

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی^۱

زینب حیدریان فرد^۲

باب اله بخشی پور^۳

محبوبه فرامرزی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۱۰

تاریخ وصول: ۹۳/۴/۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری دانشجویان دختر انجام شده است. روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی (طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل) بود. با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی ساده از بین ۳۳۸ دانشجوی دختر در محدوده‌ی سنی ۲۹-۲۰ سال به کمک پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی واتسون و فرند (SAQ)، پرسشنامه خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی (SESS) و مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مصاحبه تشخیصی افراد واجد شرایط (دارای نمره برش تشخیصی اضطراب اجتماعی) بر اساس DSM-IV-TR، ۱۶ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (برای هر گروه ۸ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش ۸ جلسه درمان شناختی - رفتاری گروهی را دریافت کردند، اما گروه کنترل تحت درمان خاصی قرار نگرفتند. و دو ماه پس از پایان درمان پیگیری اجرا گردید. آزمودنی‌های هر دو گروه قبل و بعد از مداخله و دو ماه پیگیری، پرسشنامه‌های SAQ، SESS، RRS را تکمیل کردند. برای تحلیل داده‌ها، روش‌های آمار توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس بکار برده شد. نتایج آزمون تحلیل

۱. این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی است.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری (نویسنده

مستول) Z.Heidarian232@gmail.com

۳. استادیار گروه روانشناسی و مشاور دانشگاه پیام نور ba_bakhshipour@yahoo.com

۴. استادیار مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت دانشگاه علوم پزشکی بابل @mahbob330@yahoo.com

کواریانس نشان داد که بین میانگین نمرات اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری دو گروه (کنترل و آزمایش) تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین نتایج در پیگیری دو ماهه نیز تفاوت معناداری را نشان داد ($P \leq 0/05$). با توجه به یافته‌های فوق می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان شناختی - رفتاری گروهی در کاهش اضطراب اجتماعی و نشخوار فکری و افزایش خودکارآمدی اجتماعی دانشجویان دختر با اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است و تغییرات ایجاد شده در پیگیری دو ماهه تقریباً پایدار باقی ماند.

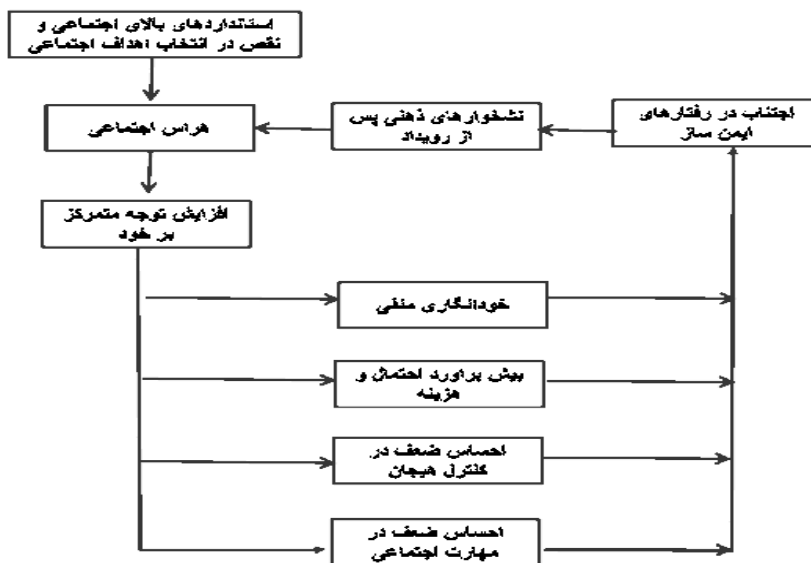
واژگان کلیدی: اضطراب، خودکارآمدی، نشخوار فکری، درمان شناختی و رفتاری

مقدمه

اختلال هراس اجتماعی^۱ از انواع اختلالات اضطرابی است و عبارت است از ترس مشخص و ثابت از شرم‌منده شدن یا مورد ارزیابی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان انجام فعالیتی در حضور دیگران (سادوک و سادوک^۲، ۲۰۰۷؛ ترجمه رضاعی، ۱۳۸۹)، بنابراین از این موقعیت‌ها بیشتر به واسطه اضطراب شدیدی که به همراه دارند، پرهیز می‌شود (تورک، هیمبرگ و هوپ^۳، ۲۰۰۱). افراد با هراس اجتماعی در موقعیت‌های مختلف اجتماعی همواره بیم آن دارند که دیگران آنان را افرادی مضطرب، ناتوان و آشفته قلمداد کنند. به همین دلیل از انجام بسیاری از فعالیت‌ها مانند غذا خوردن، صحبت کردن در جمع پرهیز می‌کنند. آن‌ها در موقعیت‌های اجتماعی همواره نشانه‌های اضطراب مانند تپش قلب، تعریق، درد معده و تنش عضلانی را احساس می‌کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۰۰). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تفاوت‌های جنسیتی در شیوع فوبیای اجتماعی بیشتر به این اشاره دارد که اضطراب اجتماعی در میان زنان شایع‌تر است (اکارتورک^۵، ۲۰۰۸). بیشترین سن شیوع هراس اجتماعی سال‌های نوجوانی است متتها شروع در سنین پایین‌تر (حتی پنج سالگی) و بالاتر (حتی سی و پنج سالگی) نیز شایع است (کاپلان^۶ و سادوک، ۲۰۰۷، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۸).

-
1. Social phobia
 2. Sadock & sadock
 3. Turk, heimberg & hope
 4. American psychiatric Association
 5. Acarturk
 6. Kaplan

اختلال هراس اجتماعی اختلالی شایع است (فرمارک^۱، ۲۰۰۲؛ کسلر، برگلوند و دملر^۲، ۲۰۰۵)، تا آنجا که شیوع ۱۳ درصدی این اختلال^۳ در جامعه آن را در جایگاه سومین اختلال روانپزشکی پس از اختلال افسردگی و وابستگی به الکل قرار داده است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). این اختلال اگر درمان نشود با دوره‌ای مزمن و پنهان همراه می‌گردد (لمپ^۴، ۲۰۰۹) و اختلال اساسی در کارکرد حوزه‌های اجتماعی، عملکردهای علمی، خانوادگی و شخصی ایجاد می‌کند و سبب کاهش کیفیت زندگی فرد می‌شود (استین و همکاران، ۲۰۰۴). از این رو در سال‌های اخیر، به عنوان اختلال دارای اهمیت در زمینه‌ی بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (فرمارک، ۲۰۰۲؛ به نقل از رپی و اسپنس^۵، ۲۰۰۴).
در میان رایج‌ترین مدل‌ها برای اختلال اضطراب اجتماعی مدل شناختی رفتاری توسط هوفمان^۶ (۲۰۰۷) ارائه شده است.



شکل ۱. مدل شناختی رفتاری SAD از هوفمان (۲۰۰۷)

1. Furmark
2. kessler, Berglund & Demler
3. disorder
4. Lamp
5. Rapee & Spence
6. Hofmann

این مدل درمانی نشان می‌دهد که هراس اجتماعی با انتظارات غیر واقعی در مورد معیارهای اجتماعی و نقص در انتخاب هدف‌های اجتماعی قابل دسترس مرتبط است. در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی چالش برانگیز، بیماران اختلال اضطراب اجتماعی عمدتاً توجه خود را به جنبه‌های منفی خود و عملکرد اجتماعی‌شان معطوف می‌کنند. این موضوع در بیماران مختلف منجر به بیش برآورد پیامدهای منفی مواجهه اجتماعی، احساس ناتوانی در کنترل عاطفی، خودانگاره منفی به عنوان یک موجود اجتماعی، و یا احساس ضعف در مهارت‌های اجتماعی می‌شود. در نتیجه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی گوش به زنگ خطاهای اجتماعی هستند و اشتباهات خود را فاجعه آمیز تلقی می‌کنند. در مقابل همه این تهدیدهای اجتماعی، رایج‌ترین راهبرد غیر انطباقی این افراد، فرار از اجتماع، رفتارهای اجتنابی و رفتارهای ایمن‌ساز، همراه با نشخوار ذهنی^۱ پس از رویداد است. این نشخوار ذهنی باعث هراس اجتماعی در آینده خواهد شد (هوفمان و اتو، ترجمه چینی فروشان و آگشنه، ۱۳۹۰).

در تعامل بین شخص و محیط یکی از مهمترین مؤلفه‌های تأثیرگذار خودکارآمدی اجتماعی^۲ است. خودکارآمدی اجتماعی به معنای ادراک فرد از توانمندی خود در رسیدن به معیارهای اجتماعی و ارتباطات اجتماعی است (موریس، اسچمیت، لمبریجز و میسترز^۳، ۲۰۰۱). خودکارآمدی اجتماعی روابط حمایتی را در زمینه‌های مثبت اجتماعی تقویت می‌کند و جوانانی که روابط اجتماعی کارآمدی خود را مثبت و بالاتر ارزیابی می‌کنند کمتر احساس ناتوانی می‌کنند. دانشجویانی که خودکارآمدی بیشتری دارند سازش روانشناختی بهتری دارند، روابط بین فردی موفق‌تری دارند و در وظایف درسی موفق‌ترند (تانگنی، بامیسترو بوون^۴، ۲۰۰۴). به عقیده بندورا (۱۹۹۷) افرادی که اضطراب اجتماعی بالایی دارند اغلب احساس می‌کنند که مهارت‌های ویژه و توانایی‌های لازم برای رفتار میان فردی را ندارند و چشم داشت کمی از موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی دارند. این امر سبب بروز

-
1. rumination
 2. social self efficacy
 3. Schmidt, Lambrichs & Meesters Muriss
 4. Tangney, Baumeister & Boone

اضطراب بیشتر و تداوم اضطراب در آن‌ها می‌گردد. از آن‌جا که افراد با اختلال اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب زیادی را تجربه می‌کنند و خودکارآمدی در موقعیت‌های اجتماعی تعیین‌کننده اضطراب اجتماعی دانسته شده بنابراین تلاش در راستای افزایش خودکارآمدی به عنوان بخشی از درمان مؤثر می‌باشد.

در سال‌های اخیر بررسی الگوهای فکری تفکر در اختلالات هیجانی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی مورد توجه پژوهشگران زیادی قرار گرفته است. یکی از انواع افکار ناخواسته در اختلالات هیجانی نشخوار فکری است. این افکار منفعلانه بوده، جنبه تکراری دارند و بر علایم و نتایج متمرکزند و مانع حل مسأله سازگارانه شده به افزایش افکار منفی منتهی می‌شوند (دیویس و نالن هاگ سما، ۲۰۰۰).

افراد درگیر با افکار نشخواری، کمتر احتمال دارد به راه حل مفید و کارا برای مقابله با مشکلات و وقایع زندگی دست پیدا کنند.

نشخوار فکری باعث تفسیرهای تحریف شده از رویدادهای زندگی، بدبینی در مورد رویدادهای مثبت آینده و منجر به راه‌حل‌های ضعیف برای حل مسائل بین فردی می‌گردد (پاپا جورجیو و ولز، ۲۰۰۳). از آن‌جا که مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی اغلب قبل از رویارویی با موقعیت هراس‌انگیز اجتماعی در جریان و حتی پس از رویارویی به نشخوار فکری پیرامون عدم موفقیت خود و چگونه دیده شدن از دید دیگران پرداخته و همین نشخوارهای فکری باعث تداوم اضطراب در آن‌ها می‌گردد (ولز، ۲۰۰۱). نشخوار فکری به طور گسترده‌ای در مطالعات مربوط به افسردگی مورد بررسی قرار گرفته و ارتباط آن با علائم افسردگی به عنوان یکی از عوامل آسیب‌پذیری بیان گردیده است (سگرسوم، تسو، آلدن و کراسک، ۲۰۰۰).

چندین درمان برای اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر شناخته شده‌اند، از جمله شناخت درمانی، درمان شناختی رفتاری^۴، درمان مواجهه‌سازی و آموزش مهارت‌های اجتماعی

1. Davise & Nolen-Hoksema
2. Papageorgio & Wells
3. Segerstom, Tsao, Alden & Craske
4. Cognitive - Behavioral Therapy(CBT)

(به عنوان نمونه، هوفمان، ۲۰۰۷؛ هوفمان و سپکووسکی^۱، ۲۰۰۶). از این درمان‌ها، درمان گروهی شناختی رفتاری هیمبرگ^۲ در مورد اختلال اضطراب اجتماعی (هیمبرگ و بکر^۲، ۲۰۰۲) غالباً شامل استانداردهای طلایی مداخله می‌شود. گرچه مداخلات روان‌شناختی بسیاری برای درمان اختلال‌های اضطرابی وجود دارد، اما، بیش از چند دهه پژوهش‌های تجربی، درمان شناختی رفتاری را به عنوان درمان انتخابی معرفی کرده است (وارنر، ریگادا، فیشر، سابوراسکای و بنکو^۳، ۲۰۰۹).

درمان گروهی شناختی-رفتاری که توسط هیمبرگ و بکر (۲۰۰۲) تدوین شد مداخله‌ای است گروه‌مدار که به طور خاص برای این اختلال طراحی شده است که در آن بازسازی شناختی در زمینه‌ای از تمرینات مواجهه ساختگی (شبیه‌سازی نمادین) صورت می‌گیرد (هیمبرگ و همکاران، ۲۰۰۲). بازسازی شناختی نقش مهمی در شکستن چرخه اضطراب اجتماعی بازی می‌کند و از طریق چالش بین درمان‌گر و مراجعان در طی جلسات گروه به افراد کمک می‌کند که باورهای منفی ناکارآمد خود را تغییر دهند. همچنین از اجتناب و اضطراب پیش‌بینانه مراجعین می‌کاهد و به توانایی آن‌ها برای دریافت تقویت مثبت از دیگران و تفکر سازگارانه درباره تجربیات خودشان (به جای تبدیل کردن موفقیت‌ها به شکست) می‌افزاید (هیمبرگ و بکر، ۲۰۰۲). هدف اصلی درمان شناختی در گروه و به صورت انفرادی از بین بردن خطاها و تحریف‌ها و سوگیری‌ها در تفکر است تا افراد بتوانند کارآمدتر عمل کنند (نوابی‌نژاد، ۱۳۸۳). پژوهش‌های زیادی در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی انجام شده است. توب، شیف^۴ و همکاران (۲۰۰۷) به بررسی جاذبه گروهی درمان شناختی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی پرداختند. آن‌ها اظهار نمودند که درمان شناختی رفتاری هم در شکل فردی و هم در شکل گروهی سودمند است. پژوهش گارسیا^۵ (۲۰۰۴) در اسپانیا روی ۴۴ بیمار دچار حالت اضطرابی مختلف از جمله فوبیای اجتماعی در

-
1. Scepkowski
 2. Heimbreg & Becker
 3. Warner, Reigada, Fisher, Saborsky & Benkov
 4. Taube - Schiff
 5. Garsia

هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای نشان دهنده تأثیر گروه‌درمانی رفتاری - شناختی در درمان اختلالات اضطرابی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود.

اسکیف، سواک، بایلینگ، مک کاب و راندی^۱ (۲۰۰۷) در کانادا در پژوهشی روی ۳۴ بیمار سرپایی مبتلا به فوبی اجتماعی میزان اثرگذاری درمان رفتاری - شناختی را به صورت فردی و گروهی مورد مقایسه قرار داده‌اند. بیماران شامل ۱۹ زن و ۱۵ مرد بودند. نتایج نشان دهنده تأثیر معنی‌دار گروه‌درمانی رفتاری - شناختی در مقابل درمان رفتاری - شناختی فردی بود. در پژوهشی ملیانی و همکاران (۱۳۸۸) به اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی پرداختند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ می‌تواند اختلال اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر ایرانی را بهبود بخشد.

با توجه به پیامدهای اختلال اضطراب اجتماعی، درمان این اختلال به کمک درمان شناختی رفتاری گروهی و بر پایه الگوی هیمبرگ مورد بررسی قرار گرفت و از آنجا که متغیرهای مورد پژوهش به طور هم‌زمان و با هم مورد بررسی قرار نگرفته است و با توجه به اینکه شیوه‌های درمانی مبتنی بر مدل شناختی رفتاری جزء درمان‌های کوتاه مدت به شمار می‌آیند، پژوهش حاضر در نظر دارد تا تأثیر مدل درمانی شناختی رفتاری گروهی بر کاهش اضطراب اجتماعی، افزایش خودکارآمدی و کاهش نشخوار فکری دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را بررسی کند.

فرضیه‌های پژوهش

۱. درمان شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر می‌شود.
۲. درمان شناختی رفتاری گروهی باعث افزایش خودکارآمدی اجتماعی دانشجویان دختر می‌شود.
۳. درمان شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش نشخوار فکری دانشجویان دختر می‌شود.

1. Schif, Suvak, Bieling, Mc Cabe & Randi

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل است. در پژوهش حاضر جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری که در سال تحصیلی ۱۳۹۲-۱۳۹۱ مشغول به تحصیل بودند. در ابتدا از تمامی رشته‌های دانشگاه آزاد اسلامی ساری (دانشکده فنی، پزشکی و علوم انسانی) و از بین دانشجویان دختر مقطع کارشناسی که تعداد ۲۸۱۳ نفر بودند با استناد به جدول کرجسی و مورگان^۱ (۱۹۷۰، به نقل از حسن‌زاده، ۱۳۸۸) تعداد ۳۳۸ نفر به طور تصادفی به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند و به پرسشنامه اضطراب اجتماعی واتسون و فرند پاسخ دادند. سپس از بین کسانی که نمره برش اضطراب اجتماعی واتسون و فرند^۲ را بدست آوردند و به تأیید روانشناسی بالینی بر مبنای معیارهای DSM-IV-TR رسیدند، ۱۶ نفر به صورت تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (در هر گروه ۸ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش در جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری شرکت داده شد، این گروه به مدت ۸ جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته (دو جلسه در هفته) و به مدت یک ماه مورد مداخله قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و بعد از دو هفته از اتمام درمان، پس‌آزمون و دو ماه پس از اتمام درمان، پس‌آزمون و دو ماه پس از اتمام درمان، پیگیری برای برای هر دو گروه اجرا شد.

ابزار پژوهش: پرسشنامه اضطراب اجتماعی^۳ (SAQ) : این مقیاس توسط واتسون و فرند (۱۹۶۹) به منظور تشخیص و ارزیابی اضطراب اجتماعی ساخته شده است. این پرسشنامه توسط مهرابی زاده هنرمند، بهارلو و نجاریان (۱۳۷۸) ترجمه شده این آزمون دارای دو خرده مقیاس اجتناب اجتماعی^۴ (SAD) و ترس از ارزیابی منفی^۵ (FNE) است. این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده می‌باشد که ۲۸ ماده مربوط به اجتناب اجتماعی و ۳۰ ماده مربوط به ترس از ارزیابی منفی است. پیوستار پاسخ‌ها بر پایه طیف درست و نادرست رتبه‌بندی شده

-
1. Kerjcie & Morgan
 2. Watson & Friend
 3. Social Anxiety Questionnaire (SAQ)
 4. Social Avoidance And Distress (SAD)
 5. Fear Negative Evaluation (FNE)

و به ترتیب نمره‌های صفر و یک به هر پاسخ اختصاص یافته است (نیسی، شهنی بیلاق و فراشبندی، ۱۳۸۴). خرده مقیاس اجتناب اجتماعی، ۲۸ ماده دارد که که ۱۵ ماده پاسخ (+) و ۱۳ ماده پاسخ (-) دارند دامنه نمره بین (۰-۲۸) می‌باشد که نمرات ۱۲ به بالا نشان دهنده هراس اجتماعی در سطح بالاست و نمرات بین (۰-۳) نشان دهنده هراس اجتماعی در سطح پایین است. خرده مقیاس ترس از ارزیابی منفی، ۳۰ ماده دارد که ۱۷ ماده آن پاسخ (+) و ۱۳ ماده آن پاسخ (-) دارد. دامنه این خرده مقیاس نیز بین (۰-۳۰) می‌باشد که نمرات ۱۸ به بالا نشان دهنده افرادی می‌باشد که ترس از ارزیابی منفی دیگران داشته و نمرات ۹ به پایین نشان دهنده افرادی است که ترس کمی از ارزیابی منفی دیگران دارند (وکیلان و هاشم آبادی، ۱۳۸۸). این پرسشنامه از روایی و پایایی بالایی برخوردار است. در پژوهش واتسون و فرند (۱۹۶۹) ضریب پایایی خرده مقیاس‌های پرسشنامه به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۹۴ بدست آمد. در پژوهش رضوی، کاظمی و محمدی (۱۳۹۰) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس اجتناب اجتماعی ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس ترس از ارزیابی منفی ۰/۹۰ بدست آمد و تأیید شد. در پژوهش حیدری و ایرانپور (۱۳۹۰) پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و با روش تنصیف اسپیرمن، براون ۰/۸۳ بدست آمد. ضریب اعتبار آن با روش روایی ملاکی همزمان، روایی ۰/۴۹ بدست آمد که در سطح $P < 0/001$ معنی‌دار بود.

مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی^۱ (SESS): این مقیاس برای خودکارآمدی افراد مضطرب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی ساخته شده است و دارای نه گویه است (گادیانو و هربرت^۲، ۲۰۰۳). آزمودنی‌ها هر گویه را بر پایه یک مقیاس ده گزینه‌ای (اصلاً مطمئن نیستم، اصلاً در دوسر ساز نیست و اصلاً احتمال ندارد=۱ تا خیلی مطمئن هستم، خیلی در دوسر ساز است و خیلی احتمال دارد=۱۰) درجه بندی می‌کنند. گویه‌های در دوسر ساز معکوس نمره گذاری می‌شود و نمرات بالاتر، خودکارآمدی بالاتر را برای موقعیت‌های اجتماعی نشان می‌دهند. این مقیاس سه مؤلفه خودکارآمدی را اندازه‌گیری می‌کند: ۱- خودکارآمدی برای مهارت‌های مقابله‌ای (گویه‌های ۱-۳) ۲- خودکارآمدی

1. Self - Efficacy for Social Situations (SESS)

2. Gaadiano & Herbert

برای کنترل شناختی (گویه‌های ۶-۴) ۳- خودکارآمدی برای کنترل عاطفی (گویه‌های ۹-۷) (گادیانو، هربرت، ۲۰۰۳). روایی سازه‌ای این مقیاس را به کمک تحلیل مؤلفه‌های اصلی بررسی و سه عامل استخراج نمودند، آنان ثبات درونی مقیاس را به کمک آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین میزان ثبات درونی آن را برای زیر مقیاس‌های خودکارآمدی برای مهارت‌های مقابله‌ای^۱، خودکارآمدی برای کنترل شناختی^۲ و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی^۳ به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۰ و ۰/۶۳ گزارش کردند. بررسی پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی و زیرمقیاس‌های آن یعنی خودکارآمدی برای مهارت‌های مقابله‌ای، خودکارآمدی برای کنترل شناختی و خودکارآمدی برای کنترل عاطفی به ترتیب برابر با ۰/۸۴، ۰/۷۰ و ۰/۶۰ بدست آمد (خیر و همکاران، ۱۳۸۷).

مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۴ (RRS): مقیاس سبک پاسخ‌های نشخواری زیرمقیاسی از پرسشنامه سبک‌های پاسخ نولن هوکسیما و مورو است. این مقیاس توسط نولن هوکسیما و مورو (۱۹۹۱) تدوین شده است که مقیاسی ۲۲ سؤالی است و سؤال‌های آن بر روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. به علاوه متشکل از سه خرده مقیاس حواس پرتی^۵، تعمق^۶ و در فکر فرو رفتن^۷ است (ولز، ۲۰۰۴). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۶۷ است (لامینت^۸، ۲۰۰۴) همبستگی درون طبقه‌ای آن نیز پنج مرتبه اندازه‌گیری شد و ۰/۷۵ گزارش گردید (ولز، ۲۰۰۴). ترینور^۹ و همکاران (۲۰۰۳)،

1. Self - Efficacy for Coping Skills
2. Self - Efficacy for Cognitive Control
3. Self - Efficacy for Affective Control
4. Ruminative Response Scale (RRS)
5. Distraction
6. Reflection
7. Brooding
8. Luminet
9. Treynor

ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. آلفای کرونباخ بدست آمده در نمونه ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است.

روش اجرا: پس از آنکه نمونه گیری انجام شد، آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های ذکر شده پاسخ دادند، پس از توزیع پرسشنامه‌ها توضیحات کوتاهی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد تا دقت اجرا بالا رود. نهایتاً اعضای نمونه به شیوه‌ی تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایشی قرار گرفتند، گروه آزمایش در جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری هیمبرگ و بکر (۲۰۰۲) شرکت داده شد، این گروه به مدت ۸ جلسه ۲ تا ۲/۵ ساعته (دو جلسه در هر هفته) و به مدت یک ماه توسط روانشناس (پژوهشگر) در مرکز مشاوره اعتماد مورد مداخله قرار گرفت اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و بعد از دو هفته از اتمام درمان، پس از آزمون و پس از دو ماه آزمون پیگیری برای هر دو گروه اجرا شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها نیز از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. خلاصه‌ای از جلسات گروه درمانی شناختی رفتاری به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: الف- آشنایی و معرفی اعضا و قوانین گروه، بیان برنامه تدوین شده برای گروه، بیان مختصر مشکل و هدف هر یک از اعضا از شرکت در گروه، بررسی انتظارات مراجعان از نتایج درمان، استراحت.

ب- ارائه مدل شناختی رفتاری و مدل A-B-C برای اضطراب اجتماعی، تمرین آرامش از طریق تصویر سازی ذهنی هدایت شده.

جلسه دوم: الف- بررسی پیامدهای رفتاری ناشی از باورها، بیان نظریه‌های اختلال هیجانی و بازسازی شناختی و ده سبک تفکر با خطا، تمرین طبقه بندی باورها و فرایند تفکر، استراحت.

ب- تمرین آرامش از طریق تصویر سازی ذهنی هدایت شده.

جلسه سوم: الف- بررسی پیامدهای رفتاری ناشی از باورها، تمرین القای فکر، تحلیل پیکان عمودی رو به پایین، استراحت.

ب- تمرین آرامش از طریق تصویر سازی ذهنی هدایت شده.

جلسه چهارم: الف - تحلیل پیشرفته پیکان عمودی رو به پایین، طبقه‌بندی باورها براساس محتوا و کلیت، استراحت.

ب- تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده.

جلسه پنجم: الف - تهیه فهرست اصلی باورها، تهیه نقشه شناختی، تغییرپذیری باورها، تحلیل عینی و استاندارد باورها، استراحت.

ب- تمرین آرامش از طریق تصویرسازی ذهنی هدایت شده.

جلسه ششم: الف - تحلیل کارآمدی باورها، تحلیل هماهنگی باورها، هماهنگی باورها، تحلیل منطقی باورها، استراحت. ب- ارائه کنفرانس پیرامون خودپنداره، ایفای نقش در مورد یک موقعیت اضطراب‌زای اجتماعی، ارائه بازخورد با جهت‌گیری بر تکنیک‌های صحبت کردن کارآمد و گوش دادن فعال هدفمند.

جلسه هفتم: الف - ساخت سلسله‌مراتب اضطراب، باور مخالف، تغییر ادراکی و تکنیک بازداری کورتکس، استراحت. ب- ارائه کنفرانس پیرامون خودپنداره، ایفای نقش در مورد یک موقعیت اضطراب‌زای اجتماعی، ارائه بازخورد با جهت‌گیری به سمت تکنیک‌های تکمیلی ابراز وجود و قاطعیت.

جلسه هشتم: الف - خودتنبیهی و خودپاداش‌دهی، تغییر، بررسی و مرور کلی مباحث مطرح شده، تمرین و بحث مجدد درباره موضوعات مشکل‌تر برای اعضای گروه، جمع‌بندی کلی مطالب و ارائه راهکارهای تداوم بخش درمان پس از اتمام گروه، استراحت.

ب- ارائه کنفرانس و ایفای نقش و بازخورد با توجه به جمع‌بندی مطالب قبلی، بررسی و مرور برنامه (جمع‌بندی نهایی) نظرسنجی از اعضاء و ارائه پیشنهادات، بررسی اهداف مراجعین در جلسه اول و میزان تحقق آن‌ها، بررسی نقاط ضعف و قوت گروه به صورت کتبی و شفاهی، آماده‌سازی گروه برای ختم درمان، اختتامیه.

پس از اجرای جلسات مقیاس اضطراب اجتماعی و پرسشنامه خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری بر روی گروه آزمایش و کنترل اجرا شد.

یافته‌های پژوهش

شرکت کنندگان پژوهش حاضر عبارت بودند از ۱۶ نفر که از نظر دامنه سنی و میزان تحصیلات یکسان بودند و در زمان پژوهش در مقطع کارشناسی تحصیل می‌کردند. از آنجا که هر متغیر سه بار در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مورد سنجش قرار گرفته است. ابتدا میانگین و انحراف استاندارد پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه متغیر نشان داده شده و در ادامه آمار استنباطی مربوط به این فرضیه‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در هر سه متغیر نشان داده شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوارفکری در دو گروه

| گروه‌ها | شاخص | متغیرها | | | | | | | | | |
|---------|-----------|----------------|--------------|---------|--------------------|---------|--------------|------------|--------------|---------|--------------|
| | | اضطراب اجتماعی | | | خودکارآمدی اجتماعی | | | نشخوارفکری | | | |
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| کنترل | پیش‌آزمون | ۳۵/۶۳ | ۳۶/۷۵ | ۳۶/۵۰ | ۴۳/۸۸ | ۴۱/۳۸ | ۳۵ | ۵۷/۶۳ | ۵۸/۱۳ | ۵۳/۱۳ | ۳۵/۱۳ |
| | پس‌آزمون | ۴/۰۷ | ۷/۰۵ | ۹/۳۴ | ۶/۶۰ | ۱۰/۲۵ | ۶/۶۳ | ۱۲/۱۱ | ۱۳/۶۷ | ۳/۱۸ | ۳/۱۸ |
| | پیگیری | ۳۸/۵ | ۲۴/۲۵ | ۲۲/۳۷ | ۴۲/۳۸ | ۵۴/۶۳ | ۵۲/۶۳ | ۵۲/۲۵ | ۴۰/۸۸ | ۳۵/۶۳ | ۳۵/۶۳ |
| آزمایش | پیش‌آزمون | ۵/۰۷ | ۸/۱۰ | ۶/۰۷ | ۱۴/۸۱ | ۱۷/۹۰ | ۸/۲۱ | ۷/۵۵ | ۷/۸۵ | ۴/۰۰ | ۴/۰۰ |
| | پس‌آزمون | | | | | | | | | | |
| | پیگیری | | | | | | | | | | |

به منظور مقایسه میانگین نمرات متغیرها در پس‌آزمون از آزمون ANCOVA (آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس) استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت. که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج آنالیز کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری در دو گروه

| متغیرها | منبع تغییرات | مجموعه‌ها | درجه آزادی | مقدوررت | میانگین | F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|--------------------|--------------|-----------|------------|---------|---------|-------|--------------|------------|------------|
| اضطراب اجتماعی | پیش آزمون | ۱۵۳/۷ | ۱ | ۱۵۳/۷ | ۳/۰۶ | ۰/۱۰۴ | ۰/۱۹ | ۰/۳۶ | |
| | گروه | ۷۶۴/۰۲ | ۱ | ۷۶۴/۰۲ | ۱۵/۲۰۳ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۴ | ۰/۹۵ | |
| خودکارآمدی اجتماعی | پیش آزمون | ۱۴۴۱/۳۴ | ۱ | ۱۴۴۱/۳۴ | ۱۲/۲۰ | ۰/۰۰۴ | ۰/۴۸ | ۰/۹۰ | |
| | گروه | ۸۴۵/۶۲ | ۱ | ۸۴۵/۶۲ | ۷/۱۶ | ۰/۰۱۹ | ۰/۳۶ | ۰/۷۰ | |
| نشخوار فکری | پیش آزمون | ۷۱۵/۱۴ | ۱ | ۷۱۵/۱۴ | ۵/۹۲ | ۰/۰۳۰ | ۰/۳۲ | ۶۲ | |
| | گروه | ۶۶۸/۶۲ | ۱ | ۶۶۸/۶۲ | ۳۱/۸۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۱ | ۱ | |

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تأثیر نمرات پیش‌آزمون بر نمرات پس‌آزمون هر سه متغیر معنی‌دار است. اضطراب اجتماعی [$F=۳/۰۶, P<۰/۱۰۴$]، خودکارآمدی اجتماعی [$F=۱۲/۲۰, P<۰/۰۰۴$]، نشخوار فکری [$F=۵/۹۲, P<۰/۰۳۰$]. همچنین اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون معنی‌دار است. اضطراب اجتماعی [$F=۱۵/۲۰۳, P<۰/۰۰۲$]، خودکارآمدی اجتماعی [$F=۷/۱۶, P<۰/۰۱۹$]، نشخوار فکری [$F=۳۱/۸۸, P<۰/۰۰۱$]. به منظور مقایسه میانگین نمرات متغیرها در پیگیری از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس استفاده شد. به این صورت که نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش کنترل شد و سپس نمرات پیگیری مورد مقایسه قرار گرفت. که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آنالیز کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پیگیری پس از آزمون اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری در دو گروه

| متغیرها | منابع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | مجدورات | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | اندازه اثر | توان آماری |
|--------------------|---------------|---------------|------------|---------|-----------------|-------|--------------|------------|------------|
| اضطراب اجتماعی | پیش آزمون | ۰/۱۲۲ | ۱ | ۰/۱۲۲ | ۰/۰۰۲ | ۰/۹۶۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۰۵ | |
| | گروه | ۷۱۱/۹۳۳ | ۱ | ۷۱۱/۹۳۳ | ۱۰/۶۷ | ۰/۰۰۶ | ۰/۴۵ | ۰/۸۶ | |
| خودکارآمدی اجتماعی | پیش آزمون | ۲۴۳/۹۰ | ۱ | ۲۴۳/۹۰ | ۹/۰۷ | ۰/۰۱۰ | ۰/۴۱ | ۰/۸۰ | |
| | گروه | ۱۳۱۴/۲۰ | ۱ | ۱۳۱۴/۲۰ | ۸/۴۸ | ۰/۰۱۲ | ۰/۴۰ | ۰/۷۷ | |
| نشخوار فکری | پیش آزمون | ۸۵/۵۲ | ۱ | ۸۵/۵۲ | ۱۱/۴۳ | ۰/۰۰۵ | ۰/۴۷ | ۰/۸۸ | |
| | گروه | ۹۶۹/۰۵ | ۱ | ۹۶۹/۰۵ | ۱۲۹/۵۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۱ | ۱ | |

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود تأثیر نمرات پیش آزمون بر نمرات پس از آزمون معنی دار است. اضطراب اجتماعی $[F=۰/۰۰۲, P<۰/۹۶۷]$ ، خودکارآمدی اجتماعی $[F=۹/۰۷, P<۰/۰۰۱۰]$ و نشخوار فکری $[F=۱۱/۴۳, P<۰/۰۰۵]$. همچنین اثر گروه بر نمرات پس از آزمون معنی دار است. اضطراب اجتماعی $[F=۱۰/۶۷, P<۰/۰۰۶]$ ، خودکارآمدی اجتماعی $[F=۸/۴۸, P<۰/۰۱۲]$ نشخوار فکری $[F=۳۱/۸۸, P<۰/۰۰۱]$. به این صورت که بین میانگین نمرات پیگیری گروه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوارفکری با استفاده از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل انجام شد. نتایج فرضیه اول اصلی پژوهش نشان داد که روش درمانی شناختی رفتاری گروهی در درمان اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های توسچن، اکفیر^۱ و همکاران (۲۰۱۱)، هربرت^۲ و همکاران (۲۰۰۹)، مک ایوی، ماهونی، پرینی و کینگسپ^۳ (۲۰۰۹)، اسکیف و همکاران (۲۰۰۷)، توب - شیف و همکاران (۲۰۰۷)، گارسیا (۲۰۰۴)، جیمز، آلیس رینگولد^۴ و هربرت (۲۰۰۴)، گالاکر^۵ و همکارانش (۲۰۰۳)، اتو پویک، گدلو، وارتینگتون، مک آردل، روسنبوم^۶ و هیمبرگ (۲۰۰۰) همخوان است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی در کاهش اضطراب اجتماعی می‌توان گفت که درمان شناختی - رفتاری گروهی مهارت‌های اجتماعی، رفتاری و شناختی مراجعان را افزایش می‌دهد که این امر منجر به کاهش اضطراب اجتماعی مراجعان می‌شود. همانطور که هیمبرگ و بکر (۲۰۰۲) بیان کردند بازسازی شناختی نقش مهمی در شکستن چرخه اضطراب اجتماعی بازی می‌کند و از طریق چالش بین درمان‌گر و مراجعان در طی جلسات گروه به افراد کمک می‌کند که باورهای منفی ناکارآمد خود را تغییر دهند. همچنین از اجتناب و اضطراب پیش‌بینانه مراجعین می‌کاهد و بر توانایی آن‌ها برای تقویت مثبت از دیگران و تفکر سازگاران در باره تجربیات خودشان (به جای تبدیل کردن موفقیت‌ها به شکست) می‌افزاید. فرد مبتلا به هراس اجتماعی با اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی میزان اضطراب اجتماعی خود را کاهش داده و از بروز علائم هراس اجتماعی اجتناب کرده و آن را پیامد اجتناب از خود از حضور در این موقعیت‌ها فرض می‌کند. در نتیجه هراس اجتماعی فرد پایدار گشته و چرخه

-
1. Tuschen & Caffier
 2. Herbert
 3. Mcevoy, Mahoney, Prini & Kingsep
 4. James & Alyssa Rheingold
 5. Gallagher
 6. Otto, Gould, Warthington, Mc Ardel & Rosenbaum

معیوب ترس تداوم می‌یابد. اینطور به نظر می‌رسد که لازمه شرکت در موقعیت‌های اجتماعی و عدم اجتناب از آن‌ها، داشتن مهارت اجتماعی کافی در برخورد مناسب با این گونه موقعیت‌ها و شناخت صحیح از موقعیت و عدم تحریف باورها باشد (وکیلان، ۱۳۸۸). بنابراین در مواجهه مکرر و طولانی‌مدت با موقعیت‌های اجتماعی هراس‌آور بدون استفاده از روش‌های اجتنابی می‌توان به طور مؤثری بر اضطراب غلبه کرد (هوفمان و اتو، ترجمه چینی فروشان و آگشنه، ۱۳۹۰). بنابراین این روش درمانی افراد را تشویق می‌کند که خود را در معرض موقعیت‌های اجتماعی زندگی واقعی قرار دهند و تکرار این فرایند با بازسازی شناختی افکار ناکارآمد آن‌ها باعث کاهش علایم اختلال می‌شود. از این رو درمان کارآمد درمانی است که هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد به کمک مداخله‌های شناختی باشد. بنابراین کاهش آن در روند درمان می‌تواند یکی از نشانگرهای خوب برای میزان بهبود فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی باشد.

همچنین نتایج فرضیه دوم نشان داد درمان شناختی رفتاری گروهی باعث افزایش خودکارآمدی اجتماعی دانشجویان دختر می‌شود. بدین معنا که تفاوت معناداری (با کنترل عامل پیش‌آزمون) بین نمره‌های خودکارآمدی اجتماعی وجود دارد. یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های رودباخ (۲۰۰۶)، گادیانو و هربرت (۲۰۰۳)، لنز و همکاران (۲۰۰۳)، موریس و همکاران (۲۰۰۱)، کلارک و ولز (۱۹۹۵)، ابوالقاسمی (۱۳۹۰)، آقامحمدی و همکاران (۱۳۹۰). با توجه به نتایج پژوهش حاضر در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی در افزایش خودکارآمدی اجتماعی و بر پایه نظریه بندورا (۱۹۹۷) می‌توان گفت که افرادی که اضطراب اجتماعی بالایی دارند، اغلب احساس می‌کنند که مهارت‌های ویژه و توانایی‌های لازم برای رفتارهای میان‌فردی را ندارند و چشم‌داشت کمی از موفقیت‌های اجتماعی دارند. این امر سبب بروز اضطراب بیشتر و تداوم اضطراب در آنان می‌گردد. همانطور که کلارک و ولز (۱۹۹۵) ضمن نشان دادن رابطه فوبی اجتماعی با خودکارآمدی دریافتند، که افراد با فوبی اجتماعی بالا در مقایسه با فوبی اجتماعی پایین، به احتمال بیشتری عملکردهای اجتماعی خود را کم‌ارزش جلوه می‌دهند حتی زمانی که به طور چشمگیری موفق باشند. بنابراین بندورا بر این باور است که مؤثرترین روش برای افزایش

خودکارآمدی اجتماعی فراهم نمودن موقعیت‌هایی است که افراد بتوانند به طور موفقیت‌آمیزی مهارت‌هایی را برای افزایش اعتماد به نفس تجربه کنند، به ویژه روش‌هایی مبتنی بر ایفای نقش در موقعیت‌های اجتماعی ترس‌آور و آموزش مهارت‌هایی برای رویارویی با اضطراب در این موقعیت‌ها می‌تواند مؤثر باشد.

نتایج فرضیه سوم نشان داد درمان شناختی رفتاری گروهی باعث کاهش نشخوارفکری دانشجویان دختر می‌شود. تاکنون تحقیقات اندکی در زمینه نشخوار فکری با اضطراب اجتماعی دانشجویان شده است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج یافته‌های واتکینز^۱ (۲۰۰۸)، چنگک^۲ (۲۰۰۴)، میلنگر^۳ و آلدن (۲۰۰۰) و راجمن^۴ و همکاران (۲۰۰۰)، فیلی و همکاران (۱۳۹۰) و معماریان (۱۳۹۰) همخوان است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر در تبیین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر کاهش نشخوار فکری می‌توان گفت که مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی اغلب قبل از رویارویی با موقعیت هراس‌انگیز اجتماعی در جریان رویارویی و حتی پس از رویارویی به نشخوار فکری پیرامون عدم موفقیت خود و چگونه دیده شدن از دید دیگران پرداختند و همین نشخوارهای فکری باعث تداوم اضطراب در آن‌ها می‌گردد (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۱). همانطور که میلنگر و آلدن (۲۰۰۰) و نیز راجمن و همکاران (۲۰۰۰) دریافتند افرادی که اضطراب اجتماعی بالایی داشتند در مقایسه با کنترل‌هایی که دارای اضطراب پایین بودند نشخوار فکری پس‌رویدادی بیشتر را پس از تعامل اجتماعی نشان دادند. این نشخوار فکری یک نوع تجزیه و تحلیل ذهنی پس‌رویدادی در این مورد بود که چگونه تعامل انجام گرفته و چگونه آن‌ها آن را انجام داده‌اند. علاوه بر این نشخوار فکری هدف درمان قرار خواهد گرفت. با کمک به بیمار برای پردازش رخدادهای منفی به صورت سازگارانه‌تر، از طریق سؤالات هدایت شده می‌توان نشخوار ذهنی پس از رویداد را مورد آماج قرار داد. این کار از طریق بحث گروهی، در هنگام مرور تکالیف خانگی در درمان گروهی و یا از طریق سؤالات سقراطی در رابطه با تعریف درست

1. Watkins
2. Chang
3. Mellinger
4. Rachmann

اهداف اجتماعی و استانداردهای صحیح عملکرد در درمان فردی انجام می‌گیرد. به علاوه یافته‌های پژوهشی نشان دادند که آزمودنی‌های گروه آزمایشی توانسته‌اند علاوه بر حفظ پیامدهای درمانی جلسات گروهی بعد از پیگیری دو ماهه پس از درمان همچنان کارایی خود را حفظ کنند و یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج فدروف و تیلور^۱ (۲۰۰۱)، کلارک و همکاران (۲۰۰۳)، استراویسکی^۲ و همکاران (۲۰۰۴)، بیدل و همکاران (۲۰۰۶)، ملیانی و همکاران (۱۳۸۸) همخوان است. با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو به نظر می‌رسد درمان شناختی - رفتاری گروهی در کاهش اضطراب اجتماعی و نشخوار فکری و افزایش خودکارآمدی اجتماعی دانشجویان دختر مؤثر باشد. لذا استمرار نتایج درمان، مستلزم شناسایی و اصلاح فرض‌های زیربنایی، باورهای هسته‌ای و طرحواره‌های اولیه (علاوه بر افکار ناکارآمد) آن‌هاست.

منحصر بودن پژوهش به دختران، عدم تعمیم‌پذیری به سایر جمعیت‌ها به دلیل محدودیت سنی، جنسی، تحصیلی و جغرافیایی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر بوده است. همچنین این پژوهش با نمونه‌های بزرگتر و کنترل شده‌تر تکرار شود تا نتایج مورد ارزیابی مجدد قرار گیرد. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود تا با آموزش‌های مناسب و مستمر در زمینه افزایش خودکارآمدی اجتماعی، کاهش نشخوار فکری و اضطراب اجتماعی افراد تلاش شود و نیز با تدوین و اجرای برنامه‌هایی برای کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان صورت گیرد تا از این رهگذر بتوان آینده‌ای موفق‌تر و سالم‌تر را برای افراد و به ویژه دانشجویان رقم زد.

منابع

آقا محمدی، س. کجباف، م. نشاط دوست، ح. عابدی، ا. کاظمی، ز و صادقی، س. (۱۳۹۰).
 اثربخشی آموزش خودکارآمدی بر روابط اجتماعی دختران فراری: پژوهش مورد
 منفرد. *مجله روانشناسی بالینی*، سال سوم، شماره ۲ (پیاپی ۱۰).

1. Fedorof & Taylor
 2. Stravynski

ابوالقاسمی، ع. و. بیگی، پ. ن. م. (۱۳۹۰). بررسی اثربخشی دو روش آموزش شناختی - رفتاری و مهارت‌های تنظیم هیجان بر خودکارآمدی و سازگاری تحصیلی دانش‌آموزان دارای اضطراب امتحان. *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، شماره بیست و دوم، سال هفتم.

حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۸۸). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: ساوالان.

حیدری، س. و ایرانپور، ز. (۱۳۹۰). رابطه بین اضطراب اجتماعی، جهت‌گیری مذهبی و حمایت اجتماعی با سلامت روانی در دانشجویان کارشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز. اولین همایش ملی روانشناسی سلامت دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

خیر، م. استوار ص. لطیفیان م. تقوی م. و سامانی، س. (۱۳۸۷). اثر واسطه‌گی توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری‌های داوری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. سال چهارم، شماره ۱، ص ۳۲-۲۴.

داداش‌زاده، ح. یزداندوست ر. غرابی، ب. و اصغرنژاد، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و مواجهه درمانی بر میزان سوگیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال هجدهم، شماره ۱، ص ۵۱-۴۰.

رضوی، ع. کاظمی، س. و محمدی، م. (۱۳۹۰). بررسی رابطه صفات شخصیتی و سبک‌های مقابله‌ای با اضطراب اجتماعی دانشجویان نابینا و عادی دانشگاه‌های استان فارس. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی*، شماره ۴، سال اول.

سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۸). *خلاصه روانپزشکی - علوم رفتاری*. ترجمه: پورافکاری، نصرت ا. تهران: انتشارات شهرآب (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷).

فیلی، ع. برجعلی، ا. سهرابی، ف. و فرخی، ن. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل برنشخوارفکری زنان نابارور افسرده. *ارمغان دانش*، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*. دوره ۱۷، شماره ۱.

- کاپلان، هارولد و سادوک، ویرجینیا. (۱۳۸۸). خلاصه روانپزشکی آمریکا. ترجمه: رضاعی، فرزین. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷).
- معماریان، سپیده. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش کنترل توجه بر کاهش سوگیری توجه به محرک‌های اضطراب اجتماعی در بهبود شاخص‌های درمانی افراد مضطرب اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد
- ملیانی، م. شعیری، م. قائدی، غ. بختیاری، م. و طاولی، آ. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. سال پانزدهم، شماره ۱، ص ۴۹-۴۲.
- مهرایی‌زاده، م. نجاریان، ب. و بهارلو، ر. (۱۳۷۸). رابطه کمال‌گرایی و اضطراب اجتماعی. *مجله روانشناسی*. شماره ۳.
- نوابی‌نژاد، شکوه. (۱۳۸۳). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی گروهی*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه (سمت).
- نیسی، ع. شهنی ییلاق، م. و فراشبندی، ا. (۱۳۸۴). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب عمومی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی با اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز پایه اول دبیرستان‌های شهرستان آبادان. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، دوره سوم، سال اول، روز دهم، شماره ۳، ص ۱۵۲-۱۳۷.
- وکیلان، س. و قنبری هاشم‌آبادی، ب. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی. *مجله روانشناسی بالینی*، سال اول، شماره ۲، ص ۲۸-۱۱.
- هوفمان، استفان و اتو، میثائل. (۱۳۹۰). *درمان شناختی-رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی*. ترجمه: مسعود چینی‌فروشان، و منصور آگشنه. تهران: انتشارات ارجمند (تاریخ انتشار به زبان اصلی ندارد).

- Acarturk, C. Smit, F. Deraaf, R. Straten A. Ten Have, M. Gijpers, P. (2008). Economic costs of social phobia: A population Based study. *Journal of Affective Disorder in press*.
- American psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of disorders* (4 ed. text revision). Washington, DC: APA.
- Beidel, D. C. Turner, S. M. young, J. (2006). *social Effectiveness Therapy for children: Five years Later*. Behavior Therapy, 37: 416- 425.
- Chang, E. C. (2004). *Distinguishing between ruminative and distractive responses in dysphoric college student: Does indication of past depression make a difference?* Personality and Individual Differences, 36, 845 – 855.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. INR. G. Heimberg, M.R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. S. Schneier (Eds), *social phobia: Dignosis, assessment, and treatment* (pp. 69 – 93). 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, 1058-1067.
- Davis, R. N. & Nolen – Hoksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminations and on ruminators. *Cognitive Therapy and Research*, 24, 699- 711.
- Fedoroff, I. C. Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta analysis. *Journal of clinical psychopharmacology*, 21, 311-324.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta psychiatrica scandinavica*, 105, 84-93.
- Gaudiano, B. A. & Herbert, J. D. (2003). Preliminart psychometric evaluation of a new self – efficacy outcome in social anxiety disorder. *Cognitive therapy and research*. 27, 537 – 555.
- Garcia sanchez G. (2004). *Effectiveness of cognitive behavioral group therapy in patients with anxiety*. Psychol Spain, 8: 89 – 97.
- Gallagher, Heather M. & Rabian, Brian A. & McClosk, Michael S. (2003). *A brief Group cognitive – Behavioral intervention for social phobia in childhood*. Anxiety Disorders, 18, 459 – 479.
- Herbert, James, D. & Gaudiano, Brandon A. & Rheingold, Alyssa A. Moltra, Ethan & Myers, Valerie H. & Dalrymple, Kristy L. & Brandsma, Lynn L. (2009). Cognitive behavior therapy for generalized social anxiety disorder in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 167- 177.
- Herbert, J. D. Rhringold, A. A. Goldstein, S. G. (2002). Brief cognitive Behavioral Group therapy for social Anxiety Disorder. *Cognitive And Behavioral practice*. (9): 1 – 8.

- Heimberg, R. G. & Becker, R. E. (2002). *Cognitive – behavioral group Therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford press.
- Hofmann, S. G. (2007). Enhancing exposure- based therapy from a translational research perspective. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1987- 2001.
- Hofmann, S. G. & Scepkowski, L. A. (2006). Social self – reappraisal therapy for social phobia: Preliminary finding. *Journal of cognitive psychotherapy*, 20, 45- 57.
- James, D. Herbert & Alyssa A. Rheingold. (2004). Standard versus Extended cognitive –Behavior therapy for social anxiety disorder: A randomized-controlled trial. *Behavioral and cognitive psychology*, 32, 131- 147.
- Kessler, R. C. Berglund, p. Demler, O. (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.
- Lamp, L. A. (2009). Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment. *Australia and New Zealand Journal of psychology*, 43, 887 – 898.
- Lenz, A., Elizabeth, R., shortage – Bagget Lillie, M. (2003). *Self – efficacy in nursing: research and measurement perspectives*. New York: spriner publishing co.
- Luminet, O. (2004). Measurement of Depressive Rumination and Associated constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds). *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (PP. 187- 215). New York: Wiley.
- Mcevoy, P. M, Perini, S. J. (2009). Cognitive Behavioral Group therapy for social phobia with or without Attention Training: A controlled Trial. *Journal of Anxiety Disorders*.(23) : 519 – 528.
- 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): 617 – 623.
- Mellings, M. B. Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effect of self- focus, rumination, and anticipatory processing. *Behaviour Research and therapy*, 38, 243- 257.
- Muris, P. Schmidt, H., Lombrichs, R. and Meesters, d. (2001). *Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents*.
- Otto, Michael, w. & Pollack. Mark, H. & Gould, Robert, A. & Worthington III, John J. & Mc Ardle, B. A. Eliza T. & Rosenbaum, Jerrold F & Richard G. Heimberg. (2000). A comparison of the Efficacy of clonazepam and cognitive – Behavioral Group therapy for the Treatment of social phobia. *Journal of Anxiety disorder*: vol. 14, No. 4, 345 – 358.

- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of clinical metacognitive. *model of rumination and depression cognitive therapy and Research*, 27, 261 – 273.
- Rapee, R. M. Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinpsychol Rev*, 24 (5), 737 – 67.
- Rachmann, S. Gruter- Andrew, J. & Shafren, R. (2000). *Post- event processing in social anxiety Behaviour Research and therapy*, 38, 611- 617.
- Rodebaugh, T. L. (2006). Self – efficacy and social behavior. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 44, 1831 -, 1838.
- Rood, L. Roelofs, J. Bogels, S. M. Nolen – Hoeksema, S. schouten, E. (2009). The influence of emotion – focused rumination and distraction on depressive symptoms in non – clinical youth: *A meta – analytic review – clinical psychology Review*, 29(7): 607 – 16.
- Schif, M. Suvak, M. K, Bieling, A. M. Mc Cabe, P. J. R andi, E. (2007). Group chesion in cognitive – behavioral group treatment for social anxiety schizophrenia. *Behave Res Thr*, 45: 687 – 98.
- Segerstom, S. C. Tsao, J. C. I. Alden, L. E. Clark, M.G. (2000). Worry and rumination: Repetitive thought as a concomitant and predictor of negative mood. *J cognitive Therapy and Research*. 24 (6): 671 – 88.
- Stein, B. Gelern ter, J. & Smoller, J, W. (2004). Genetic of social Anxiety Disorder And Related Traits In B. Bendelow & Stein (Eds). *Social Anxiety Disorder* (p.p) 173- 187.
- Stravynski, A. Bond, S. Amado, D. (2004). Cognitive causes of social phobia: A critical appraisal. *clinical psychology Rrview*, 24: 421-440.
- Tangney, J. P. Baumeister, R. F. & Boone, A. L. (2004). High self – control predicts good adjuatment, Less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of personality*, 72, 271 – 322.
- Taube – Schiff, Marlene & Suvak, Michael. K. & Antony, Martin M. & Bieling, peter J. & McCOBE, Randi E. (2007). Group chesion in cognitive – behavioral group therapy for social phobia. *Behavior Research and therapy*, 45, 687- 698.
- Treynor, W. Gonzalez, R. & Nolen – Hoeksema. (2003).Ruminative Reconsidered: A psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 27 (3), 247- 259.
- Tuschen – Caffier, Brunna & Kuhl, Sigrid & Bender, Carolin. (2011). Cognitive – evaluative features of childhood social anxiety in a performance task. *Journal of Behavior thrapy and Experimental psychiatry*, 42, 233 – 239.
- Turk, C. L. Heimberg, R. G. & Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorder. In: H. Barlow (Ed). *Clinical handbook of psychological disorder: A step-by- step Treatment*(3.ed). New York: Guilford press.

- Watson, D. & Friend, R. (1969). Measurement of social – evaluative anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 33 (4), 448 – 457.
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*. 134 (2). 163- 206.
- Wells, A. (2004). Metacognitive Therapy for PTSD. A. core treatment manual. *Cogn Behav prac*, 11: 365- 77.
- Wells, A. (2001). *Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy*. UK: wiley publication.