

The Effectiveness of Modular Cognitive Behavioral Therapy on Anxiety Sensitivity and Cognitive Distortions in Female Students with Social Anxiety Disorder

bahari, S., Toozandehjani, *H., Taheri, E.

Abstract

Introduction: Social anxiety is one of the most common types of anxiety disorders. Numerous factors play role in etiology of the disorder, including anxiety sensitivity and cognitive distortions. The aim of this study then was to investigate the effectiveness of a modular cognitive behavioral therapy on anxiety sensitivity and cognitive distortions in girls with social anxiety.

Method: A semi-experimental design with pretest-posttest and control group was applied. The statistical population of the study consisted of all female students with social anxiety in Mashhad. The statistical sample consisted of 24 students with social anxiety, who were selected by available sampling method and assigned to the experimental and control groups. The revised Cox and Taylor anxiety sensitivity questionnaire, Beck and Weisman cognitive distortions were used for data collection. After performing the pre-test, the experimental group underwent intervention for 10 sessions of 90 minutes, while the control group was placed on the waiting list. Post-test was also performed immediately after the treatment sessions. Data extracted and analyzed by an ANCOVA statistical analysis.

Results: The results of analysis of covariance showed that by controlling the effect of pre-test in the post-test stage, there is a significant difference between the control and experimental groups in the variables of anxiety sensitivity and cognitive distortions. So that the experimental group showed a significant decrease compared to the control group. Also, the results of the study showed a decrease in the subscales of fear of anxiety reactions, fear of cardiovascular and respiratory symptoms and lack of cognitive control of his anxiety sensitivity subscale.

Conclusion: According to the research findings, since patients with social anxiety have symptoms of anxiety sensitivity and cognitive distortions, the use of modular cognitive-behavioral intervention as an effective treatment in patients with social anxiety is recommended.

Keywords: Modular Cognitive-Behavioral Therapy, Anxiety Sensitivity, Cognitive Distortions, Social Anxiety.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای بر حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی در دختران مبتلا به اضطراب اجتماعی

صونا بهاری^۱، حسن تویزنده‌جانی^۲، الهام طاهری^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۸/۰۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۰

چکیده

مقدمه: اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین انواع اختلالات اضطرابی می‌باشد. عوامل متعددی در ایجاد این اختلال نقش دارند که از بین این عوامل می‌توان به حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی اشاره نمود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای بر حساسیت اضطرابی، تحریف‌های شناختی در دختران مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی انجام شد.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی شهر مشهد تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۲۴ نفر از دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی بودند که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده کوکس و تیلور، تحریف‌های شناختی بک و وایسمن استفاده شد. پس از اجرای پیش‌آزمون گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل در فهرست انتظار دریافت درمان، قرار گرفت و در پایان دوره درمان پس‌آزمون اجرا شد. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون در مرحله پس‌آزمون بین دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری نشان داد. همچنین نتایج پژوهش کاهش در زیر مقیاس‌های ترس از واکنش‌های اضطرابی، ترس از نشانه‌های قلبی عروقی و تنفسی و عدم مهار شناختی حساسیت اضطرابی او زیر مقیاس نیاز به تأیید دیگران و آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد تحریف‌های شناختی را نشان داد.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش از آنجا که مبتلایان به اضطراب اجتماعی علائم حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی دارند، لذا استفاده از مداخله شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای به عنوان درمانی اثربخش در مبتلایان به اضطراب اجتماعی پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای، حساسیت اضطرابی، تحریف‌های شناختی، اضطراب اجتماعی.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه علوم و تحقیقات خراسان رضوی، خراسان رضوی، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، خراسان رضوی، ایران

۳. عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، خراسان رضوی، ایران

مقدمه

در ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۱) اضطراب اجتماعی^۱، شامل ترس از موقعیت‌های اجتماعی از جمله موقعیت‌هایی است که مستلزم تماس با افراد غریبه یا زیر نظر افراد غریبه بودن است. افراد مبتلا به اختلال اضطرابی از شرمسار شدن در موقعیت‌های اجتماعی مانند گردهمایی‌های اجتماعی، سخنرانی و ملاقات افراد جدید می‌ترسند (۲). این افراد ممکن است ترس‌های اختصاصی در مورد انجام برخی فعالیت‌های اختصاصی مانند صحبت کردن و خوردن در جلوی دیگران داشته باشند، یا ترس غیر اختصاصی و مبهمی را در مورد شرمسار شدن خود تجربه کنند (۳). شیوع اضطراب اجتماعی در طول زندگی ۳ تا ۸ درصد گزارش شده است و برآورد شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی برای ایالات متحده تقریباً ۷ درصد است. این اختلال سومین نرخ شیوع در بین اختلالات روان‌پزشکی در امریکا را دارد. تفاوت جنسیتی در شیوع در نوجوانان برجسته‌تر از جوانان است (۴). میزان اختلال اضطراب اجتماعی در کل جمعیت در زنان بالاتر از مردان است (۱). در بیشتر مواقع افراد مبتلا به این اختلال به اختلال افسردگی اساسی و سوء مصرف مواد نیز مبتلا هستند (۵). معمولاً در دوران کودکی و اوایل نوجوانی شروع می‌شود و دوره اختلال معمولاً مزمن است (۶). این اختلال جنبه‌های گوناگونی از زندگی شخص را تحت تأثیر قرار می‌دهد و افراد با مشکلات زیادی در حوزه تحصیل و کار و زندگی اجتماعی مواجه می‌کند (۷) همبودی این اختلال با اختلال اضطراب تعمیم یافته، هراس خاص، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و مصرف مواد است (۸). از جمله مؤلفه‌های دخیل در اضطراب اجتماعی، حساسیت اضطرابی^۲ و تحریف‌های شناختی^۳ می‌باشد (۹).

در چند سال اخیر پژوهش‌ها نشان دادند که حساسیت اضطرابی نقش اساسی در علت‌شناسی اختلالات اضطرابی به خصوص اختلال اضطراب اجتماعی ایفا می‌کند (۱۰). این متغیر به عنوان یکی از عوامل بالقوه در تحول نشانه‌ها و مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی تلقی می‌شود (۱۱). طبق نظر تیلور و آلدن (۱۱) و هاوول (۱۲) حساسیت اضطرابی علایم

اختلالات اضطراب اجتماعی را تشدید می‌کند. حساسیت اضطرابی نشان‌دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان اموری آزار دهنده خطرناک است (۱۳) که به صورت یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تغییرهای منفی وجود دارد و به صورت مداوم و پایدار فرد را در حالت گوش به زنگ نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب نگه می‌دارد (۱۳، ۱۴). مطالعات نوایسک (۱۵) و استورک (۱۶) نشان دادند که بین حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی رابطه مثبت وجود دارد. نظریه پردازان شناختی اضطراب معتقدند که افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا در بازیابی و پردازش اطلاعات سوگیری^۴ دارند، این سوگیری نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب اجتماعی دارد (۱۷). به عقیده کلارک (۲) اضطراب اجتماعی در نتیجه سوگیری و تحریف‌های شناختی در مورد ماهیت پیامد موقعیت‌های اجتماعی است (۱۶) و تحریف‌های شناختی به فرآیندهای شناختی سوگیرانه‌ای اشاره دارند که منجر به عملکرد ناکارآمد افراد می‌شود (۱۸). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی باورهای تحریف‌شده‌ای در مورد خود و چگونگی ارزیابی دیگران را آنها دارند (۱۹) و این افراد درگیر تحریف در پردازش اطلاعات قبل و بعد از موقعیت اجتماعی هستند و با بازیابی انتخابی اطلاعات منفی در مورد خود و عملکرد اجتماعی‌شان به پیش‌بینی‌های منفی در مورد عملکرد آینده خود می‌پردازند (۲۰). این باورهای منفی، منجر به واکنش‌های هیجانی و عاطفی منفی در مورد خود و منجر به واکنش‌های هیجانی و عاطفی منفی اغراق‌آمیز از قبیل ترس و اضطراب و رفتارهای ناسازگارانه مانند دوری کردن از اجتماع می‌شود که به نوبه خود منجر به تداوم این اضطراب و برداشت نامناسب در اطلاعات جدید می‌شود (۲۱). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به هنگام مواجهه با رویدادهای اجتماعی ناهنجاری‌هایی در فرآیند استدلال و قضاوت دارند و سوگیری‌های آنها در پردازش اطلاعات مانع از اصلاح شناخت‌های ناکارآمدشان می‌شود (۱۹). پژوهش‌های آیدلمن (۲۲) نشان داد که پیش‌مقدمه موقعیت‌های اجتماعی فردی که دارای مشکل اضطراب اجتماعی است،

1. social anxiety
2. anxiety sensitivity
3. cognitive distortions

4. information processing bias

شناختی رفتاری در این است که، در درجه اول تأکید بر مواجهه فرد با تجربه موقعیت‌هایی دارد، که خطرناک و تهدیدآمیز تفسیر می‌شوند. در این رویکرد تلاش می‌شود آموزش داده شود که این موقعیت‌ها امن هستند، تا کاهش عاطفه و تفسیر منفی به تبع آن اتفاق بیفتد (۲۷). در رویکرد واحدپردازه‌ای، مواجهه و تجربه نظام‌مند موقعیت ترس‌آور مداخله اساسی در درمان بوده و بیشترین توجه را در پروتکل بعد از اصلاح باورها و شناخت‌های نادرست به خود اختصاص می‌دهد. برای کارایی بیشتر، مهارت‌های دیگر برای کمک به این هدف اولیه یادگیری اصلاحی و آموزش داده می‌شود (۲۸).

لوریا (۲۹) در پژوهشی درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای را برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی بکار برد و نشان داد که این روش درمان در کاهش شدت علائم اضطرابی مؤثر است. گالا (۳۰) در پژوهشی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای را در کاهش اضطراب در نوجوانان مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که این درمان به طور معنادار در کاهش اضطراب دانش‌آموزان مؤثر است. چپو (۳۱) در پژوهشی که روی کودکان اضطرابی مدارس ابتدایی انجام دادند به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای در کاهش علائم اضطرابی مؤثر است. با توجه شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی و اهمیت دوران نوجوانی و آسیب‌پذیر بودن این دوره از رشد و نیاز به درمان روانشناختی و کمبود پژوهش‌هایی از این دست در کشور در مورد دانش‌آموزان که به طور مستقیم اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای را بر حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی مورد بررسی قرار دهد، انجام پژوهش حاضر ضروری به نظر می‌رسد.

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود، که با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای بر حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی مبتلایان به نشانگان اضطراب اجتماعی انجام شد.

آزمودنی‌ها: جامعه مورد پژوهش را کلیه دانش‌آموزان دختر رده سنی ۱۳ تا ۱۸ سال (پایه اول و دوم متوسطه) دبیرستان های شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ تشکیل می‌دادند. نمونه

بازیابی انتخابی اطلاعات منفی در این مورد است که به نظر دیگران چگونه به نظر می‌رسد.

با توجه به یافته‌های نظریه‌پردازان شناختی اضطراب، حساسیت اضطرابی و بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان در اضطراب اجتماعی همراه با سوگیری‌هایی است که نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب اجتماعی بر عهده دارد (۲۳) و با توجه به پیامدهای روانی و رفتاری موارد فوق در اختلال اضطراب اجتماعی بویژه در نوجوانان، توجه به علل و درمان این اختلال از ضرورت‌های پژوهش‌های حاضر می‌باشد. مژمن بودن ماهیت اختلال اضطراب اجتماعی و درگیر ساختن فرد در زندگی روزمره و تأثیرگذاری بر سایر جنبه‌های زندگی فرد باعث مشکلات روانی متعدد در فرد می‌شود (۲۲). با در نظر گرفتن نتایج تحقیقات ایدلمن (۲۲)، گلدن (۱۳)، و نایمیر (۹)، اثرگذاری این عوامل بر شیوع و تسریع اختلال اضطراب اجتماعی بررسی و به اثبات رسیده است. بر این اساس حساسیت اضطرابی نقش مهمی در گسترش و تداوم اضطراب اجتماعی ایفا می‌کند و نظریه‌پردازان اضطراب اجتماعی معتقدند که مبتلایان به این اختلال دارای بازیابی منفی و سوگیری‌های شناختی در پردازش اطلاعات می‌باشند که این پدیده در نوجوانان با شدت بیشتری انجام می‌شود (۲۴).

به خاطر اهمیت دوران نوجوانی علاقه به درک ماهیت اضطراب اجتماعی و گسترش روش‌های مؤثر بر آن در بین روانشناسان و مشاوران فزونی یافته است و به منظور کاهش و درمان این اختلال روش‌ها و فنون متعددی مورد استفاده قرار گرفته است. درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای از جمله این فنون می‌باشد. در رویکرد واحدپردازه‌ای^۱ اعتقاد بر این است که به رغم انواع مختلف اختلال‌های اضطرابی، روندهای پاتولوژیکی بنیادی یکسان است. عموماً افراد مضطرب در واکنش‌های اساسی به اطلاعات جدید، در تعبیر خود از دنیای اطراف، مواجهه با چالش‌ها سریع‌تر دچار استرس می‌شوند (۲۵). رویکرد واحدپردازه‌ای اگرچه به پایه‌های بنیادین درمان شناختی رفتاری بر نقش مشارکت و فرمول بندی موردی وفادار مانده است، اما بر تأثیر عاطفه منفی، ادراک کنترل و تجارب خاص زندگی در اضطراب تأکید می‌نماید (۲۶). تفاوت اساسی این رویکرد با سایر رویکردهای

1. modular cognitive behavioral therapy

شناخت، تفکر، قضاوت و بینش می‌باشد. این مصاحبه هماهنگ با الگوی مصاحبه جامع روان‌پزشکی می‌باشد (۳۲).
 ۲. پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده کوکس و تیلور: این پرسشنامه، یک پرسشنامه خودسنجی است که دارای ۳۶ سؤال که در طیف لیکرت نمره‌گذاری (خیلی کم = ۰ و تا خیلی زیاد = ۴) می‌شود و دامنه نمرات بین ۰ تا ۱۴۴ است. چهار بعد ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع، ترس از نشانه‌های قلب - عروقی، معده - روده‌ای و ترس از عدم مهار شناختی را شامل می‌شود. نسخه ایرانی پرسشنامه توسط مرادی‌منش و همکاران (۳۳) هنجاریابی شد. در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده، همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفا کربناخ سنجدیدند و ضریب آلفای کربناخ را برای کل مقیاس را برابر ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌های ترس از نشانه‌های قلبی - عروقی، معده - روده‌ای، ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع و ترس از عدم مهار شناختی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ گزارش کردند. ضریب اعتبار بازآزمایی این مقیاس در تحقیق مرادی‌منش و همکاران (۳۳) برای کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ برای خرده مقیاس‌های ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع و ترس از عدم مهار شناختی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۹۶ و ۰/۹۵ به دست آمد.

۳. پرسشنامه تحریف‌های شناختی بک و ایسمن: این مقیاس در سال ۱۹۷۸ توسط بک و وایسمن تهیه شد و مهمترین آزمون سبک شناختی در مطالعات انجام شده در آمریکا در زمینه شناخت درمانی به شمار می‌رود. این مقیاس شامل ۲۶ پرسش است و آزمودنی باید میزان موافقت خود را روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای بیان کند. در مطالعات مختلف، همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۰ و پایایی آن ۰/۹۳ گزارش شده است. این مقیاس نسبت به درمان شناختی، حساسیت دارد و می‌تواند چگونگی پاسخ به درمان را نشان دهد. بک و وایسمن این مقیاس را جهت ارزیابی طرحواره‌های افراد افسرده ساختند. این مقیاس بر مبنای نظریه آسیب‌شناسی روانی بک ارائه شده است. اعتبار و روایی این آزمون را بالتر و همکاران (۳۴) ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. همچنین رایس و دلو

آماری این پژوهش شامل ۲۴ نفر از دانش‌آموزان دختر دبیرستانی می‌باشد که به روش نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب شدند. پس از کسب مجوز از اداره کل آموزش و پرورش شهرستان مشهد و اعلام فراخوان گروه درمانی افراد مبتلا به نشانگان اضطراب اجتماعی در مدارس دخترانه پایه اول و دوم، براساس مصاحبه بالینی (مبتنی بر DSM-5) مورد غربالگری و نمونه‌گیری قرار گرفتند و در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل به طور تصادفی جایگزین شدند. هر دو گروه مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس گروه آزمایشی مداخله درمان را به مدت ده جلسه دریافت نمودند و گروه کنترل در لیست انتظار درمان قرار گرفتند و در آخر نیز مجدداً هر دو گروه پس‌آزمون دریافت کردند.

ملاک‌های ورود و خروج شامل: ۱. کسب ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس DSM-5 و مصاحبه بالینی، حداقل سن ۱۳ سال و حداکثر سن ۱۸ سال، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، مراجعان هنگام دریافت درمان‌ها، درمان روانشناختی دیگری دریافت نکند و درمان‌های روانشناختی قبلی را می‌بایست تا یک ماه قبل از ورود به درمان به اتمام رسانده باشد، مراجعان نباید تشخیص اختلال سایکوتیک داشته باشند و یا مبتلا به اختلال روانی ارگانیک باشد که با شرکت در مداخله‌های پژوهش تداخل دارد، عدم سوء مصرف مواد، و عدم ابتلا به افسردگی اساسی و اختلالات شدید روان‌پزشکی، خروج داوطلبانه از پژوهش، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات گروه درمانی.

ابزار

۱. مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-5: در این پژوهش برای تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی از مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-5 استفاده شد، که توسط روانشناس بالینی اجرا گردید. مصاحبه تشخیصی یک مصاحبه نیمه ساختار یافته و مبتنی بر پنج‌مین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (ویرایش پنجم) می‌باشد. این مصاحبه دارای دو بخش اصلی است: الف) تاریخچه شخصی و ب) معاینه وضعیت روانی. بخش اول این مصاحبه شامل مشخصات فردی، شکایت اصلی، مشکل فعلی، بیماری قبلی و تاریخچه فردی و خانوادگی است. بخش دوم آن شامل بررسی وضعیت ظاهری، ادراک،

در پایان درمان اعضای دو گروه آزمایشی و کنترل مجدداً آزمون حساسیت اضطرابی کوکس و تیلور را به عنوان پس آزمون دریافت نمودند. به منظور رعایت مسائل اخلاقی بعد اتمام پژوهش جلسات درمانی به گروه کنترل نیز پیشنهاد شد. محتوای جلسات مداخله مورد استفاده در جدول ۱ توضیح داده شده است. در پژوهش حاضر برای بررسی سؤال پژوهش از آزمون آماری تحلیل کوواریانس استفاده شد و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار spss-24 تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این بخش یافته‌های توصیفی (شامل میانگین و انحراف معیار) و یافته‌های استنباطی شامل تحلیل کوواریانس چند متغیره ارائه می‌شود.

یافته‌های توصیفی: میانگین و انحراف معیار نمرات پیش آزمون حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی در گروه آزمایشی و گروه کنترل که در جدول ۲ ارائه شده است.

(۳۴) در پژوهشی اعتبار آن را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. در ایران، ضریب پایایی مقیاس نگرش‌های ناکارآمد را در فاصله ۶ هفته‌ای (۰/۹۵) گزارش کردند، همچنین ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰/۷۵ به دست آوردند (۳۵).

۴. درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای: این مداخله بر اساس پروتکل شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای که توسط چورپیتا در سال ۲۰۰۷ ارائه شده بود، اجرا شد (۳۶).

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش آزمودنی بعد از تشخیص در دو گروه به صورت تصادفی جایگزین شدند. در ادامه هر دو گروه پرسشنامه حساسیت اضطرابی کوکس و تیلور و پرسشنامه تحریف‌های شناختی بک و وایسمن را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کرده و گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای را بر اساس پروتکل واحدپردازه‌ای چورپیتا به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. گروه کنترل هیچ درمانی را دریافت نکردند.

جدول (۱) محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای

جلسه اول	الف. معرفی / مقدمه. ب. تشریح مسئله ج. عادی‌سازی مسئله و یادگیری در مورد اضطراب د. معرفی منطق درمان و. ساخت نردبان ترس
جلسه دوم	الف. مرور فعالیت‌های تمرینی ب. عیب‌یابی نتایج آنها ج. بررسی نردبان ترس د. مواجهه زنده یا خیالی و. ساخت دماسنج ترس ه. بررسی فرم ثبت تمرین ی. خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
جلسه سوم	الف. مرور تکالیف جلسه قبل ب. عیب‌یابی نتایج آنها ج. بررسی نردبان ترس د. بررسی دماسنج ترس و. تمرین مواجهه خیالی ه. بررسی تمرین جلسه آینده ی. بررسی فرم ثبت تمرین ط. خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
جلسه چهارم	الف. مرور تکالیف جلسه قبل ب. عیب‌یابی نتایج آنها ج. بررسی نردبان ترس د. بررسی دماسنج ترس و. تمرین مواجهه خیالی و زنده ه. حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی ی. بررسی تمرین جلسه آینده ط. بررسی فرم ثبت تمرین ظ. خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
جلسه پنجم	الف. مرور تکالیف جلسه قبل ب. عیب‌یابی نتایج آنها ج. بررسی نردبان ترس د. بررسی دماسنج ترس و. تمرین مواجهه خیالی و زنده ه. حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی ی. بررسی تمرین جلسه آینده ط. بررسی فرم ثبت تمرین ظ. خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
جلسه ششم	الف. مرور تکالیف جلسه قبل ب. عیب‌یابی نتایج آنها ج. بررسی نردبان ترس د. بررسی دماسنج ترس و. تمرین مواجهه خیالی و زنده ه. حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی ی. بررسی تمرین جلسه آینده ط. بررسی فرم ثبت تمرین ظ. خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
جلسه هفتم	الف. مرور تکالیف جلسه قبل ب. عیب‌یابی نتایج آنها ج. بررسی نردبان ترس د. بررسی دماسنج ترس و. تمرین مواجهه خیالی و زنده ه. حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی ی. بررسی تمرین جلسه آینده ط. بررسی فرم ثبت تمرین ظ. خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
جلسه هشتم	الف. مرور تکالیف جلسه قبل ب. عیب‌یابی نتایج آنها ج. بررسی نردبان ترس د. بررسی دماسنج ترس و. تمرین مواجهه خیالی و زنده ه. حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی ی. بازسازی شناختی ط. بازسازی شناختی ط. پیشگیری از بازگشت بیماری ف. خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
جلسه نهم	الف. مرور تکالیف جلسه قبل ب. عیب‌یابی نتایج آنها ج. بررسی نردبان ترس د. بررسی دماسنج ترس و. تمرین مواجهه خیالی و زنده ه. حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی کلامی ی. بازسازی شناختی ط. پیشگیری از بازگشت بیماری ف. بررسی فرم ثبت تمرین ف. خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش
جلسه دهم	الف. مرور تکالیف جلسه قبل ب. عیب‌یابی نتایج آنها ج. بررسی نردبان ترس د. بررسی دماسنج ترس و. تمرین مواجهه خیالی و زنده ه. حفظ دستاوردها و آموزش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی کلامی ی. بازسازی شناختی ط. پیشگیری از بازگشت بیماری ف. بررسی فرم ثبت تمرین ف. خلاصه‌ای از جلسه و پایان خوش

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون حساسیت اضطرابی

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	زیر مقیاس	متغیر
SD	M	SD	M			
۶/۶۹	۳۰/۱۳	۶/۸۳	۳۰/۲۶	کنترل	ترس از نشانه‌های تنفسی	حساسیت اضطرابی
۵/۱۷	۲۸/۶۷	۴/۸۷	۳۰/۹۳	آزمایش		
۳/۲۰	۲۷/۱۳	۳/۱۷	۲۷/۲۶	کنترل	ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع	
۲/۵۴	۲۶/۰۶	۲/۵۴	۲۷/۲۰	آزمایش		
۵/۹۸	۳۰/۱۲	۶/۰۳	۳۰/۱۳	کنترل	ترس از نشانه‌های قلبی عروقی	
۳/۵۷	۲۹/۰۶	۳/۵۷	۳۰/۰۶	آزمایش		
۲/۰۰۸	۱۹/۲۰	۲/۰۰۷	۱۹/۲۰	کنترل	ترس از عدم مهار شناختی	
۱/۷۰	۱۷/۹۳	۱/۴۵	۱۹/۱۳	آزمایش		
۱۳/۳۸	۱۰۶/۶۰	۱۳/۶۴	۱۰۶/۸۶	کنترل	حساسیت اضطرابی (نمره کل)	
۷/۴۹	۱۰۱/۷۳	۷/۲۰	۱۰۷/۳۳	آزمایش		
۳/۰۵	۳۸/۲۶	۳/۷۳	۳۸/۲۶	کنترل	موفقیت - کامل‌طلبی	تحریف‌های شناختی
۲/۹۴	۳۷/۶۰	۳/۹۹	۳۹/۲۶	آزمایش		
۳/۶۸	۲۷/۴۰	۳/۷۰	۲۷/۵۳	کنترل	نیاز به تأیید دیگران	
۳/۸۷	۲۳/۴۷	۴/۴۲	۲۷/۲۰	آزمایش		
۳/۳۳	۱۷/۵۳	۲/۶۹	۱۷/۶۷	کنترل	نیاز به راضی کردن دیگران	
۲/۲۳	۱۶/۸۶	۱/۷۶	۱۷/۵۳	آزمایش		
۴/۳۲	۲۱/۴۰	۴/۲۲	۲۱/۵۳	کنترل	آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد	
۳/۳۰	۲۰/۰۶	۳/۷۵	۲۱/۲۶	آزمایش		
۵/۵۰	۱۰۴/۶	۶/۹۹	۱۰۵/۲	کنترل	تحریف‌های شناختی (نمره کل)	
۵/۳۳	۹۸	۶/۳۶	۱۰۵/۲۶	آزمایش		

نسبت به مؤلفه‌های موفقیت - کمال‌طلبی، نیاز به راضی کردن دیگران، آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد داشته است. یافته‌های استنباطی: به منظور مقایسه دو گروه در مرحله پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چند متغیره ابتدا پیش‌فرض‌های توزیع نرمال، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

۱. متغیر وابسته باید در سطح پیوسته (مقیاس فاصله‌ای یا نسبی) اندازه‌گیری شده باشد که با عنایت به شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها مقیاس اندازه‌گیری هر دو متغیر حساسیت اضطرابی، تحریف‌های شناختی فاصله‌ای می‌باشد. ۲. توزیع متغیر وابسته در گروه‌ها باید تقریباً نرمال باشد که برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده نموده‌ایم که نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

میانگین حساسیت اضطرابی در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون از ۱۰۷/۳۳ به ۱۰۱/۷۳ در مرحله پس‌آزمون کاهش یافته است. در بین مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی میزان کاهش بر اثر درمان شناختی رفتاری واحد پرآزمایی در گروه آزمایش در مؤلفه ترس از نشانه‌های تنفسی بیشتر از سایر مؤلفه‌های متغیر مذکور می‌باشد. در حقیقت در مؤلفه‌های ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع، ترس از نشانه‌های قلبی عروقی و ترس از عدم مهار شناختی میزان کاهش کمتر از دو نمره بود. نمرات مربوط به شاخص تحریف شناختی و مؤلفه‌های متناظر با آن در مرحله پیش‌آزمون تقریباً نزدیک به هم بوده است، ولی درمان شناختی رفتاری واحد پرآزمایی باعث شده است که گروه آزمایش که در مرحله پیش‌آزمون دارای میانگین تحریف شناختی ۱۰۵/۲۶ بوده است، در مرحله پس‌آزمون دارای میانگین ۹۸ باشد. در بین مؤلفه‌های تحریف شناختی، مؤلفه نیاز به تأیید دیگران بر اثر درمان صورت گرفته کاهش محسوس‌تری

جدول ۳) نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		آماره آزمون	سطح معناداری	آماره آزمون	سطح معناداری
تحریف‌های شناختی	کنترل	۰/۹۸۹	۰/۲۸۲	۰/۶۸۱	۰/۷۴۲
	آزمایش	۰/۹۲۶	۰/۳۵۸	۰/۶۹۴	۰/۷۲۱
حساسیت اضطرابی	کنترل	۰/۶۲۶	۰/۸۲۷	۰/۵۷۱	۰/۹۰۱
	آزمایش	۰/۴۵۲	۰/۹۸۷	۰/۹۵۲	۰/۳۲۵

جدول ۴) نتایج آزمون لامبدای ویلکز

آزمون	مقدار آماره	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
لامبدای ویلکز	۰/۲۳۶	۴۰/۴۳۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۶۴

برای بررسی پیش فرض همگنی شیب‌های خطی رگرسیونی لازم است مدل رگرسیونی متناظر با اثر توأم (دوعاملی) گروه و نمرات پیش آزمون را به مشاهدات برازش دهیم. نتایج آزمون مذکور نشان داد که سطح معناداری متناظر با اثر توأم نمرات پیش آزمون و گروه برای هر دو متغیر بیش از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین پیش فرض همگنی شیب‌خطی رگرسیونی نیز برقرار است.

هم‌خطی رگرسیونی: این موضوع در حین اجرای تحلیل کوواریانس ارائه شده است و در حقیقت این موضوع بر اساس یافته‌های تحلیل کوواریانس با توجه اینکه در هر دو متغیر سطح معناداری متناظر با نمرات پیش آزمون کمتر از ۰/۰۵ است، لذا پیش فرض مذکور نیز برقرار است. بر اساس مبانی تئوری بیان شده با توجه به وجود دو متغیر حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده می‌کنیم، بر اساس یافته‌های بخش قبل با برقراری آزمون باکس و بررسی سایر مفروضات، تمامی شرایط اعتبار تحلیل کواریانس چندمتغیره برقرار می‌باشد.

آماره آزمون لامبدای ویلکز $0/236$ و سطح معناداری متناظر با آن $0/001$ می‌باشد، بنابراین حداقل یکی از متغیرهای حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی در گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. نتایج آزمون برابر مجذور اتا $0/76$ بنابراین می‌توان گفت که (۷۶) درصد درمان شناختی رفتاری واحدپدازه‌ای در حساسیت اضطرابی، تحریف‌های شناختی گروه آزمایش تأثیر داشته است. در جهت ارزیابی میزان تأثیر مداخله درمان شناختی رفتاری واحدپدازه‌ای بر کاهش حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی در دانش‌آموزان مبتلا به اضطراب

یافته‌های آزمون کولموگروف - اسمیرنف حاکی از آن است که سطح معناداری برای گروه‌های کنترل و آزمایش در هر دو مرحله آزمون بیش از $0/05$ می‌باشد، لذا فرضیه صفر آزمون مذکور رد نمی‌شود ($P > 0/05$).

برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌ها از آزمون لوین استفاده شد. با توجه به اینکه آماره F برای متغیر حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی به ترتیب برابر $3/454$ و $0/029$ و سطح معناداری برای آزمون لوین برای هر دو متغیر تحقیق، بیش از $0/05$ بوده، که با اطمینان $0/95$ فرض برابری واریانس دو گروه پذیرفته شد. بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرها معنادار یکسان است. پس همگنی رگرسیونی یا رابطه خطی بین متغیر تصادفی کمکی (پیش آزمون) و متغیر وابسته (پس آزمون) شیب‌های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مورد مطالعه پژوهش موازی بودند. همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس برای اجرای تحلیل کواریانس چند متغیره در فرضیه اصلی پژوهش این شرط ضرورت دارد، این موضوع به کمک آزمون باکس^۱ ارزیابی شده است. فرض صفر در آزمون باکس همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس می‌باشد، لذا با عنایت به اینکه آماره $F(df_1=3, df_2=141120) = 1/799$ کمتر از مقدار متناظر در جدول فیشر می‌باشد و همچنین با توجه به اینکه سطح معناداری متناظر با آن $0/145$ و بیش از $0/05$ است، فرض صفر آزمون باکس مبنی بر همگنی واریانس در ارزیابی اثربخشی درمان در هر دو متغیر اطمینان $0/95$ پذیرفته می‌شود.

1. Box's Test of Equality of Covariance Matrices

باشد. لذا اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحدپدازه‌ای بر تمامی زیر مقیاس های حساسیت اضطرابی در مبتلایان به اضطراب اجتماعی تأیید می شود. در مورد اثربخشی درمان بر متغیر تحریف‌های شناختی در دو زیر مقیاس نیاز به تأیید دیگران و آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد با سطح معناداری به ترتیب ۰/۰۰۲ و ۰/۰۰۱ در عامل گروه دارای سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ بود. بنابراین صرفاً اثربخشی درمان در زیر مقیاس‌های فوق تأیید می باشد. به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری واحدپدازه‌ای بر کلیه ابعاد حساسیت اضطرابی و بر ابعاد نیاز به تأیید دیگران و آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد تحریف‌های شناختی اثربخش است.

اجتماعی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد، که در ادامه ارائه شده است.

جدول ۵ نشان می دهد، دو آماره متناظر با شاخص گروه بر اساس تصحیح بنفرونی در صورتی که دارای سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ باشد، اثر بخشی درمان را تأیید می کنند. در ستون آخر جدول ۵ ضرایب اتا متناظر با هر یک از متغیرهای تحقیق ارائه شده است، این مقدار دلیلی بر سهمی از واریانس است که مربوط به متغیر ترکیبی جدید یعنی عامل گروه می شود که به ترتیب برای متغیرهای حساسیت اضطرابی و تحریف‌های شناختی، ۰/۷۴۷ و ۰/۴۵۵ می باشد. یافته‌های جدول ۶ نشان می دهد سطح معناداری برای تمامی زیرمقیاس‌های حساسیت اضطرابی کمتر از ۰/۰۵ می

جدول ۵) تحلیل کواریانس برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحدپدازه‌ای

منبع تغییرات	متغیر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	تحریف‌های شناختی	۳۲۹/۳۵	۱	۳۲۹/۳۵	۲۱/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۵۵
	حساسیت‌های اضطرابی	۲۱۲/۹۱	۱	۲۱۲/۹۱	۷۶/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷

جدول ۶) خلاصه تحلیل کواریانس برای اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحدپدازه‌ای بر زیرمقیاس های تحریف‌های شناختی و حساسیت اضطرابی

منبع تغییرات	متغیر	زیر مقیاس	مجموع مربعات	درجه آزادی	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
گروه	حساسیت اضطرابی	ترس از نشانه‌های تنفسی	۳۳/۸۷	۱	۱۲/۶۳	۰/۰۰۲	۰/۳۴۵
		ترس از واکنش‌های اضطرابی	۷/۵۵	۱	۳۳/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۳
		ترس از نشانه‌های قلبی عروقی	۷/۴۳	۱	۷/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۹۸۸
		ترس از عدم مهار شناختی	۱۰/۷۹	۱	۶۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲۱
	تحریف های شناختی	موفقیت - کامل طلبی	۷/۹۸	۱	۱/۰۶۱	۰/۳۱۳	۰/۰۴۲
		نیاز به تأیید دیگران	۱۰۵/۲۰	۱	۱۱/۶۷	۰/۰۰۲	۰/۳۲۷
		نیاز به راضی کردن دیگران	۲/۲۳	۱	۱/۵۷	۰/۲۲۲	۰/۰۶۲
		آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد	۸/۳۳	۱	۱۹/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۴۸

بحث

احساساتی است (۳۷). سوگیری در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب از پیامدهای حساسیت اضطرابی است که خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلال‌های روانی از جمله اضطراب اجتماعی فراهم می‌سازد. در واقع حساسیت اضطرابی منجر به ارزیابی منفی و ترس از همه علائم معمولی اضطراب، واکنش شدید و افزایش شدت علائم اضطراب می‌گردد (۳۸). در مبتلایان به اضطراب اجتماعی حساسیت اضطرابی باعث می‌شود تا نشانه‌های مرتبط با اضطراب را با عنوان نشانه‌هایی از آسیب قریب الوقوع ارزیابی کنند. احساساتی مانند ضربان قلب سریع، گیجی، عرق کردن را به عنوان نشانه‌ای از حمله قلبی

با توجه به اندازه اثر، بیشترین تأثیر درمان شناختی رفتاری واحدپدازه‌ای بر ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از نشانه‌های قلبی عروقی، واکنش‌های اضطرابی و عدم مهار شناختی نشان داده شده است. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های لورا (۲۹)، آنجلا (۳۱)، چيو (۳۱) و نتایج تحقیقات گالا (۳۰)، لوپز (۳۷) همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت حساسیت اضطرابی یک متغیر شناختی و تابع تفاوت‌های فردی است که به وسیله ترس از احساسات اضطرابی (ترس از ترس) مشخص می‌شود و نشان دهنده گرایش به فاجعه‌سازی درباره پیامدهای چنین

بدین ترتیب حساسیت اضطرابی کمتری و کاهش ترس از علائم اضطرابی و کاهش ترس از مهار شناختی را تجربه کرده و بدین ترتیب باعث کاهش اضطراب اجتماعی می‌شود (۴۲). در مورد تبیین یافته‌ها همچنین می‌توان گفت که اضطراب حالت هیجانی در حضور یا پیش بینی محرک مضر و خطرناک است (۱) که معمولاً توسط تجربه دورنی یا ذهنی از آشفتگی مفرط، تمایل برای گریز توسط طیفی از واکنش‌های سمپاتیک از جمله نشانه‌های قلبی عروقی و ترس از عدم مهار شناختی منطقی مشخص می‌شود. زمانی که فرد مبتلا در موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌زا قرار می‌گیرد، بر اساس تجارب قبلی خود که اضطراب را تجربه می‌کرده است، واکنش اضطرابی نشان می‌دهد (۱). درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای با مواجهه خیالی این اضطراب را در آزمونی‌ها کاهش داده و از طریق حساسیت‌زدایی، احساسات خوشایندی را جایگزین احساسات اضطرابی می‌کند که با نتایج پژوهش‌های (۴۳، ۴۴، ۴۵) همسو می‌باشد.

یافته‌های این پژوهش مبنی بر اثربخشی مداخله درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای بر کاهش تحریف‌ها شناختی در ابعاد نیاز به تأیید دیگران و آسیب‌پذیری - ارزشیابی عملکرد همسو با یافته‌های، مک‌نالی (۳۹)، وینز (۴۰) می‌باشد. درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای با بازسازی شناختی و آموزش مهارت‌های اجتماعی و مواجهه شدن با اجتناب‌ها باعث اصلاح و تعدیل شدن تحریف‌های شناختی در مبتلایان به نشانگان اضطراب اجتماعی می‌شود (۳۸). درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای با تغییر باورهای ناکارآمد و تحریف شده در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی آنها را قادر می‌سازد تا تجربه خود را از زاویه دیگری ببینند. افراد دارای اضطراب اجتماعی سه دسته باور را دارا می‌باشند: الف) قرار دادن استانداردهای بسیار افراطی برای خود ب) باورهای مشروط درباره خود ج) باورهای نامشروط درباره خود (۴۱). داشتن چنین باورهایی باعث می‌شود تا افراد جهان اجتماعی را خطرناک ادراک کرده و رفتارهای اضطرابی را نشان دهند. این افراد دارای سوگیری‌های شناختی در رابطه با محرک‌های تهدید کننده داشته و باعث افزایش توجه نسبت به محرک‌های تهدید کننده مرتبط شده و سطح تهدید کنندگی محرک‌های درونی یا بیرونی ادراک شده را افزایش می‌دهد و این باعث می‌شود

و بی‌ثباتی روانی و شرمساری اجتماعی تفسیر می‌کنند (۳۹، ۴۰). بنابراین یک چرخه معیوب بین احساسات بدنی، ارزیابی‌ها و تفسیرهای منفی و اضطراب وجود دارد که به صورت بادوام و پایدار فرد را در حالت گوش به زنگی نسبت به نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب قرار می‌دهد (۴۰). همچنین در مبتلایان به اضطراب اجتماعی حساسیت اضطرابی باعث سوگیری‌هایی در ارزیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب شده که نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب آسیب شناختی بر عهده دارد (۱۷). که به شکل اجتناب‌های رفتاری، ترس از ارزیابی منفی و نمودارهای فیزیولوژیکی دیده می‌شود. یافته‌های پژوهش نشان دهنده آن است که پروتکل درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای همین عوامل محوری را مدنظر قرار می‌دهد. درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای از طریق مواجهه سازی با موقعیت‌های اضطراب‌زا، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، تمرین خیالی یا واقعی با موقعیت‌های اجتماعی موجب کاهش علائم حساسیت اضطرابی همچون کاهش ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از نشانه‌های قلبی - عروقی در مبتلایان به نشانگان اضطراب اجتماعی می‌شود.

در تبیین دیگر، هیز (۴۱) بروز نشانگان آسیب‌شناسی روانی از قبیل حساسیت اضطرابی را به نحوه برخورد افراد با هیجانانگشان مرتبط می‌داند. مبتلایان به اضطراب اجتماعی تمرکز و توجه خود را تغییر داده و فرد مضطرب اجتماعی خود را به عنوان شی اجتماعی پردازش می‌کند. آنها به جای تمرکز بر موقعیت اجتماعی به احساس خود و نحوه برخورد با دیگران توجه می‌کنند. بر اساس الگوی ریس و مک‌نالی (۳۹) افراد با حساسیت اضطرابی بالا، باورهای جزمی در مورد ضرورت اجتناب از تجربه ترس و اضطراب دارند و به راحتی این باورها را رها نمی‌کنند. در درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای چگونگی شکل‌گیری، تداوم و مکانیسم عمل باورهای اجتنابی برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و سعی شد تا با کمک خود آزمودنی‌ها اجتناب‌های آنها بازشناسی و فرآیند اثرگذاری این اجتناب‌ها بر وضعیت روانشناختی و پیامد آنها بر حالات هیجانی آنها بازگو شود و با استفاده از تکنیک‌هایی مانند نردبان ترس، بازسازی شناختی، مواجهه و پیش برآورد احتمالات، آزمودنی‌ها راحت‌تر اجتناب‌های ناکامشان را کنار گذاشته و این تجارب درونی را بپذیرند و

برای اثبات یا رد فرضیه‌های شناختی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌باشد که به مرور باعث اصلاح تحریف‌های شناختی آنها نیز می‌شود (۲۵). در مجموع با توجه به نتایج بدست آمده درمان شناختی رفتاری واحدپدازه ای در کاهش مؤلفه‌های حساسیت اضطرابی نسبت به مؤلفه‌های متغیر تحریف‌های شناختی اثربخشی بیشتری نشان داد. نمونه پژوهش حاضر منحصر به دانش‌آموزان دختر مبتلا به اضطراب اجتماعی بوده و تعمیم نتایج را با احتیاط مواجه می‌کند. با توجه به محدودیت‌های زمانی اجرای تکنیک‌ها و آموزش‌ها و بکارگیری فنون آموزشی مورد نیاز برای سایر مشکلات آزمودنی‌ها بعد پایان دوره درمان و همچنین عدم تداوم ارتباط مناسب اکثر آزمودنی‌ها با پژوهشگر، این پژوهش فاقد اطلاعات مربوط به ارزیابی‌های طول دوره درمان است. لذا پیشنهاد می‌شود، مداخله‌های این پژوهش روی دو گروه پسران و دختران نوجوان اجرا شود. همچنین ارزیابی رفتاری بیشتر و بررسی داده‌های خط پایه و ارزیابی در حین درمان مورد توجه قرار گرفته و در تمامی مراحل از ارزیابی‌های مستقل استفاده شود. به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که می‌توان از درمان شناختی رفتاری واحدپدازه‌ای بر کاهش نشانه‌های بالینی اختلال اضطراب اجتماعی استفاده نمود.

منابع

1. Kaplan, B.J., Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2016. 58(1): p. 78-79.
2. Clark, D.A. and A.T. Beck, Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice. 2011: Guilford Press.
3. Anderson, E.R. and D.A. Hope, The relationship among social phobia, objective and perceived physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. Journal of anxiety disorders, 2009. 23(1): p. 18-26.
4. Association, A.P., Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2013: American Psychiatric Publishing.
5. Hofmann, S.G., Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. Behaviour Research and Therapy, 2005. 43(7): p. 885-895.
6. Chen, N.T. and P.J. Clarke, Gaze-based assessments of vigilance and avoidance in social anxiety: a review. Current psychiatry reports, 2017. 19(9): p. 59.

رفتارهای اجتناب از آسیب بیشتری را افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از خود نشان دهند (۴۲). به عبارتی تحریف‌های شناختی بر شیوه تعبیر افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از موقعیت‌های اجتماعی و انتخاب راه‌حل‌های مشکلات اجتماعی تأثیر چشمگیری دارند. این نوع خطاهای فکری می‌توانند منجر به رشد و ماندگاری اضطراب اجتماعی شوند. یافته‌های تحقیقی مختلف نقش تحریف‌های شناختی (۱۸)، (۴۶)، (۴۷) و سوگیری شناختی (۲۰)، (۶)، (۴۰) در ایجاد و تداوم اضطراب اجتماعی را مؤثر می‌دانند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری واحدپدازه‌ای با تهیه فهرستی از عوامل اضطراب‌زا (نردبان ترس)، تمرین شرایط ترس‌آور، تمرکز بر شناخت‌های افراد و بررسی خطاهای شناختی و تغییر افکار منفی، آموزش نحوه حفظ مهارت‌ها و آموخته جدید (نگهداری) در کاهش تحریف‌های شناختی مبتلایان به اضطراب اجتماعی اثربخشی معناداری داشته است.

افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به علت ارزیابی منفی که از خود دارند اغلب دچار درگیری ذهنی، ستیز درونی و ناسازگاری اجتماعی در موقعیت می‌شوند. بسته به فرد، این تغییر توجه به برآورد بیش از حد پیامدهای منفی یک رویداد اجتماعی، ادراک کنترل هیجانی پایین، ادراک منفی از خویشتن به عنوان یک موجود اجتماعی و یا ادراک مهارت‌های اجتماعی ضعیف می‌شود (۴۸). به نظر می‌رسد این درمان، بازسازی شناختی برای به چالش کشیدن و جایگزین کردن سوگیری‌های منفی در پردازش اطلاعات، خود سنجی‌های منفی از عملکرد اجتماعی، نیاز به تأیید دیگران و برای کاهش توجه متمرکز بر خود طراحی شده است. در مبتلایان به اضطراب اجتماعی توجه متمرکز بر خود باعث می‌شود که افراد فکر کنند همان‌طور که در درون مضطرب هستند، در ظاهر نیز اضطراب نشان خواهند داد. بنابراین این روش درمانی از پردازش عینی اطلاعات در موقعیت‌های اجتماعی جلوگیری به عمل می‌آورد و با تأکید بر مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی علی‌رغم احساس اضطراب و درک علایم آن و افزایش فعالیت‌های اجتماعی و کاهش فعالیت‌های اجتنابی باعث کاهش رفتارهای ایمنی‌بخش، تحریف‌های شناختی و نشانه‌های فیزیولوژیکی در این اختلال می‌شود و عملکرد فرد را در موقعیت‌های اجتماعی افزایش می‌دهد. بنابراین مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی مانند یک آزمایش رفتاری

19. Laurito, L.D., et al., Predictors of benzodiazepine use in a transdiagnostic sample of panic disorder, social anxiety disorder, and obsessive-compulsive disorder patients. *Psychiatry research*, 2018. 262: p. 237-245.
20. Clark, D.M. and A. Wells, A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 1995. 41(68): p. 00022-3.
21. Goldin, P.R., et al., Neural mechanisms of cognitive reappraisal of negative self-beliefs in social anxiety disorder. *Biological psychiatry*, 2009. 66(12): p. 1091-1099.
22. Eidelman, P., et al., Change in dysfunctional beliefs about sleep in behavior therapy, cognitive therapy, and cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Behavior therapy*, 2016. 47(1): p. 102-115.
23. Wang, W.-T., et al., The hierarchical model of social interaction anxiety and depression: The critical roles of fears of evaluation. *Journal of Anxiety Disorders*, 2012. 26(1): p. 215-224.
24. Wheaton, M.G., et al., Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety disorders*, 2012. 26(3): p. 401-408.
25. Chorpita, B.F. and M.A. Southam-Gerow, *Fears and Anxieties*. 2006.
26. Chorpita, B.F., et al., Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2002. 9(2): p. 165-190.
27. Chorpita, B.F., et al., Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 2004. 35(2): p. 263-287.
28. Chorpita, B.F., E.L. Daleiden, and J.R. Weisz, Identifying and selecting the common elements of evidence based interventions: A distillation and matching model. *Mental health services research*, 2005. 7(1): p. 5-20.
29. Laurie, A.D., *An Investigation Into The Relationship Between Disassociation, Life Satisfaction and Loss of Control in The Explanation of Gambling Behaviour*. 2008, University of Surrey (United Kingdom).
30. Galla, B.M., et al., One year follow-up to modular cognitive behavioral therapy for the treatment of pediatric anxiety disorders in an elementary school setting. *Child Psychiatry & Human Development*, 2012. 43(2): p. 219-226.
31. Chiu, A.W., et al., Effectiveness of modular CBT for child anxiety in elementary schools. *School psychology quarterly*, 2013. 28(2): p. 141.
32. Salimzade, O., R. Pourhosein, and M. Lavasani, Investigating the effectteaching mindfulness-based stress reduction in reducing psychological symptoms in adolescent boys in dorms. *International Journal of*
7. Aderka, I.M., et al., Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 2012. 26(3): p. 393-400.
8. Shirasawa, T., et al., The relationship between distorted body image and lifestyle among Japanese adolescents: a population-based study. *Archives of Public Health*, 2015. 73(1): p. 32.
9. Niemeyer, H., S. Moritz, and R. Pietrowsky, Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2013. 2(2): p. 119-129.
10. Raines, A.M., et al., Obsessive compulsive disorder and anxiety sensitivity: Identification of specific relations among symptom dimensions. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2014. 3(2): p. 71-76.
11. Taylor, C.T. and L.E. Alden, Social interpretation bias and generalized social phobia: The influence of developmental experiences. *Behaviour Research and Therapy*, 2005. 43(6): p. 759-777.
12. Howell, A.N., et al., Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive behaviors*, 2010. 35(12): p. 1144-1147.
13. Goldin, P.R., et al., Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 2014. 56: p. 7-15.
14. Rector, N.A., K. Szacun-Shimizu, and M. Leybman, Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behaviour Research and Therapy*, 2007. 45(8): p. 1967-1975.
15. Sigurvinsdóttir, A.L., et al., Effectiveness of cognitive behavioral therapy (CBT) for child and adolescent anxiety disorders across different CBT modalities and comparisons: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2020. 74(3): p. 168-180.
16. Storch, M., et al., Psychoeducation in affect regulation for patients with eating disorders: a randomized controlled feasibility study. *American journal of psychotherapy*, 2011. 65(1): p. 81-93.
17. McCabe, M.P. and M. Vincent, The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among adolescent males and females. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 2003. 11(4): p. 315-328.
18. Tuschen-Caffier, B., S. Kühn, and C. Bender, Cognitive-evaluative features of childhood social anxiety in a performance task. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 2011. 42(2): p. 233-239.

- examination of anxiety sensitivity cognitive concerns, depression and suicidal ideation. *Journal of Adolescence*, 2015. 41: p. 17-24.
- Behavioral Social and Movement Sciences, 2014. 3(4): p. 44-9. (Persian)
33. MoradiManesh F, Mirjafari SA, Godarzi M A & Mohammadi N. the survey of psychometric dimensions of ASI-R. *Psycholo J*. 2006;11(4):426-46. (Persian).
34. Gharaei, B., Determination of the identity conditions and its relationship with identity and depression style among teenagers (dissertation). Iran University of medical sciences, 2003. (Persian).
35. Sohrabi, N., Psychometric properties of Dysfunctional Attitude Scale. 2015. (Persian)
36. Chorpita, B.F., Modular cognitive-behavioral therapy for childhood anxiety disorders. 2007: Guilford Press.
37. López-Mourelo, O., et al., Social anxiety and autism spectrum traits among adult FMR1 premutation carriers. *Clinical genetics*, 2017. 91(1): p. 111-114.
38. Smink, F.R., et al., Prevalence and severity of DSM-5 eating disorders in a community cohort of adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 2014. 47(6): p. 610-619.
39. Hezel, D.M. and R.J. McNally, Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior therapy*, 2014. 45(4): p. 530-540.
40. Kendall, P.C., Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures. 2011: Guilford Press.
41. Hayes, S.C., K.D. Strosahl, and K.G. Wilson, Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change. 2011: Guilford Press.
42. Peschard, V., et al., Social anxiety and sensitivity to social-rank features in male faces. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 2019. 63: p. 79-84.
43. Lebowitz, E.R., et al., Anxiety sensitivity moderates behavioral avoidance in anxious youth. *Behaviour research and therapy*, 2015. 74: p. 11-17.
44. Ino, K., et al., Anxiety sensitivity as a predictor of broad dimensions of psychopathology after cognitive behavioral therapy for panic disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2017. 13: p. 1835.
45. Cusack, S.E., T.V. Cash, and S.R. Vrana, An examination of the relationship between misophonia, anxiety sensitivity, and obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2018. 18: p. 67-72.
46. Anderson, B., et al., Self-representation in social anxiety disorder: Linguistic analysis of autobiographical narratives. *Behaviour Research and Therapy*, 2008. 46(10): p. 1119-1125.
47. Wright, J.H., et al., Learning cognitive-behavior therapy: An illustrated guide. 2017: American Psychiatric Pub.
48. Capron, D.W., et al., The depression distress amplification model in adolescents: A longitudinal