

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری فردی مبتنی بر الگوی هافمن و خانواده درمانی ساختاری در اضطراب اجتماعی دختران سوم دبیرستان منطقه ۳ شهر تهران در سال تحصیلی ۹۴-۹۵

مریم محمدی^{۱*}، رضوان پاکپور^۲، الهه پاکپور^۳

۱- دانشجوی دکتری تخصصی مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال، دانشکده علوم انسانی

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه الزهرا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

۳- دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه تهران، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

خلاصه

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن و خانواده درمانی ساختاری بر کاهش اضطراب اجتماعی روی دانش آموزان دختر سوم دبیرستان انجام گرفت. روش مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. گروه نمونه متشکل از ۲۱ نوجوان دختر سوم دبیرستان، که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس به عنوان نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی در سه گروه قرار داده شدند. به طوریکه ۷ نفر از مبتلایان یاد شده به شکل تصادفی در گروه آزمایش اول و ۷ نفر در گروه آزمایش دوم و ۷ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش اول بر اساس الگوی هافمن (فردی) تحت درمان قرار گرفت و گروه آزمایش دوم بر اساس خانواده درمانی ساختاری تحت درمان واقع شد و گروه کنترل در انتظار ماند. ابزار های این پژوهش شامل مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوییتس (LSAS)^۱ و مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (SCIA-IV)^۲ بود. از روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و همچنین از روش کواریانس برای تجزیه و تحلیل داده ها استفاده شد. نتیجه گیری: نتایج نشان داد که از بین دو رویکرد درمان شناختی رفتاری فردی و خانواده درمانی ساختاری، خانواده درمانی ساختاری در اثربخشی بر نشانه های اضطراب اجتماعی موثرتر از درمان شناختی رفتاری فردی است.

* mmaryam.mohammadi@yahoo.com

¹ Libeowits social Anxiety scal

² The clinical interview DSM-IV-TR volume

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن، خانواده درمانی ساختاری، اختلال اضطراب اجتماعی

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۳ از جمله اختلالات شایع روانشناختی است که پیش‌آگهی نسبتاً نامناسبی دارد، یعنی در صورت عدم درمان کل زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد. توجه به این نکته بسیار مهم است که اگر چه ظاهر اختلال بسیار ساده است، یعنی فرد از ارزیابی دیگران می‌ترسد، ولی مشکل حقیقتاً دشوار است [1].

مراد از اختلال اضطراب اجتماعی ترس آشکار و پیوسته از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است و از این باور فرد ناشی می‌شود که او در این موقعیت‌ها به طرز خجالت‌آور یا تحقیر آمیزی رفتار خواهد کرد. اضطراب اجتماعی، ترس از موقعیت و تعامل با دیگران است که به صورت خودکار منجر به احساسات خودآگاهی و قضاوت و ارزیابی و انتقاد می‌شود. به عبارت دیگر، اضطراب اجتماعی، ترس و اضطراب از ارزیابی قبلی و قضاوت منفی توسط دیگران است که منجر به احساسات شرم و حقارت و افسردگی و عدم کفایت می‌شود. اگر فردی به طور معمول در موقعیت‌های اجتماعی، مضطرب شود، اما زمانی که تنهاست خوب به نظر برسد، احتمالاً علت آن اضطراب اجتماعی است [2].

این اختلال که سن شروع آن پایین و شیوع آن بین ۷٪ تا ۱۲٪ و گاهی بالای ۱۳٪ گزارش شده است. با سطوح بالای اختلال کارکردی در زندگی هیجانی، حرفه‌ای و بین فردی ارتباط دارد و حتی مقدم بر شروع اختلالات اضطرابی دیگر، اختلالات خلقی و اختلالات وابسته به مواد و سوءمصرف مواد است [2].

اختلال اضطراب اجتماعی علاوه بر میزان شیوع بالایی که دارد، اغلب در اوایل دوران جوانی شروع شده به طور قابل ملاحظه‌ای در شکل‌گیری طبیعی موقعیت‌های سازگاری مداخله کرده و منجر به اختلال در مکانیسم‌های مقابله‌ای می‌شود. اختلال اضطراب اجتماعی در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد با دیگر مشکلات روان‌پزشکی هم‌ایندی دارد و اگر مداخلات درمانی صورت نگیرد،

³Social anxiety disorder

این اختلال به دوره طولانی از ناتوانی منجر شده و فرد مبتلا مشکلات زیادی را در حوزه ی کارکرد شخصی و اجتماعی خود متحمل می شود[3].

بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، ویرایش پنجم (DSM -5)^۴ (انجمن روان پزشکی آمریکا) اختلال اضطراب اجتماعی (جمعیت هراسی)^۵ فرد مبتلا، نسبت به تعاملات اجتماعی و موقعیت هایی که ممکن است توسط دیگران زیر نظر قرار گرفته شده و تجزیه و تحلیل شود، مضطرب و بیمناک است و از آنجا پرهیز می نماید. این تعاملات اجتماعی شامل مواردی مانند: ملاقات افراد غریبه، مکان هایی که امکان مشاهده خوردن و نوشیدن فرد وجود دارد و موقعیت هایی که فرد باید جلوی جمع صحبت کند یا کاری انجام دهد، می باشد. وی از موقعیت های اجتماعی مذکور اجتناب می ورزد یا تحمل آن با ترس و اضطراب شدیدی همراه است. عقاید شناختی همراه عبارتند از: مورد ارزیابی منفی دیگران قرار گرفتن، شرمنده شدن، تحقیر شدن، طرد شدن یا رنجاندن دیگران[4].

نگرانی دیگر بیمار این است که به گونه ای رفتار نماید که غیر عادی به نظر برسد با علائمی مانند: برافروختگی، لرزش صدا، تعریق، لکنت یا نگاه خیره در وی پدیدار شود که نشان دهنده اضطراب وی است و موجب برداشت منفی دیگران درباره وی می شود [5].

این اختلال عملکرد تحصیلی، خانوادگی و و نیز بهره وری اقتصادی فرد را به طور قابل ملاحظه ای مختل می سازد و مبتلایان را در معرض بالای ابتلا به اختلال افسردگی اساسی^۶ بر اضطراب اجتماعی و کاهش سطح کیفیت زندگی قرار می دهد[6].

به طور کلی، برآورد بسامد اضطراب ها در جمعیت، کار دشواری است؛ زیرا تمایز مشخصی بین هراسها و ترس های هنجار و اضطراب وجود ندارد و مردم سعی دارند اضطراب خود را پنهان نگه دارند. به نظر می رسد که اضطراب خفیف بسیار شایع است و یک نهم افراد بالغ در دوران کودکی اولیه از این نشانه ها رنج می برند، گرچه بیشتر آن ها تا سن شش سالگی از بین می رود. در دوران بزرگسالی، اضطراب در زنان اندکی بیشتر از مردان است. حدود ۶۰٪ از بیماران اضطرابی که به طور سرپایی درمان می شوند، بیرون هراس ها هستند و بیماران دارای اضطراب اجتماعی، دومین گروه را تشکیل می دهند [7].

اضطراب یک حالت هیجانی است و به دنبال ارزیابی اطلاعات درباره رویداد تهدید کننده یا ادراک توانایی شخصی برای رویارویی با آن پدید می آید. اگر یک رویداد فراتر از توانایی رویارویی شخصی ادراک شود، ناتوانی ضمنی برای رویارویی به طور موثری می

⁴Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders-5

⁵Social phobia

⁶Major Depressive Disorder

تواند حالت اضطراب را در پی داشته باشد. درک ارتباط میان اضطراب اجتماعی، توجه متمرکز بر خود، خودکارآمدی برای موقعیت های اجتماعی و سوگیری های شناختی، تلویحات مهمی برای درمان اضطراب اجتماعی دارند زیرا برخی افراد با اختلال اضطراب اجتماعی دارای توانمندی های زیادی برای انجام رفتارهای مناسب در موقعیت های اجتماعی هستند، که از انجام آن ناتوانند، زیرا می اندیشند که این توانایی ها را ندارند و همچنین با توجه زیاد به خود گمان می کنند که دیگران ارزیابی منفی از آنان دارند. تلاش در راستای کاهش توجه به خود شاید به عنوان بخشی از درمان موثر باشد [8].

موضوع شناسایی و مدیریت اضطراب و مولفه های شناختی، رفتاری و هیجانی، بخش عمده ای از ظرفیت های حوزه سلامت روانی را در دنیا به خود اختصاص داده است. حجم عظیمی از پژوهش های آسیب روانی در طی دهه های گذشته به این پدیده چند وجهی اختصاص داشته است و به این ترتیب چندین مدل برای تبیین اضطراب و مدیریت آن پیشنهاد شده که هر یک از این مدل ها به برخی از جنبه های شناختی، رفتاری، زیستی-جسمانی و هیجانی این پدیده بیشتر پرداخته اند. از این میان دیدگاه های شناختی-رفتاری سهم بسزایی در پژوهش و ابداع روش درمان را به خود اختصاص داده اند [9].

در تحقیقاتی که توسط انستیتو ملی بهداشت^۷ حمایت می شود دو درمان موثر را جهت اضطراب اجتماعی پیشنهاد می کنند: (۱) دارو درمانی که شامل استفاده از بنزو دیازپین ها و گاهی بتابلوکرها می باشد، که بتابلوکرها با تاثیر کاهش ضربان قلب و کاهش فشار خون در برطرف کردن علائم اضطراب مفیدند. (۲) رفتار درمانی شناختی^۸ که در درمان اضطراب اجتماعی به مراتب مفیدتر و مثمرتر از درمان دارویی می باشد. رفتار درمانی شناختی اجزاء مختلفی دارد، یکی از این اجزاء، در معرض موقعیت های ناخوشایند قرار دادن یا مواجهه^۹ جهت کاهش دادن حساسیت بیمار می باشد [10].

عقیده بر این است که گرچه «درمان شناختی - رفتاری» (CBT)، یک شکل موثر مداخله برای اضطراب اجتماعی به نظر می رسد، هنوز نیاز به تلاش های گسترده تر در این حوزه به چشم می خورد [11].

با توجه به اینکه درمان های شناختی - رفتاری به عنوان درمانهای شناخته شده موثری در زمینه اختلال اضطراب اجتماعی لحاظ می شوند، بنابراین، تحول الگوهای نظری در تبیین اضطراب اجتماعی و به دنبال آن، طراحی راهنماهای درمانی خاص این اختلال، لازمه پیشرفت آثار درمانی و همواره مد نظر متخصصان امر پژوهش و درمان حوزه اضطراب است [12].

⁷ Natial institute of mwntal Health

⁸ Cognitive behavior therapy

⁹ exposure

در این میان در جریان تحول الگوهای درمانی خاص اضطراب اجتماعی، می توان به الگوی هافمن (۲۰۰۷) به عنوان یک «الگوی جامع و خاص اختلال»^{۱۰} اشاره کرد. هافمن، درمان شناختی رفتاری جدید خود را «درمان ارزیابی مجدد خود اجتماعی»^{۱۱} (SSRT) معرفی می کند و از تکنیک های درمانی برای اصلاح ادراک مراجع از «خود»^{۱۲} در موقعیت های اجتماعی استفاده می نماید که طی آن، ضمن استفاده از بازسازی شناختی غیرمستقیم و مواجهه با موقعیت، به منظور اصلاح «خود-ادراکی منفی»^{۱۳} از تکنیک های خاصی نیز استفاده می شود [13].

از میان درمان های شناخته شده همچنین می توان به خانواده درمانی اشاره کرد، خانواده درمانی ساختاری برای سنجش خانواده عمدتاً می کوشد به ساختار والگوهای تبدیلی جاری آن توجه کند. به بستر یا زمینه اجتماعی که رفتار بدکار خود را در آن نشان می دهد، عنایت خاصی دارد. به همین دلیل، موضوع اصلی آنها در ارزیابی هر خانواده عبارت است از سازمان مرتبه ای خانواده، توانایی خرده نظام ها در اجرای کارکردهای خود، اتحادها و تبانیهای احتمالی خانواده، نفوذپذیری مرزهای فعلی و انعطاف پذیری یا انعطاف ناپذیری آن در برآورده ساختن نیازهای همه اعضا در شرایط مقتضی. خانواده درمانی ساختاری به تبادلهای فعلی توجه دارد و برای عمل بها و اولویت بیشتری می دهد تا برای بینش و درک. کل رفتار، از جمله نشانه های موجود در بیمار معلوم، در بستر ساخت خانواده مورد توجه قرار می گیرد [14].

همچنین یکی از وسیع ترین پژوهش ها که در مورد ارزیابی اثر خانواده درمانی در درمان اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، با حمایت انستیتو ملی بهداشت روان آمریکا انجام شد نشان داد که اثربخشی خانواده درمانی در مقایسه با درمان انفرادی کودک و نوجوان از نظر حفظ یکپارچگی خانواده در دراز مدت بیشتر است [15].

با در نظر گرفتن این که اختلال یا بیماری یک عضو خانواده احتمالاً بر عملکرد سایرین نیز تاثیر منفی گذاشته و از طرف دیگر می تواند ناشی از روابط نامطلوب با سایرین و بالاخص والدین باشد. فرد مشکل دار در واقع نشانه اشکال و اختلال در سیستم و کل اعضای خانواده خواهد بود [16].

اگر کانون خانواده در برگیرنده محیط سالم و سازنده همراه با روابط گرم و صمیمی تعامل بین فردی باشد، موجب رشد و پیشرفت همه جانبه اعضای خانواده می شود. پدر یا مادر شدن، واقعه ای جسمی، روانی و اجتماعی است که اساساً روش زندگی زوجین را

¹⁰ Comprehensive and disorder-specific CBT model

¹¹ Social self-perception

¹² self

¹³ Negative self-perception

دگرگون می‌کند. وارد شدن فرزند به جمع خانواده بر نحوه زندگی زوجین (مثلا محل زندگی و منزل)، روابط زناشویی (نظیر تماس های جنسی) و تنش های پدران و مادرانه (مانند تقاضای جدید) تاثیرگذار خواهد بود. بررسی ها، تاثیر تنیدگی والدینی در افزایش افسردگی و اضطراب در والدین را به منزله مولفه عمده سلامت روانی آشکار نموده اند [17].

همچنین شواهد علمی مبتنی بر تحقیقات در دهه های اخیر اثربخشی خانواده درمانی را در مشکلات متعددی نظیر اختلالات عاطفی در کودکی و نوجوانی، اختلالات روان تنی، اختلالات رفتار، سوء استفاده جسمانی از کودک و ... نشان داده است [16].

دو روش درمانی، شناختی رفتاری فردی و خانواده درمانی ساختاری به دو شکل متفاوت بر اضطراب اجتماعی اثربخش هستند. زیرا به ترتیب یکی فقط فرد را مورد توجه و تغییر قرار می دهد و دیگری فرد را در ارتباط با خانواده یعنی تغییر در سیستم خانواده مورد بررسی قرار می دهد [18].

گاهی خانواده جلوی پیشرفت درمان بیمار را می گیرد یا در برابر توصیه های درمانگر مقاومت می ورزد. در نتیجه با درگیر کردن خانواده در درمان، بخشی از این مقاومت رفع می شود. گاهی نیز مشکلات بیمار (یا حتی بهبود بیمار در حین درمان) به شدت تحت تاثیر ساختار خانواده است و درمان کل خانواده را ضروری می سازد. خانواده درمانگران ساختاری کارکرد خانواده را متضمن ساخت خانواده، زیر منظومه ها و مرزها می دانند و نقشه خانواده را به طور ذهنی ترسیم می کنند و در پیاده کردن ساخت مناسب خانواده تلاش می کنند [18].

در واقع خانواده درمانی ساختاری مداخله ای است که بر تغییر تعاملات بین اعضای خانواده متمرکز است و در آن تلاش می شود کارکرد خانواده به عنوان واحدی متشکل از تک تک اعضای خانواده بهبود یابد [19].

بنابراین به نظر می رسد به کارگیری و توسعه روش های درمانی مبتنی بر خانواده درمانی بتواند به تغییر و اصلاح الگوهای ارتباطی زوجین و اعضای خانواده منجر شود. در نتیجه اختلالات عاطفی رفتاری کودکان و نوجوانان نیز در خانواده، درمان شده و امکان بازگشت مجدد بیماری به علت تغییر شرایط نامطلوب به شرایط مطلوب خانواده از بین می رود [16].

نتایج حاکی از آن است که تاثیر خانواده درمانی در درمان ترس از تاریکی، هراس مدرسه، اختلال اضطراب تعمیم یافته، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال وسواس - اجبار بیش از روش های انفرادی و دارو درمانی (بیش از ۷۵٪) بوده است [16].

اخیرا شواهدی دال بر برتری خانواده درمانی ساختاری بر درمان شناختی رفتاری فردی مطرح شده است، در پژوهش های مقایسه ای از میان درمان با رویکردهای انفرادی و درمان مبتنی بر خانواده، موفقیت بیشتر خانواده درمانی از حیث کیفی و کمی و تداوم درمان در زمینه اختلالات اضطرابی ذکر شده است [15].

در پژوهش حاضر از بین نظریه های موجود، دیدگاه شناختی رفتاری فردی مبتنی بر الگوی هافمن (۲۰۰۷) و خانواده درمانی ساختاری انتخاب شده که عنصر اصلی آنها به ترتیب، مواجهه با موقعیت های ترس آور و توجه به بستر یا زمینه اجتماعی که رفتار بدکار خود را در آن نشان می دهد می باشد، تا به روشنی مشخص شود که کدامیک از دو شیوه درمان شناختی رفتاری و خانواده درمانی ساختاری، در کاهش علائم اضطراب اجتماعی موثرتر است. مطالعه پیش رو، با مقایسه تاثیر روش درمان شناختی رفتاری فردی و خانواده درمانی ساختاری بر دانش آموزان دختر دبیرستان طراحی شده است.

با توجه به این که خانواده درمانی ساختاری در مقایسه با روش درمان شناختی رفتاری فردی کارآیی بیشتری نشان داده است پس ضروری به نظر می رسد که این قیاس در نمونه های ایرانی هم صورت گیرد.

روند اجرای پژوهش

در این پژوهش که از نوع پژوهش های نیمه آزمایشی است برای تعیین اثربخشی روش های شناختی رفتاری فردی و خانواده درمانی ساختاری در کاهش میزان اضطراب اجتماعی، از طرح آزمایشی پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد، انتخاب آزمودنی ها به گروه های آزمایشی و کنترل، به صورت تصادفی انجام شد و مداخلات درمانی توسط درمانگر اعمال گشت.

در این مطالعه، مداخلات درمانی به عنوان متغیرهای مستقل و سطح اضطراب اجتماعی، به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شدند. جنسیت، سطح اقتصادی و میزان تحصیلات و منطقه زندگی خانواده و تعداد فرزندان در خانواده متغیرهای کنترل بودند. جامعه ی پژوهش حاضر دربرگیرنده کلیه دختران پایه سوم دبیرستان منطقه ۳ تهران بود. پس از اعلام برگزاری جلسات در کلینیک آموزش و پرورش منطقه ۳ تهران، از دختران متقاضی و علاقمند به شرکت در درمان فردی و خانواده درمانی ساختاری ثبت نام به عمل آمد. سپس افراد داوطلب از لحاظ اضطراب اجتماعی مورد سنجش واقع شدند.

بر اساس نقطه برش ۵۵ در مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتس و مصاحبه بالینی نیمه ساخت یافته بر اساس راهنمای تشخیصی-آماري اختلالات رواني (SCID)^{۱۴}، تعداد ۲۱ نفر مبتلا به اضطراب اجتماعي شناسايي و انتخاب شدند. سپس به سه گروه ۷ نفره تقسيم شدند، گروه آزمایش اول جهت درمان شناختي-رفتاري و گروه آزمایش دوم جهت خانواده درمانی ساختاری جایگزین شدند و گروه سوم که به عنوان گروه کنترل هیچگونه درمانی روی آن صورت نپذیرفت. البته در انتخاب اعضای گروه‌های آزمایش و گروه کنترل به این مسئله توجه شد که افراد دارای اضطراب اجتماعي خفيف و متوسط و شديد به نسبت مساوي در گروه‌ها شرکت داده شوند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به اضطراب اجتماعي، مونث بودن و رضایت به مشارکت در پژوهش. پس از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در گروه درمانی، آزمودنی‌ها سایر مقیاس‌های پژوهش را تکمیل کردند. در انتهای جلسه دوازدهم در روش شناختي رفتاري و در انتهای جلسه دهم در روش خانواده درمانی ساختاری کلیه آزمودنی‌ها توسط پرسش‌نامه‌های پژوهش مجدد مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جامعه آماری

جامعه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، شامل دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در پایه سوم دبیرستان‌های دولتی دخترانه منطقه ۳ شهر تهران است.

نمونه تحقیق

نمونه آماری مورد مطالعه در این پژوهش، ۲۱ نفر از دانش‌آموزان مشغول به تحصیل در پایه سوم دبیرستان دولتی دخترانه در منطقه ۳ آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۹۴-۹۵ است. تعداد نهایی هر کدام از نمونه‌های درمان شناختي رفتاري انفرادی و خانواده درمانی ساختاری به ۷ نفر رسید.

ابتدا با مراجعه به اداره آموزش و پرورش کل شهر تهران، از بین مناطق آموزش و پرورش، منطقه ۳ به طور تصادفی انتخاب شد. از میان مدارس منطقه ۳ شهر تهران، دبیرستان ایران به علت در دسترس بودن و نیز داشتن روان‌شناس بالینی به عنوان مشاور مدرسه، برگزیده شد.

¹⁴The Clinical Interview

در مرحله اول، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوییتس (LSAS) (۱۹۸۷) روی ۹۰ دانش آموز پایه سوم دبیرستان اجرا شد. در مرحله دوم، دانش آموزانی که نمره لازم برای تشخیص اضطراب اجتماعی را کسب کرده بودند مورد مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته بر اساس DSM-5 توسط محقق و مشاور مدرسه قرار گرفتند. در مرحله سوم، نمونه نهایی شامل ۲۱ دانش آموز که بالاترین نمرات (بالای نقطه برش) را در آزمون استفاده شده کسب کرده بودند و در مصاحبه بالینی نیز دارای معیارهای DSM-5 بودند، انتخاب شدند که به صورت تصادفی ۷ نفر در گروه مربوط به درمان شناختی رفتاری انفرادی و ۷ نفر دیگر در گروه مربوط به روش خانواده درمانی ساختاری جایگزین شدند و ۷ نفر باقی مانده نیز در گروه کنترل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه انتخاب شده برای سنجش اضطراب اجتماعی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوییتس و مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته DSM-5 است. که به ترتیب در ذیل توضیح داده می شود:

مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوییتس (LSAS) (۱۹۸۷): اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده ای از موقعیت های اجتماعی را ارزیابی می کند که مواجهه شدن با آن ها برای افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مشکل است. این پرسشنامه دارای ۲۴ عبارت و دو زیر مقیاس اضطراب عملکرد و اجتناب از موقعیت های اجتماعی است. هر یک از زیر مقیاس ها، به طور جداگانه درجه بندی شده است. ترس به (۰ تا ۳، اصلا، کم، متوسط، شدید) و رفتار اجتنابی (۰ تا ۳، هرگز، به ندرت، اغلب یا همیشه) درجه بندی می شود. این آزمون، یک نمره اضطراب اجتماعی کلی را به دست می دهد.

ویژگی های روان سنجی:

پایایی^{۱۵}: برای بررسی پایایی این آزمون از روش ضریب آلفای کرونباخ^{۱۶} استفاده شده است. ضریب آلفای کلی برابر با ۰.۹۵ و ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد ۰.۸۲ و ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب اجتماعی ۰.۹۱ گزارش شده است [20].

روایی^{۱۷}: به منظور بررسی اعتبار همگرا، این آزمون با مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی (ماتیک^{۱۸} و کلارک، ۱۹۹۸) مقایسه شد. روایی آن با استفاده از پرسشنامه بک ۰.۸۷ و اعتبار خرده مقیاس اضطراب اجتماعی در مطالعه اناری ۰.۸۲ بدست آمد [20].

¹⁵ reliability

¹⁶ Kronbach

شیوه نمره گذاری :

برای کسب نمره کلی، نمرات مربوط به هراس و اضطراب از عملکرد و اجتناب از موقعیت ها با هم جمع می شوند.

مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته DSM – 5

مصاحبه مذکور بر مبنای ملاکهای تشخیصی DSM_IV و به منظور تشخیص اختلالات روانی به صورت ساخت یافته طراحی شده است و با به پرسش نهادن نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را تایید می نماید و اختلال هایی چون اختلال هراس، اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی، اختلال شخصیت اجتنابی و اختلال طبی کلی یا اختلال روانی دیگر که ترس این اختلال با آن ربط ندارد، چون ترس مربوط به لکنت زبان، لرزش در بیماری پارکینسون، ابراز رفتارهای نابهنجار مربوط به خوردن در بی اشتهائی روانی یا پر اشتهائی روانی را رد می کند. اعتبار و قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار در پژوهش شریفی و همکاران تایید شده است. در این مطالعه مشخص شد که اعتبار تشخیص گذاری با SCID تقریباً در تمام تشخیص ها قابل قبول (۰.۷) می باشد.

در مطالعه حاضر، پس از سرند کلی و انتخاب نمونه مورد مطالعه در گروه های آزمایش و اجرای پیش آزمون بر اساس ابزارهای مورد استفاده، درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸) و خانواده درمانی ساختاری 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 بر اساس ابزارهای مورد استفاده اجرا گردید و پس از آن نیز آزمودنی های هر دو گروه آزمایش و کنترل، با فاصله یک ماه و نیم پس از پایان درمان / انتظار مورد پیگیری و ارزیابی قرار گرفتند.

رئوس کلی درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی هافمن (هافمن و اتو، ۲۰۰۸)

درمان ارائه شده در قالب ۱۲ جلسه فردی برای هر مراجع اجرا شد. محتوای جلسات به ترتیب زیر می باشد: جلسه اول: برقرار کردن رابطه درمانی- ایجاد آرامش در فرد برای مواجهه با موقعیت های اجتماعی دشوار- معرفی کلی مدل درمان با تاکید ویژه بر

¹⁷ Validity

¹⁸ Matic

مواجهه- ترغیب بیمار در جهت بیان دلیل شرکت در درمان-کمک به بیمار جهت ابراز وجود- بررسی وجود یا عدم وجود هراس های دیگر بیمار- تکالیف مواجهه ای به صورت تکالیف خانگی.

جلسه دوم : مرور تکالیف خانگی جلسه قبل- مرور مدل درمانی- مواجهه در جلسه به صورت توضیح مدل درمانی و منطق آن در حضور درمانگر و دوربین- تکالیف خانگی.

جلسه سوم تا ششم: مرور تکالیف خانگی- صحبت در مورد موضوعی بسیار شخصی توسط بیمار- ایجاد سطحی از ناراحتی و اضطراب در درمانجو مانند: صحبت در مورد موضوعی که بیمار اطلاعات اندکی در مورد آن دارد- آوردن حضار جدید به جلسه - قطع کردن سخنرانی در جاهای مختلف - ساخت سلسله مراتب ترس و اجتناب- از بیمار خواست تا قبل از سخنرانی‌ش شنا برود ، تند تند نفس بکشد یا از پله ها بالا برود - توضیح تمرین خود بازبینی- از بیمار خواست تا آوازی کودکانه بخواند و یا سازی بنوازد - تکالیف خانگی .

جلسه هفتم تا آخر : معرفی مواجهه طبیعی خارج از جلسه - تعیین میزان متوسط و حداکثر اضطراب در طول مواجهه - بررسی پیامد موقعیت ایجاد شده - بررسی میزان دوام پیامد .

جلسه آخر : ارزیابی پیشرفت - تصمیم گیری درباره درمان های تکمیلی - بحث درباره عود و پیشگیری از آن - توضیح فرآیند پایان - بررسی انتظارات بعد از پایان گرفتن درمان - آگاهی بخشی درباره هیجانات مختلف درباره پایان گرفتن درمان .

رئوس کلی خانواده درمانی ساختاری

گام اول- آشنایی با اعضای خانواده ، ارائه برنامه زمانبندی مداخله درمانی ، تعداد جلسات ، فاصله زمانی جلسات.

گام دوم - تعریف مشکل^{۱۹}. بیان و تعریف مشکل از دیدگاه مراجع، تشخیص مشاور از مشکل مراجع و سرانجام دستیابی به دیدگاه مشترک میان مشاور و مراجع. به چالش کشاندن مشکلی که اساسا خانواده به دلیل آن مراجعه کرده اند با تکنیک های لازم.

گام سوم - تظاهرات رفتاری^{۲۰}. شناسایی تظاهرات رفتاری اختلال و کسب اطلاعات دقیق از تظاهرات اختلال در مصاحبه بالینی از خانواده

¹⁹Problem identification

²⁰Behavioral manifestation

گام چهارم - بیان هدف کلی^{۲۱}. تعیین اهداف کلی درمان با تاکید بر درمان اختلالات اضطرابی نوجوان.

گام پنجم - توجه به اهداف جزئی^{۲۲}. نظیر درمان علائم نشانگان و تظاهرات رفتاری اختلال نوجوان

گام ششم - بیان و شناسایی موانع^{۲۳} درمان مانند عدم همکاری یکی از والدین، وجود فرزندی با علائم سایکوپاتولوژیک (نظیر پرخاشگری)، خانواده گسترده و عدم امکان کنترل تعاملات نوجوان با دیگران

گام هفتم - مداخله^{۲۴} اصلی بر اساس رویکرد خانواده درمانی ساختاری و تکنیک‌های خانواده درمانی همسو. بررسی مختصر گذشته‌اعضای خانواده، یعنی بررسی مشکلاتی که به مشکل فعلی بیمار معلوم منجر شده‌اند و طرح سوالاتی در این زمینه.

گام هشتم - در برگزیده تعیین و تبیین وظایف و تکالیف اعضای خانواده در طول جلسات مداخله و در خانه در طی هفته متناسب با اهداف اصلی و اهداف فرعی درمان.

گام نهم - ارزیابی^{۲۵} قبل از اعمال مداخله در طول جلسات مداخله، پس از پایان مداخله و در مرحله پیگیری با هدف تعیین میزان دستیابی به هدف درمان

گام دهم - ارزیابی کلی طرح درمانی جهت تعیین هر چه دقیق‌تر میزان دسترسی به هدف اصلی و نقش هر یک از افراد مسئول و درگیر در درمان.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات آماری، از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار جهت توصیف داده‌ها و در بخش آمار استنباطی به منظور تعیین اختلاف نمره‌های هر گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

فرضیه‌های پژوهش:

(۱) درمان شناختی - رفتاری منجر به کاهش اضطراب اجتماعی می‌شود.

²¹Main goal

²²objectives

²³barriers

²⁴intervention

²⁵Evaluation review

(۲) خانواده درمانی ساختاری منجر به کاهش اضطراب اجتماعی می شود .

(۳) خانواده درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی موثرتر از درمان شناختی رفتاری است .

*آمار توصیفی

جدول 1 میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه اضطراب اجتماعی و نمره کلی اضطراب اجتماعی را در گروه های کنترل و آزمایش نشان می دهد. همان طور که مشاهده می شود میانگین نمرات پس آزمون گروه آزمایش خانواده درمانی در مقایسه با نمرات پس آزمون گروه آزمایش شناختی رفتاری در اضطراب اجتماعی کاهش بیشتری داشت. درحالی که در گروه کنترل تغییرات چندانی صورت نگرفته است.

جدول 1: میانگین و انحراف استاندارد اضطراب اجتماعی گروه ها به تفکیک آزمون

گروه	نوع آموزش	مرحله آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	کمترین	بیشترین
آزمایش	شناختی	پیش آزمون	۷۹,۷۱	۱۰,۵۱	۶۶	۹۶
	رفتاری	پس آزمون	۶۵,۱۴	۱۶,۴۱	۳۴	۸۴
	خانواده	پیش آزمون	۷۷,۵۷	۹,۹۹	۶۷	۹۱
	درمانی	پس آزمون	۶۹,۲۹	۱۰,۹۰	۵۵	۸۲
کنترل	-	پیش آزمون	۸۴,۱۴	۱۰,۵۹	۶۹	۹۸
	-	پس آزمون	۸۳,۵۷	۱۱,۱۱	۶۹	۹۸

*آمار استنباطی

فرضیه ۱: درمان شناختی - رفتاری منجر به کاهش اضطراب اجتماعی می شود .

*نرمال بودن توزیع نمرات در گروه شناختی رفتاری

هدف از بررسی پیش فرض نرمال بودن آن است که نرمال بودن توزیع نمرات همسان با جامعه را مورد بررسی قرار دهد. برای بررسی نرمال بودن نمرات اضطراب اجتماعی از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش تأیید می گردد؛ یعنی فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید

جدول ۲: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات گروه شناختی رفتاری

متغیر	N	Z	Sig
اضطراب اجتماعی	۱۴	۰.۵۹	۰.۸۷

*آزمون همگنی واریانس

همان گونه که در جدول ۳ ملاحظه می شود، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمره های دو گروه در تمامی متغیرهای پژوهش تأیید می گردد؛ یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

جدول ۳: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات متغیرهای مورد پژوهش در گروه شناختی رفتاری

متغیر	F	Df۱	Df۲	Sig
اضطراب اجتماعی	۴.۲۳	۱	۱۲	۰.۶۲

*یکسانی شیب خط رگرسیون در گروه شناختی رفتاری

همان گونه که در جدول ۴ مشاهده می شود، مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیر معنی دار می باشد؛ به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است.

جدول ۴: آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه شناختی رفتاری

متغیر	منبع تغییرات	مرحله	
		پیش آزمون - پس آزمون	
متغیر	منبع تغییرات	معنی داری	F (تعامل)
اضطراب اجتماعی	تعامل گروه *	پیش آزمون	۱.۲۰
	پیش آزمون		۰.۲۹

*نتایج کوواریانس

همان طور که در جدول ۵ نشان داده شده است بعد از حذف اثر پیش آزمون، بین میانگین اضطراب اجتماعی گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد و درمان شناختی رفتاری با توجه به میانگین اضطراب اجتماعی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش اضطراب اجتماعی گروه آزمایش شده است. بنابراین فرضیه ۱ تأیید می گردد.

جدول ۵: نتایج آزمون کوواریانس برای مقایسه ی میانگین اضطراب اجتماعی دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منبع متغیر	مجموع	درجه	میانگین	F	p	ضریب
	مجذورات	آزادی	مجذورات			اتا
پیش آزمون	۱۳۰۰.۱۴	۱	۱۳۰۰.۱۴	۹۲.۲۷	۰.۰۰۱	۰.۸۹

اثر اصلی (درمان)	۱۸۲,۷۷	۱	۱۸۲,۷۷	۰,۰۰۱	۰,۵۴
خطای باقیمانده	۱۵۴,۹۹	۱۱	۱۴,۰۹		

فرضیه ۲: خانواده درمانی ساختاری منجر به کاهش اضطراب اجتماعی می شود.

*نرمال بودن توزیع نمرات در گروه خانواده درمانی

همان طور که در جدول ۶ مشاهده شد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش تأیید می گردد؛ یعنی فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون در هر دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

جدول ۶: نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات گروه خانواده درمانی

متغیر	N	Z	Sig
اضطراب اجتماعی	۱۴	۰,۳۷	۰,۹۹

*آزمون همگنی واریانس در گروه خانواده درمانی

همان گونه که در جدول ۷ ملاحظه می شود، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمره های دو گروه در تمامی متغیرهای پژوهش تأیید می گردد؛ یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در دو گروه آزمایش و کنترل تأیید گردید.

جدول ۷: نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس نمرات متغیرهای مورد پژوهش در گروه خانواده درمانی

متغیر	F	Df۱	Df۲	Sig
اضطراب اجتماعی	۱۰,۹۰	۱	۱۲	۰,۰۰

*یکسانی شیب خط رگرسیون در گروه خانواده درمانی همان گونه که در جدول ۸ مشاهده می شود، مقدار F تعامل برای یکسان بودن شیب خط رگرسیون برای کلیه متغیرهای تحقیق غیر معنی دار می باشد؛ به عبارت دیگر، همگنی شیب خط رگرسیون پذیرفته شده است.

جدول ۸: آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش در گروه خانواده درمانی

متغیر	منبع تغییرات	مرحله
اضطراب اجتماعی	تعامل گروه *	پیش آزمون - پس آزمون
		F (تعامل)
		معنی داری
		۰,۷۴
		۰,۱۱

پیش آزمون

*نتایج کوواریانس

همان طور که در جدول ۹ نشان داده شده است بعد از حذف اثر پیش آزمون، بین میانگین حساسیت در روابط متقابل گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، به عبارت دیگر، خانواده درمانی با توجه به میانگین اضطراب اجتماعی گروه آزمایش در پس آزمون نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش اضطراب اجتماعی گروه آزمایش شده است. بنابراین فرضیه ۲ تأیید می‌گردد.

جدول ۹: نتایج آزمون کوواریانس برای مقایسه‌ی میانگین اضطراب اجتماعی دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منبع متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	ضریب اتا
پیش آزمون	۱۹۸۲,۷۰	۱	۱۹۸۲,۷۰	۵۸,۰۲	۰,۰۰۱	۰,۸۴
اثر اصلی (درمان)	۵۶۵,۵۶	۱	۵۶۵,۵۶	۱۶,۵۵	۰,۰۰۱	۰,۶۰
خطای باقیمانده	۳۷۵,۸۷	۱۱	۳۴,۱۷			

فرضیه ۳: خانواده درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی موثرتر از درمان شناختی رفتاری است.

*نتایج کوواریانس

همان طور که در جدول ۱۰ نشان داده شده است بعد از حذف اثر پیش آزمون، بین میانگین اضطراب اجتماعی در دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی خانواده درمانی با توجه به میانگین اضطراب اجتماعی در پس آزمون نسبت به میانگین گروه درمان شناختی رفتاری، بیشتر موجب کاهش اضطراب اجتماعی دانش آموزان شده است، بنابراین فرضیه ۳ تأیید می‌گردد.

جدول ۱۰: نتایج آزمون کوواریانس برای مقایسه‌ی میانگین دو گروه با کنترل اثر پیش آزمون

منبع متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	ضریب اتا
اثر اصلی (خانواده درمانی)	۴۹۹,۴۶	۱	۴۹۹,۴۶	۱۳,۲۶	۰,۰۰۱	۰,۵۵
اثر اصلی (شناختی رفتاری)	۱۸۲,۷۷	۱	۱۸۲,۷۷	۱۲,۹۷	۰,۰۰۱	۰,۵۴

بحث و نتیجه‌گیری :

تحلیل اطلاعات این پژوهش نشان داد که خانواده درمانی ساختاری در مقایسه با درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان دختر سوم دبیرستان به طور معناداری اثربخش‌تر است. با توجه به نتایج جدول ۱۰ خانواده درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی به طور معنادار اثربخش‌تر از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش اضطراب اجتماعی دختران سوم دبیرستان است. یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های آلن کر (۲۰۰۱) همسو می‌باشد. وی گزارش می‌کند که در یک مطالعه فرا تحلیلی (متا آنالیز)، ۲۰۰ بررسی مورد مطالعه قرار گرفت. در این بررسی‌ها خانواده درمانی ساختاری موثرتر از بدون درمان و درمان‌های جایگزین گزارش شد [17]. همچنین نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های بارت، ددس و رابی (۱۹۹۶) همسویی دارد. آن‌ها گروهی از کودکان مضطرب را به طور تصادفی در سه گروه جای دادند. گروه اول با استفاده از روش شناختی-رفتاری و گروه دوم با استفاده از خانواده درمانی درمان شدند. گروه سوم به عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. یافته‌های این پژوهش مبین بهبود نشانه‌های اختلال در گروه اول و دوم در مقایسه با گروه کنترل بود، که گروه اول و دوم یا یکدیگر تفاوت معناداری داشتند و پس از یک سال پیگیری میزان بهبودی در گروه اول ۷۰ درصد و در گروه دوم ۹۰ درصد گزارش شده است [21]. همچنین یافته‌های این تحقیق با یافته‌های حاصل از پژوهش بلاگ و بول (۱۹۹۴) همسویی دارد. آنان تاثیر خانواده درمانی را با درمان مبتنی بر روان تحلیل‌گری در درمان هراس از مدرسه مقایسه کردند. خانواده درمانی شامل روشن کردن جزئیات مشکل کودک، تعیین محرک‌های پیش‌آیند رفتار، آموزش خانواده در جهت تقویت رفتار و حساسیت‌زدایی بود. پس از پایان درمان ۹۳٪ از کودکانی که با روش خانواده درمانی درمان شده بودند، بدون مشکل به مدرسه رفتند، در حالی که تنها ۱۰٪ از کودکانی که با استفاده از رویکرد روان تحلیل‌گری درمان شده بودند، بدون مشکل به مدرسه بازگشتند [22]. همچنین یکی از وسیع‌ترین پژوهش‌ها در مورد ارزیابی اثر خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلالات رفتاری کودکان و نوجوانان، توسط اسزاپوکنیک و همکاران (۱۹۹۰) با حمایت انستیتو ملی بهداشت روان آمریکا انجام شد. یافته‌های تحقیق حاکی از اثربخشی بیشتر خانواده درمانی در مقایسه با درمان انفرادی کودک از نظر حفظ یکپارچگی خانواده در درازمدت بود [23]. گراو و همکاران (۲۰۱۲) در تحقیقی تحت عنوان «درمان شناختی رفتاری پیشرفته برای نوجوانان مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی در مقایسه با خانواده درمانی ساختاری» دریافتند که خانواده درمانی اثربخش‌تر از درمان شناختی رفتاری در افزایش وزن بیماران بوده است [15]. یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر با نتایج حاصل از تحقیق لیگر و همکاران (۲۰۰۳) همسو

می‌باشد. آنان هفت نوجوان مبتلا به اضطراب فراگیر را به طور فردی تحت درمان شناختی رفتاری قرار دادند. در پایان، سه آزمودنی به طور کامل بهبود یافتند. به نظر می‌رسد، عدم توجه به مشارکت خانواده در فرآیند درمان نتیجه درمان را تحت تاثیر قرار داده است. چرا که افراد در فرآیند درمان و پس از اتمام آن در تعامل نزدیک با افراد خانواده قرار دارند و تفکرات، نگرش‌ها، ادراک‌ها و الگوهای رفتاری آنان تحت تاثیر اعضای خانواده قرار می‌گیرد. اگر اعضای خانواده با روش‌های مناسب به حل تعارض‌های خانوادگی بپردازند، روابط عاطفی با یکدیگر را افزایش می‌دهند و در صورت لزوم الگوهای تربیتی را اصلاح نمایند، تعارض‌ها و تنیدگی‌های فرد دارای اختلال نیز کاهش می‌یابد [24]. همچنین کازدین و ویس (۱۹۹۸) نیز تاثیر درمان شناختی رفتاری فردی و خانواده درمانی را در درمان اختلالات اضطرابی آزمودنی‌ها مقایسه کردند. در پایان جلسات ۵۷٪ از گروهی که با استفاده از روش‌های شناختی-رفتاری به طور فردی درمان شده بودند بهبود یافتند، در حالی که در گروه دوم که با روش خانواده درمانی، درمان شده بودند ۸۴٪ بهبود یافتند. یافته‌های این پژوهش با یافته‌های پژوهش حاضر هماهنگ است و موید اهمیت مشارکت خانواده در فرآیند درمان است [17] با توجه به نتیجه پژوهش مبنی بر اثربخش تر بودن خانواده درمانی ساختاری نسبت به درمان شناختی رفتاری بر کاهش اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان اینگونه تبیین نمود که اولاً در خانواده درمانی جمع‌آوری و تنظیم اطلاعات مورد نیاز برای تصمیم‌گیری در زمینه هدف‌گزینی، طراحی و به اجرا در آوردن درمان، توسعه معنی‌داری پیدا کرده است. دوم آنکه وضعیت ارتباطی کودک-خانواده-درمانگر در جهت همکاری و مشارکت بیشتر تغییر جهت داده است. همچون بسیاری از مدل‌های کلاسیک خانواده درمانی، در خانواده درمانی ساختاری نیز بر تخصص‌درمانگر در سازمان دادن به یک وضعیت سلسله‌مراتبی روشن در برابر خانواده تاکید می‌شود. امروزه، درمانگران ساختاری مستقیماً به شناسایی و بهره‌گیری از مهارت‌های مورد توجه و منابع خانواده، کودک و نوجوان و دیگر افراد درگیر یآوری، می‌پردازند. خانواده‌ها و کودک یا نوجوان کاملاً درگیر یآوری در طراحی، تشخیص، درمان و ارزیابی نتایج درمان می‌شوند [17]. سوم اینکه هیجانات و رشد عاطفی در خانواده توجه روزافزونی پیدا کرده است. توجه ویژه‌ای به سبک‌های خانواده در تنظیم یا ابراز حالات عاطفی قوی بین اعضای خانواده (سازماندهی عاطفی خانواده) و تجارب درونی و ذهنی اعضای خانواده و دلبستگی به هم (نزدیکی عاطفی) اختصاص یافته است [14]. در حالی که در درمان شناختی رفتاری فردی صرفاً بر فکر، احساس و عملکرد فرد کار می‌شود.

به عنوان یک نتیجه‌گیری کلی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که در کاهش اضطراب اجتماعی، خانواده درمانی ساختاری به طور معنادار اثربخش تر از درمان شناختی رفتاری فردی مبتنی بر الگوی هافمن (۲۰۰۷) است.

از محدودیت‌های این پژوهش هماهنگ کردن وقت دانش‌آموزان برای روزها و ساعت برگزاری جلسه مشاوره فردی بود به دلیل آنکه اجرای طرح درمان فقط در مدرسه امکان‌پذیر بود. همچنین دانش‌آموزان شرکت‌کننده در این تحقیق محدود به دختران سوم دبیرستان بودند و نیز تعداد دانش‌آموزان شرکت‌کننده در هر گروه محدود به ۷ نفر بودند.

بر این اساس به درمانگران و پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در زمینه درمان اضطراب اجتماعی پژوهش‌های بیشتری انجام دهند و کارایی روش خانواده‌درمانی را در مقایسه با درمان شناختی رفتاری با انتخاب نمونه‌ای معرف برای تعمیم یافته‌ها به جامعه فراهم سازند. همچنین به مسئولان آموزش و پرورش و درمانگران پیشنهاد می‌شود که تدوین و اجرای برنامه‌هایی برای کاهش اضطراب عمومی و اجتماعی دانش‌آموزان و نیز افزایش آگاهی روان‌شناختی مدیران، معلمان، مشاوران و والدین را در برنامه‌های خود بگنجانند.

منابع

1- هافمن، اتو (۱۳۹۰). درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی، ترجمه چینی فروشان و آگشته، تهران، نشر ارجمند.

2. Heimberg, R.G. (2002). **Cognitive – behavioral Therapy for social Anxiety disorder: current status and future directions.** *Journal of nervous and mental Disease*, 173, 236 -245.

3- داداش زاده، حسین و همکاران (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و مواجهه درمانی در اختلال اضطراب اجتماعی، فصل‌نامه علمی - پژوهشی روان‌شناسی دانشگاه تبریز، سال چهارم، شماره ۱۵، پاییز ۱۳۸۸.

4 - انجمن روان‌پزشکان آمریکا (۱۳۹۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم **DSM_5** (انجمن روان‌پزشکی آمریکا)، ترجمه فرزین رضاعی و همکاران، تهران، نشر ارجمند.

5. Bassak Nejad, S, Moini, N, Mehrabizadeh Honarmand, M. (2011). **The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social among student.** *J Behav Sci*, 4 (4): 335-40(persian).

6. Anderson, B., Golddin, P. R., Kurita, K., & Gross, J. J. (2008). **Self-representation in social anxiety disorder: linguistic analysis of autobiographical narratives of**. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1116 - 1125.

۷. هاوتون، کرک، سالیکووس کیس، کلارک (۱۳۹۱). رفتار درمانی شناختی جلد اول، ترجمه حبیب ا... قاسم زاده، نشر ارجمند.

8. Moscovitch, D.A., & Hofmann. S. G. (2007). **When ambiguity hurts: social standards moderate self-appraisals in generalized social phobia**. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1039 -1052.

۹- داگاس، رابی چاود (۱۳۹۳). درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب فراگیر، ترجمه اکبری، چینی فروشان، عابدیان، تهران، نشر ارجمند.

10. Clark, D.M., Ehlers, A., Mcmanus, F . , Hackmann A ., Fennell , M.campbell, H . , Flower, T . , Davenport , C . , &lpuis , B . (2003). **cognitive therapy versus fluoxetine I generalized social phobia : A randomized placebo- controlled trial** . *Journal of consulting and clinical psychology* , 71-1058-1067

11. Hofmann, S.G. (2007). **cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications**. *cognitive Behavior Therapy* , 36 ,193 -209.

12- عطری فرد و همکاران (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی، فصلنامه سال سوم، شماره ۹، بهار ۱۳۹۱.

13. Hofmann, S.G. (2010). **Advances in the research of social anxiety and its disorder anxiety** . *Anxiety, stress . & coping* , 23(3) , 239-242 .

14- گلدنبرگ و گلدنبرگ (۱۳۹۲). خانواده درمانی، ترجمه شاهی برواتی، نقش بندی و ارجمند، تهران، نشر روان -

15. Grave, R.D., Calugi, S., Doll, H.L., & Fairburn, G.C. (2012). **Enhanced cognitive behavior therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to structural family therapy ?** *Behavior Research and Therapy*, 51(3), 1123 -1133 .

16- موسوی، رقیه؛ ولی زاده، فرزاد؛ نوایی نژاد، شکوه (۱۳۸۸). تعیین اثر خانواده درمانی ساختاری در درمان اختلال اضطراب

کودکان. دو ماهنامه علمی - پژوهشی دانشگاه شاهد، سال هفدهم-شماره ۴۰-اردیبهشت ۱۳۸۹.

17- موسوی، رقیه. مرادی، علیرضا. مهدوی هرسینی، اسماعیل (۱۳۸۴). بررسی اثربخشی خانواده درمانی ساختاری در بهبود

عملکرد خانواده و تقویت رضایت زناشویی در خانواده های کودکان مبتلا به اختلال اضطراب جدایی، فصل نامه خانواده

پژوهشی، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۴.

18- خدایاری فرد، محمد؛ پرند، اکرم (۱۳۸۶). مطالعه موردی درمان اختلال هراس خاص با روش خانواده درمانی شناختی

رفتاری، مجله روان شناسی مو علوم تربیتی، سال پنجم، شماره ۱ ص ۱-۲۵.

19- نیکولز، شوارتز (۱۳۹۳). خانواده درمانی «مفاهیم و روشها»، ترجمه دهقانی و همکاران، تهران، نشر دانژه

20- کرمی، جهانگیر؛ زکی بی، علی؛ رستمی، سمیرا (۱۳۹۱). نقش باورهای فراشناخت و خودکارآمدی در پیش بینی هراس

اجتماعی دانش آموزان پسر سال سوم متوسطه شهر کرمانشاه. مجله روان شناسی مدرسه، دوره ۱، شماره ۱، ص ۶۲-

۷۵، بهار ۱۳۹۱.

21. Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). **Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial**. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 333-342.

22. Blagg, N., & Yule, W. (1994). **School refusal**. In T. H. Ollendick, N. J. Kivg, & W. Yule (Eds). *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents* (pp.169-186). NY: plenum.

23. Szapocznik, J., Kurtines W., Santisteban, D. A. & Rip A. T. (1990). "Interplay of **Advances Between Theory, Research and Application in Treatment Intervention Aimed at Behavior problem children and Adolescents**", *Journal of counseling and clinical psychology*

24. Leger, E., Ladoucer, R., Dugas, M. J. & freeston, M. H. (2003). **Cognitive – Behavioral Treatment of Generalized Anxiety Disorder Among Adolescent: A case series**. *Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry*, 42(3); 327-330

