۱۲	(n=۶)	منفی
BFNE							
t=۱/۴۵	-۷	-۲/۱۸	-۳۶/۵	t=-۳/۸۷	-۲۹/۵	گروه آزمایش	مقیاس
df=۱۰	۱۱/۲۸	t=	۲۸/۱۷	df=۱۰	۲۴/۴۵	(n=۶)	اضطراب
P=۰/۱۸	-۱۷/۵	df=۱۰	-۷/۶۷	P=۰/۰۰۳	۹/۸۳	گروه کنترل	اجتماعی
	۱۳/۷۲	P=۰/۰۵	۱۵/۹۲		۴/۶۲	(n=۶)	لیویترز (LSAS-SR)

همانطور که نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد، میانگین تفاضل دو گروه کنترل و آزمایش در فواصل پیش آزمون- پس آزمون، پیش آزمون- پیگیری با هم تفاوت معنادار

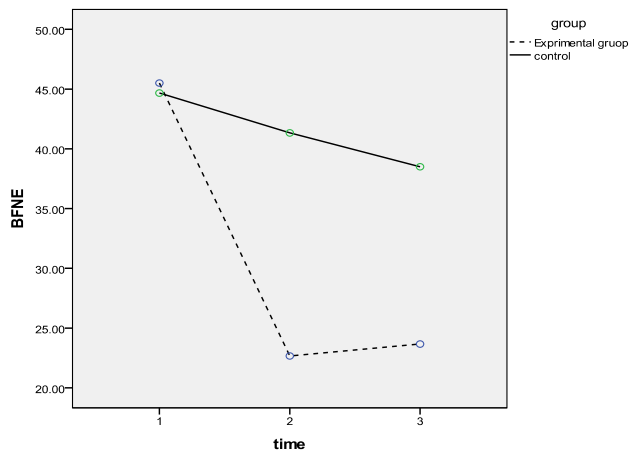
دارند و در فاصله پس آزمون- پیگیری، تفاوت معناداری با هم ندارند؛ به عبارت دیگر، تفاوت معنادار دو گروه کنترل و آزمایش در مقیاس‌های SPIN، LSAS-SR، BFNE در فاصله پس آزمون- پیگیری همچنان حفظ شده است. نمودارهای ۱، ۲ و ۳ روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در دو گروه کنترل و آزمایش براساس سه مقیاس مذکور به طور واضح تری نشان می‌دهد.



نمودار ۱. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی براساس نمره SPIN در گروه آزمایش و کنترل در سه مقطع زمانی



نمودار ۲. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی براساس نمره LSAS.tot در گروه آزمایش و کنترل در سه مقطع زمانی



نمودار ۳. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی براساس نمره BFNE در گروه آزمایش و کنترل در سه مقطع زمانی

بحث و نتیجه گیری

در توجیه این اثربخشی در ابعاد چندگانه موردنظر (براساس مقیاس‌ها) باید به موارد چندی اشاره کرد. مهمترین و برجسته ترین مورد که در بخش های قبلی نیز بدان اشاره گردید آن است که تفوق الگوی هافمن (۲۰۰۷) بر الگوی هیمبرگ (راپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷) در تأکید بر مواجهه با خود علاوه بر مواجهه با موقعیت است. هافمن (۲۰۰۷)، اگرچه نه به صراحتی که موسکویچ (۲۰۰۹) در نظریه پردازای خویش از اضطراب اجتماعی به «خود» به عنوان محرک ترس آور در این اختلال می نگیرد، بر اصلاح نگرش فرد درباره خود تأکید می ورزد ولی در مقایسه با الگوی هیمبرگ (راپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷) بر نقش اصلاح خود-ادراکی منفی در درمان این اختلال توجه دارد تا آنجا که وی درمان شناختی رفتاری خود را در آخرین تغییر، «درمان ارزیابی مجدد خود اجتماعی» (SSRT) معرفی می کند (هافمن و اسکپکوسکی، ۲۰۰۶). بنابراین، با توجه به تأکید هافمن (۲۰۰۷) بر «خود» و با توجه به اینکه «اختلال اضطراب اجتماعی» در یک سطح اساسی، اختلالی است که دربرگیرنده دیدگاه منفی و تحریف شده‌ای از خود است (آلدن و همکاران، ۲۰۰۱؛ کلارک، ولز، ۱۹۹۵؛ هوک و والتینر، ۲۰۰۲؛ لیری و کوالسکی، ۱۹۹۵؛ راپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷)، مطالعات نیز سوگیری های پردازشی شناختی را توصیف می کنند که می تواند منجر به بازنمایی درونی منفی از خود اجتماعی شوند و آن را تقویت کنند (اندرسون و همکاران، ۲۰۰۸). این سوگیری های پردازشی شامل این موارد است: استانداردهای اجتماعی ادراک شده سطح بالا (موسکویچ و هافمن، ۲۰۰۷؛ والاس و آلدن، ۱۹۹۵)، اهداف اجتماعی که به طور ناقص تعریف شده اند (همیش و همکاران، ۲۰۰۲؛ لیری و کوالسکی، ۱۹۹۵)، توجه فزاینده متمرکز بر خود در موقعیت های اجتماعی (کلارک و مک مانوس، ۲۰۰۲؛ هیرش و کلارک، ۲۰۰۴؛ هافمن و هینریچس، ۲۰۰۳)، سوگیری در تفسیر اطلاعات مبهم به گونه منفی و اغراق آمیز (کلارک، ۲۰۰۱) و تمایل به برآورد بیش از اندازه ارزیابی های منفی از خود که توسط دیگران انجام می گیرد (هاکمن و همکاران، ۱۹۹۸؛ استراومن، ۱۹۸۹؛ ولز و پایگنورگیو، ۱۹۹۸). همچنین مطالعات نشان داده اند که افراد دارای

اضطراب اجتماعی بالا، خودشان را با تعداد کمی از صفاتی که باور دارند که دیگران از آنها انتظار دارند که داشته باشند، ادراک می‌کنند (استراومن، ۱۹۸۹، ۱۹۹۲؛ استراومن و هیگینز، ۱۹۸۷؛ ویلاج و هوپ، ۱۹۹۹). این افراد هنگام پیش‌بینی کردن، عمل کردن و اندیشیدن دربارهٔ برخوردهای اجتماعی، توجهشان را به درون تغییر می‌دهند و به خود نظارتی ریز و گسترده‌ای می‌پردازند (اسپیور و استوپا، ۲۰۰۲) و خودنگاره شدیداً منفی و راجعه‌ای را که تصور می‌کنند بدون اشتباه درک کرده‌اند، تجربه می‌کنند (هاکمن و همکاران، ۲۰۰۰؛ هاکمن و همکاران، ۱۹۹۸). این تمرکز فزایندهٔ متمرکز بر خود به عنوان یک موضوع اجتماعی، منجر به رفتارهای ایمنی بخش متنوع، تحریف‌های شناختی، نشانه‌های فیزیولوژیکی در اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود که در عوض، عملکرد فرد را در موقعیت‌های اجتماعی کاهش می‌دهد و به تبع آن، فرضیه‌های تحریف شده دربارهٔ خود در دنیای اجتماعی را تقویت می‌کند (اندرسون و همکاران، ۲۰۰۸). افراد مبتلا به اختلال مذکور، توانایی عملکرد اجتماعی‌شان را در ارتباط با استانداردهای دیگران، کمتر از آنچه که هست برآورد می‌کنند (آلدن و همکاران، ۱۹۹۴؛ موسکوویچ و هافمن، ۲۰۰۷؛ والاس و آلدن، ۱۹۹۱) و با توجه به گذشته، سبک پردازش رویارویی‌های اجتماعی آنها به گونه‌ای است که عیوب‌شان را خیلی بزرگ و پیشرفت‌های عملکردشان را کم اهمیت جلوه می‌دهند (آلدن و والاس، ۱۹۹۵؛ آشباق و همکاران، ۲۰۰۵؛ نورتون و هوپ، ۲۰۰۱؛ راپی و لیم، ۱۹۹۲؛ استوپا و کلارک، ۱۹۹۳). بنابراین مطابق این الگو، درمان مؤثر برای اضطراب اجتماعی، تمایل به کاهش توجه منفی متمرکز بر خود و خود ادراکی منفی دارد (هافمن و همکاران، ۲۰۰۴؛ وودی و همکاران، ۱۹۹۷) و این همان بحثی است که هافمن (۲۰۰۷) ورای الگوی هیمبرگ (راپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷) دارد و به منظور اصلاح «خود- ادراکی منفی»، بر مؤلفه‌های مختلف و اصلاح آنها از جمله بر «توجه فزایندهٔ متمرکز بر خود»، «کنترل هیجانی ادراک شدهٔ پایین»، «مهارت‌های اجتماعی که فرد آن‌ها را ناکافی ادراک می‌کند» تأکید می‌کند. نکته دوم در تفوق الگوی هافمن (۲۰۰۷) بر الگوی هیمبرگ (راپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷) در این است که هافمن در تکنیک‌های درمانی خویش،

علاوه بر تکنیک‌های بازسازی شناختی و مواجهه با موقعیت، به منظور اصلاح «خود-ادراکی منفی»، از تکنیک‌های خاص «مواجهه با خود» نیز استفاده می‌نماید؛ چیزی که در الگوی هیمبرگ به عنوان یک درمان شناختی رفتاری سنتی برای اطراب اجتماعی، با این وضوح دیده نمی‌شود و بالاخره نکته سوم اینکه، هافمن (۲۰۰۷) در مدلس بر «نشخوارگری فکری پس‌رویدادی» و «رفتارهای ایمنی‌بخش و یا اجتنابی» به طور آشکار اشاره می‌کند و در درمان نیز بر آن‌ها متمرکز می‌شود و اینها مواردی هستند که الگوی هیمبرگ ممکن است به طور ضمنی به آن‌ها پردازد.

در مجموع، نتایج مطالعه حاضر نشانگر اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن (۲۰۰۷) در نمونه‌های بالینی ایرانی است، هر چند ما از گروه درمان‌نما بهره‌نبرده‌ایم ولی محتوای الگوی درمانی ارائه شده، توانسته به کاهش نشانه‌ها منجر شود، این امر بیانگر وجود جنبه‌های مشترک در نشانه‌های اضطراب اجتماعی در بوم‌های مختلف است، هر چند نباید برخی ابعاد متمایز در محتوای رفتارها و موقعیت‌ها را از سوی بیماران نادیده گرفت. البته نباید به این امر بی‌توجه بود که آزمودنی‌ها داری شرایط سنی و تحصیلی خاصی بوده‌اند، بنابراین گسترش مطالعات در نمونه‌های متنوع و هدایت مطالعات آینده در جهت واریسی اثربخشی الگوهای درمان شناختی رفتاری موجود در درمان اضطراب اجتماعی، به صورت مقایسه‌ای و به طور همزمان می‌باید، وجهه همت قرار گیرد. تفاوت بین الگوهای درمانی در یک وهله زمانی و بر روی نمونه‌های مشابه، تمایزها و اثربخشی‌ها را بیشتر آشکار می‌سازد.

منابع فارسی

حسنوند عموزاده، مهدی؛ باقری، اکرم و شعیری، محمدرضا. (۱۳۸۹). بررسی روایی و اعتبار سیاهه ترس اجتماعی در نمونه های غیر بالینی ایرانی. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه شاهد و دفتر مرکزی مشاوره دانشجوی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.

شعیری، محمدرضا؛ عطری فرد، مهدیه؛ روشنایی، علیرضا. (در دست چاپ ب). بررسی ویژگی های روان سنجی «مقیاس ترس از ارزیابی منفی» (BFNE) در نمونه ایرانی.

عطری فرد، مهدیه؛ رسول زاده طباطبائی، کاظم؛ شعیری، محمدرضا؛ آزادافلاح، پرویز؛ جان بزرگی، مسعود؛ اصغری مقدم، محمدعلی؛ مهدی پور، سمیه؛ غفاری، آرزو. (در دست چاپ ب). بررسی ویژگی های روان سنجی «مقیاس خودگزارش دهی اضطراب اجتماعی لیویتز» (LSAS-SR) در نمونه ایرانی. مجله علوم روان شناختی.

فیرست، مایکل بی. اسپیتزر، رابرت ال. گی بن، ماریا. ویلیامز، جانن بی دبلیو. (۱۹۹۶). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال های DSM - IV. ترجمه پروانه محمدخانی و همکاران (۱۳۸۹)، تهران: نشر دانژه.

ملیانی، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ قاندى، غلامحسین؛ بختیاری، مریم؛ طاوولی، آزاده. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه های اضطراب اجتماعی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۱۵(۱)، ۴۲-۴۹.

منابع لاتین

- Alden, L. E., & Wallace, S. T. (1995). Social phobia and social appraisal in successful and unsuccessful social interactions. *Behavior Research and Therapy*, 33, 497-505.
- Alden, L. E., Bieling, P. J., & Wallace, S. T. (1994). Perfectionism in an interpersonal context: a self-regulation analysis of dysphoria and social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 18, 297-316.
- Alden, L. E., Mellings, T. M. B., & Ryder, A. G. (2001). Social anxiety, social phobia, and the self. In S. G. Hofmann, & P. M. DiBartolo (Eds.), *From social anxiety to*

- social phobia: Multiple perspectives (pp. 304–320). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Anderson, B., Goldin, P. R., Kurita, K., & Gross, J. J. (2008). Self-representation in social anxiety disorder: Linguistic analysis of autobiographical narratives. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1119–1125
- Anderson, C. M., Hawkins, R. P., & Scotti, J. R. (1997). Private events in behavior analysis: Conceptual basis and clinical relevance. *Behavior Therapy*, 28, 157–179.
- Antony, M. M., Roth, D., Swinson, R. P., Huta, V., & Devins, G. M. (1998). Illness intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 311–315.
- Ashbaugh, A. R., Antony, M. M., McCabe, R. E., Schmidt, L. A., & Swinson, R. P. (2005). Self-evaluative biases in social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 387–398.
- Beck, A. T., & Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Clark, D. M. (2001). A cognitive perspective on social phobia. In W. R. Crozier, & L. E. Alden (Eds.), *International handbook of social anxiety: Concepts, research, and interventions relating to the self and shyness* (pp. 405–430). New York: John Wiley and Sons.
- Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychology*, 51, 92–100.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568–578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackman, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058–1067.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. & Weisler, R. H. (2000) Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F., Franklin, M., Compton, J., Zhao, N., Connor, K., Lynch, T. R., & Kishore, G. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005–1013.

- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Field, A. (2005). *Discovering statistic using SPSS: and sex and drugs and rock 'n 'roll* (2^d Edition). London: Sage.
- 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.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz social anxiety scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035
- Fresco, D. M., Erwin, B. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2000). Social phobia and specific phobias. In: M. G. Gelder, J. Lopez-Ibor, & N. C. Andreasen (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (pp. 794-807). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Gerlertner, C. S., Uhde, T. W., Cimboic, P., Aenkoff, D. B., Vitonne, B. J., Tancer, M. E., et al. (1991). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of social phobia: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 938-945.
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601-610.
- Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneous occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3-12.
- Hambrick, J., Turk, C., Heimberg, R., Schneier, F., & Liebowitz, M. (2003). The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 18, 46-50.
- Heimberg, R. G. (1991). *Cognitive behavioral treatment of social phobia in a group setting: A treatment manual*. Unpublished manuscript. Center for Stress and Anxiety Disorders, State University of New York at Albany.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Becker, R. E., Goldfinger, K., & Vermilyea, I. A. (1985). Treatment of social phobia by exposure, cognitive restructuring, and homework assignments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 236-245.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., et al. (1990). Cognitive behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy & Research*, 14, 1-23.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine* 29, 199- 212.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., et al. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133- 1141.

- Heinberg, R. G., Salzman, D., Holt, C. S., & Blendell, K. (1993). Cognitive behavioral group treatment of social phobia: Effectiveness at 5-year follow-up. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 235-339.
- Hiemisch, A., Ehlers, A., & Westermann, R. (2002). Mindsets in social anxiety: a new look at selective information processing. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 33(2), 103-114.
- Hirsch, C. R., & Clark, D. M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 799-825.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209.
- Hofmann, S. G. (2010). Advances in the research of social anxiety and its disorder anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 23(3), 239-242.
- Hofmann, S. G., & Heinrichs, N. (2003). Differential effect of mirror manipulation on self-perception in social phobia subtypes. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 131-142.
- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive Behavioral therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*. New York: Routledge: Taylor & Francis Group.
- Hofmann, S. G., & Scepkowski, L. A. (2006). Social Self-Reappraisal Therapy for Social Phobia: Preliminary Findings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 45-57.
- Hook, J. N., & Valentiner, D. P. (2002). Are specific and generalized social phobias qualitatively distinct? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 379-395.
- Jefferys, D. (1997). Social phobia: the most common anxiety disorder. *Australian Family Physician*, 26(1061), 1064-1067.
- Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R. T., et al. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1999-2007.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- Lampe, L., Slade, T., Issakidis, C., & Andrews, G. (2003). Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB). *Psychological Medicine*, 33, 637-646.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). The self-presentation model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social*

- phobia: Diagnosis, assessment, and treatment (pp. 94–112). New York: Guilford Press.
- Ledley, D. R., & Heimberg, R. G. (2005) Social anxiety disorder. In M. M. Antony, D. R. Ledley, & R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy*. (pp. 38-76) New York: The Guilford Press.
- Lochner, C., Mogotsi, M., du Toit, P. L., Kaminer, D., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2003). Quality of life in the anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology*, 36, 255-262.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251-260.
- Matza, L. S., Revicki, D. A., Davidson, J. R., & Stewart, J. W. (2003). Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences. *Archives of General Psychiatry*, 60, 817–826.
- McEvoy, P. M. (2007). Cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: a benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3030–3040.
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 123–134.
- Moscovitch, D. A., & Hofmann, S. G. (2007). When ambiguity hurts: social standards moderate self-appraisals in generalized social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1039–1052.
- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2001). Kernels of truth or distorted perceptions: Self and observer ratings of social anxiety and performance. *Behavior Therapy*, 32, 765–786.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., McArdle, E. T., Rosenbaum, J. F. & Heimberg, R. G. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive behavioral group therapy for treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345–358.
- Randall, C. L., Thomas, S., & Thevos, A. K. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25, 210–220.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741–756.
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self- and observer ratings of performance in social phobics. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 728–731.
- Rodebaugh, T.L., Woods, C. M., Thissen, D. M., Heimberg, R. G., Chambless, D. L., & Rapee, R. M. (2004). More information from fewer questions: the factor structure and item properties of the original and brief fear of negative evaluation scale. *Psychological Assessment*, 16, 169–181.

- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., et al. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 322–331.
- Spurr, J. M., & Stopa, L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 22, 947–975.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 255–267.
- Strauman, T. J. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: cognitive structures that underlie emotional disorders? *Journal of Abnormal Psychology*, 98(1), 14–22.
- Strauman, T. J. (1992). Self-guides, autobiographical memory, and anxiety and dysphoria: toward a cognitive model of vulnerability to emotional distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 87–95.
- Strauman, T. J., & Higgins, E. T. (1987). Automatic activation of self-discrepancies and emotional syndromes: When cognitive structures influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology Special Issue: Integrating personality and social psychology*, 53, 1004–1014.
- Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1995). Social anxiety and standard setting following social success or failure. *Cognitive Therapy and Research*, 19(6), 613–631.
- Weeks, J.W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., et al. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 17, 179–190.
- Weilage, M., & Hope, D. A. (1999). Self-discrepancy in social phobia and dysthymia. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 637–650.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29(3), 357–370.
- Whisman, M., Sheldon, C., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 803–808.
- Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of social phobia. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 617–641.