

تأثیر خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری

در درمان هراس اجتماعی (مطالعه موردی)

دکتر محمد خدایاری فرد

استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

اکرم پرند

کارشناس ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

چکیده

هراس اجتماعی یکی از اختلالات اضطرابی است. افراد با هراس اجتماعی از موقعیت‌های اجتماعی و صحبت با دیگران می‌ترسند و از حضور در اجتماع پرهیز می‌کنند. این اختلال بر کارکردهای شغلی و تحصیلی افراد مبتلا تأثیر بسیاری دارد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند آموزش خانواده در کنار به کارگیری روش‌های شناختی - رفتاری در درمان هراس اجتماعی مؤثر است. بر این اساس **هدف** پژوهش حاضر بررسی کارایی خانواده درمانی توأم با روش‌های شناختی - رفتاری در درمان هراس اجتماعی است. روش پژوهش حاضر مطالعه موردی است. در این مطالعه دو آزمودنی ۱۸ و ۲۰ ساله که با استفاده از مصاحبه بالینی، ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR و آزمون‌های تشخیصی مبتلا به هراس اجتماعی تشخیص داده شده بودند، شرکت کرده‌اند. **نتایج** این پژوهش بیانگر نقش خانواده در ایجاد، نگهداری و در نتیجه درمان هراس اجتماعی است نتایج نشان دهنده کارایی خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی - رفتاری است. هم سویی و عدم هم سویی یافته‌ها در پایان مورد **بحث** واقع شده است.

کلید واژه‌ها: هراس اجتماعی. خانواده درمانی. رویکرد شناختی - رفتاری

هراس اجتماعی^۱ یکی از اختلالات اضطرابی^۲ به شمار می‌آید. اضطراب به الگوی احساسات^۳، تفکرات^۴، رفتارهای حرکتی^۵ و واکنش‌های جسمانی^۶ ناخوشایند اشاره دارد که موجب درماندگی^۷ و ایجاد اختلال در کارکردهای فرد می‌شوند (موریس و کراتوویل^۸، ۱۹۹۸). افراد با اختلالات اضطرابی احساساتی مانند بی‌کفایتی، خطر، تهدید و از دست دادن کنترل نسبت به رفتارها و اعمال خود دارند. آنها از مورد انتقاد واقع شدن می‌ترسند و به فقدان و یا مرگ اطرافیان فکر می‌کنند (بوگلس و زیگترمن^۹، ۲۰۰۰؛ ویمس، سیلورمن و لاگریکا^{۱۰}، ۲۰۰۰).

افراد مضطرب در تمرکز، توجه، حافظه و تفکر نیز مشکل دارند. کودکان و نوجوانان با اختلالات اضطرابی در مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌آور رفتارهایی نظیر فرار یا اجتناب از خود نشان می‌دهند. آنها همچنین ممکن است گریه کنند، صدایشان تغییر کند، هیجان‌های منفی و قوی نشان دهند و به‌طور مستمر در مورد نگرانی‌های خود صحبت کنند. این افراد واکنش‌های جسمانی

1. social phobia

2. anxiety disorders

3. feelings

4. thoughts

5. motor behaviors

6. physical reactions

7. distress

8. Morris & Krutochwill

9. Boegels & Zigterman

10. Weems , Silverman & Lagrega

11. Rabian & Sliverman

12. overt behavioral responses

13. physiological

14. subjective

15. Nelson & Israel

اضطراب را نیز تجربه می‌کنند. ناراحتی‌های تنفسی و تنش عضلانی تپش قلب، سردرد، معده‌درد و تعریق از علائم جسمانی شایع در آنان است (رایبان و سیلورمن^{۱۱}، ۲۰۰۰).

اضطراب شامل الگوی پیچیده‌ای از سه نوع واکنش است: پاسخ‌های رفتاری آشکار^{۱۲} مانند فرار و بستن چشم‌ها؛ پاسخ‌های فیزیولوژیکی^{۱۳} مانند تغییر در ضربان قلب، مشکل تنفس، معده درد و تنش عضلانی و پاسخ‌های ذهنی^{۱۴} مانند تفکر در مورد بی‌کفایتی خود و تصور در مورد آسیب‌های بدنی (نلسون و ایزرائیل^{۱۵}، ۲۰۰۰). در مورد طبقه بندی اختلالات اضطرابی نظام‌های طبقه‌بندی گوناگونی وجود دارد، که مشهورترین آنها نظام طبقه‌بندی DSM-IV-TR است. در DSM-IV-TR اختلالات اضطرابی به چند طبقه تقسیم شده‌اند که عبارتند از: اختلال وحشت زدگی بدون گذر هراسی، اختلال وحشت زدگی همراه با گذر هراسی، گذر هراسی بدون سابقه اختلال وحشت زدگی، هراس مشخص، اختلال وسواس بی‌اختیاری، اختلال تنیدگی پس ضربه‌ای، اختلال تنیدگی حاد، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب ناشی از بیماری جسمانی، اختلال اضطرابی ناشی از مواد و اختلال اضطرابی که به گونه‌ای دیگر مشخص نشده است. در نظام طبقه‌بندی کوای اختلالات اضطرابی - تحت عنوان اضطراب-گوشه‌گیری و در نظام آخن باخ تحت عنوان اضطراب- افسردگی طبقه بندی شده‌اند (برن استین، راپاپورت و لئونارد، ۱۹۹۷؛ بلاک و لئونارد، راپاپورت، ۱۹۹۷، ویمس و دیگران، ۲۰۰۰).

ویژگی‌های اصلی هراس اجتماعی ترس آشکار و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است که شخص در معرض دید اشخاص ناآشنا یا احتمالاً در معرض توجه دیگران قرار می‌گیرد. فرد از این واهمه دارد که کارهایش موجب تحقیر یا شرمندگی او خواهند شد. هنگامی که فرد در موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی قرار می‌گیرد تقریباً بلافاصله واکنش اضطرابی نشان می‌دهد. این واکنش ممکن است به شکل حمله وحشت زدگی وابسته به موقعیت ظاهر شود. علاوه بر این اجتناب از ترس، یا اضطراب از رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی بر فعالیت‌های روزمره، کارکردهای شغلی و تحصیلی فرد اثر منفی می‌گذارد. در افراد زیر ۱۸ سال نشانه‌ها باید به مدت حداقل ۶ ماه دوام داشته باشند. 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 و 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. بزرگسالان مبتلا به هراس اجتماعی به افراطی و غیر منطقی بودن ترس خود آگاهی دارند و به‌طور معمول از مواجه شدن با موقعیت‌های ترس‌آور اجتناب می‌کنند. گاهی اضطراب بسیار پیش‌تر از رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی روی می‌دهد. فرد ممکن است از تفکر در مورد مواجه شدن با یک موقعیت در آینده دچار اضطراب شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

کودکان و نوجوانان با هراس اجتماعی در موقعیت‌های مختلف احساس درماندگی می‌کنند. افراد ۸ تا ۱۲ ساله بیشترین اضطراب را در موقعیت‌هایی دارند که مستلزم صحبت کردن در جمع است. آنها در موقعیت‌هایی مانند روخوانی با صدای بلند و صحبت برای دانش‌آموزان مشکل دارند. ۸۸ درصد کودکان دارای هراس اجتماعی احساس درماندگی، هنگام صحبت در جمع را گزارش کرده‌اند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). شروع هراس اجتماعی به‌طور معمول در اواسط نوجوانی است و یکی از اختلالات مهم دوران نوجوانی به شمار می‌آید (بیدل و ترنر، ۱۹۹۸). مطالعاتی که در مورد هراس اجتماعی بزرگسالان صورت گرفته‌اند، مبین شروع اختلال در دوران نوجوانی هستند. این افراد سابقه بازداری اجتماعی یا کمرویی در دوران کودکی را نیز دارند (بورک، ریگروای، ۱۹۹۰).

میزان شیوع هراس اجتماعی در منابع گوناگون به گونه‌ای متفاوت ذکر شده است. انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) شیوع کلی هراس اجتماعی را در حدود ۳ تا ۱۳ درصد ذکر کرده است. نلسون و ایزرائیل (۲۰۰۰) یک درصد کودکان و نوجوانان را مبتلا به هراس اجتماعی برآورد کرده‌اند. به نظر بیدل (۱۹۹۹) میزان شیوع هراس اجتماعی ۳ تا ۴ درصد است. هایوارد (۲۰۰۰) میزان شیوع هراس اجتماعی در نوجوانان دبیرستانی را ۵ تا ۱۰ درصد گزارش کرده است.

پژوهش‌ها نشان داده‌اند، هراس اجتماعی به همراه افسردگی اساسی بیش از سایر اختلالات روانی مشاهده می‌شود (ریگر و دیگران، ۱۹۹۸). در اغلب مواردی که هراس اجتماعی و افسردگی اساسی باهم مشاهده می‌شوند، هراس اجتماعی قبل از افسردگی اساسی شکل گرفته است (کسلر و دیگران، ۱۹۹۹؛ شواتزبرگ و دیگران، ۱۹۹۸).

یکی از رایج‌ترین روش‌های درمان هراس‌ها، حساسیت زدایی منظم است. در این روش بر اساس اصل شرطی سازی تقابلی، ابتدا پاسخ‌هایی که با موضوع ترس مغایر هستند شناسایی می‌شوند و بعد از مراجع خواسته می‌شود، در موقعیت‌های ترس‌آور این پاسخ‌ها را ارائه دهد. در حساسیت زدایی منظم رفتار مغایر، تنش زدایی است. با توجه به اصل بازداری تقابلی اگر بتوان پاسخی را که با ترس یا اضطراب ناهم‌ساز است، در حضور محرک ترس‌آور ایجاد کرد، دیگر آن محرک ایجاد ترس نخواهد کرد (الن‌دیک و کینگ، ۱۹۹۸).

الگوبرداری و بازی نقش نیز از روش‌هایی هستند که در درمان اختلالات اضطرابی به کار برده می‌شوند. درمان‌های شناختی- رفتاری نیز در درمان هراس اجتماعی مفید واقع می‌شوند. در این رویکرد راهبردهای درمانی بر تغییر افکار و نگرش‌ها و ادراک‌های اضطراب‌آور و جایگزین کردن افکار منطقی تأکید دارند. مفروضه زیربنایی این روش این است که اصلاح شناخت‌های غیرانطباقی به تغییر رفتارهای اضطرابی منجر می‌شود. آموزش مدیریت خود به افراد دارای هراس کمک می‌کند تا تفکرات و نگرش‌های خود را تغییر دهند. در این روش از مراجع خواسته می‌شود تفکرات خود در مورد محرک ترس‌آور را به سوی افکار مثبت سو دهد. برای مثال از فردی که از صحبت در جمع می‌ترسد و دائم به این فکر می‌کند که دیگران او را مسخره خواهند کرد و یا از عهده صحبت در مورد موضوع مورد نظر بر نخواهد آمد خواسته می‌شود که خود را در موقعیت سخنرانی فرض کنند و دائم با خود بگویند من از عهده این کار برمی‌آیم. دلیلی ندارد که نتوانم صحبت کنم و...

آموزش مؤلفه‌های شناختی موقعیت ترس‌آور نیز در درمان هراس مؤثر است. این مؤلفه‌ها عبارتند از: شناخت نشانه‌های فیزیولوژیک اضطراب، اصلاح تفکرات و چالش‌های ذهنی در مورد موقعیت اضطراب‌آور، انطباق با موقعیت اضطراب‌آور، ارزشیابی میزان موفقیت تلاش‌هایی که برای انطباق روی داده‌اند و تعیین برنامه‌هایی برای تقویت خود(نلسون و ایزرائیل، ۲۰۰۰). در کنار روش‌های یاد شده توجه به خانواده نیز ضرورت دارد زیرا در طول فرایند درمان و پس از آن فرد با اعضای خانواده تعامل دارد، از سیستم خانواده تأثیر می‌پذیرد و بر آن تأثیر می‌گذارد. بر این اساس در سراسر تاریخ روان‌شناسی، خانواده در شکل‌گیری اختلالات روانی و رفتارهای فرد بسیار مهم تلقی شده است. برای مثال زیگموند فروید و سایر درمانگران بافت خانوادگی مراجع را مورد توجه قرار می‌دادند.

آنها برای کمک به مراجع و بهبود اختلالات روانی آنان مراجعان را از خانواده جدا می‌کردند تا آنان را از تأثیرات ناسالم خانواده مصون بدارند.

امروزه درمانگران خانواده درمانی را با هدف کمک به بهبود تعامل افراد خانواده به کار می‌برند. به همین دلیل نیز مراجع را از خانواده جدا نمی‌کنند بلکه سیستم خانواده را اصلاح می‌کنند. در نیمه دوم قرن بیستم نظریه سیستمی تأثیر بسیاری بر خانواده درمانی گذاشت. نظریه سیستمی دارای مفروضه‌هایی به شرح زیر است:

کلیت و وابستگی درونی

بنیادی‌ترین مفروضه نظریه سیستمی این است که سیستم‌ها به‌طور کلی شکل می‌گیرند و عناصر درون یک سیستم الزاماً وابستگی درونی دارند سامانه خانواده، تعامل بین افراد و چگونگی روابط آنها را نیز در برمی‌گیرد. مفهوم وابستگی درونی این است که رفتارهای هر بخش از خانواده با رفتارهای سایر بخش‌ها رابطه دارند. در خانواده درمانی الگوهای تعامل افراد خانواده و چگونگی تأثیر آن بر رفتار اعضای خانواده بررسی می‌شوند.

علیت دوری (چرخه‌ای)

در نظریه سیستمی برای اختلالات روانی یک علت خاص در نظر گرفته نمی‌شود. به عبارت دیگر در این رویکرد متغیرها دارای رابطه خطی نیستند. برای مثال یک پدر سلطه جو پسر خود را وابسته به خود تربیت می‌کند، وابستگی پسر موجب تسلط بیشتر پدر و کاهش اعتماد به نفس پسر می‌شود. در نتیجه پسر روز به روز غیرفعال‌تر شده و پدر نقش‌های او را به عهده می‌گیرد. در این مثال پدر و پسر در چرخه‌ای معیوب رفتارهای یکدیگر را تقویت می‌کنند. در خانواده درمانی، یافتن علیت دوری درمانگر را در حل مسئله یاری می‌کند (گلسو و فریتز، ۲۰۰۱).

تبادل حیاتی و تغییر

مکانیسم‌های دفاعی که در خانواده به کار برده می‌شوند به تنظیم الگوهای تعامل بین واحدهای خانواده کمک می‌کنند و تبادل حیاتی سیستم را حفظ می‌کنند. تبادل حیاتی نیز به ثبات کارکردهای خانواده می‌انجامد، البته این به مفهوم انعطاف ناپذیری خانواده نیست، بلکه تبادل حیاتی موجب پویایی خانواده می‌شود. اگر چه خانواده دارای قوانین و اصولی است ولی در چارچوب آن ممکن است رفتار اعضای خانواده دچار تغییر و تحول شود (نیکولز و شواتز، ۱۹۹۸). در خانواده‌های مشکل‌دار، فرایند تبادل حیاتی ممکن است نشانه‌ها و رفتارهای غیر انطباقی را در بخشی از سیستم ایجاد کند.

سیستم‌ها و زیر سیستم‌ها

مفروضه دیگر نظریه سیستمی این است که سیستم‌های پیچیده دارای زیر سیستم‌هایی هستند. اگرچه هر فرد ممکن است یک زیرسیستم را تشکیل دهد ولی در خانواده درمانی زیر سیستم‌های بزرگ‌تر برای مثال زیر سیستم والدین مورد توجه قرار می‌گیرند. کودکان، پدربزرگ و مادر بزرگ‌ها نمونه‌هایی از زیر سیستم خانواده محسوب می‌شوند. یکی از زیر سیستم‌هایی که برای درمانگران خانواده اهمیت دارد گروه‌های سه نفری یا مثلث‌ها هستند. هر خانواده ممکن است دارای چند زیرسیستم مثلثی باشد. هنگامی که در زیرسیستم‌های دو نفره مشکلی ایجاد می‌شود فرد و یا مورد دیگری وارد زیر سیستم می‌شود. به‌طور معمول در خانواده مثلث‌ها هنگامی تشکیل می‌شوند که روابط زن و شوهر دچار اختلال شود و یکی از اعضای زیر سیستم به وجود فرد و یا مورد سومی احساس نیاز کند. این فرد یا مورد سوم ممکن است یکی از اعضای خانواده، یک دوست، الکل و یا روان درمانگر باشد. هنگامی که زن و شوهر با یکدیگر در تعارض باشند با یک یا چندتن از فرزندان خود ارتباط عاطفی بسیار زیادی برقرار می‌کنند و در مقابل همسر قرار می‌گیرند. در خانواده درمانی به مثلث‌های موجود در سیستم خانواده توجه بسیاری می‌شود. یکی از مهم‌ترین کارهایی که در خانواده درمانی صورت می‌گیرد، شناخت مثلث‌ها و تغییر الگوهای نامناسب آنها است. چگونگی

تعامل زیرسیستم‌ها و حد و مرزهای آن نیز از اهمیت بسیاری برخوردار است. تعیین حد و مرزها موجب نظم دادن به تماس‌های زیرسیستم‌ها با یکدیگر می‌شود و استقلال خانواده و زیرسیستم‌های آن را تأمین می‌کند (گلسو و فریتز، ۲۰۰۱).

به دلیل اهمیت نقش خانواده در شکل‌گیری و نگهداری اختلالات روانی، رویکردهای مختلف به خانواده درمانی توجه کرده‌اند. بر طبق پژوهش‌های تجربی به کارگیری خانواده درمانی در چهار چوب رویکردهای شناختی- رفتاری بیشترین تأثیر را در بهبود بیماری‌های روانی دارد. در این روش درمانی نگرش فرد نسبت به خانواده و شیوه تعامل بین اعضای خانواده به عنوان عناصر شناختی در نظر گرفته می‌شوند و مشکل فرد محور اصلی فرایند درمان را تشکیل می‌دهد. این رویکرد بر علیت خطی مشکلات روان‌شناختی بیش از علیت دوری تأکید دارد (نیکولز و شوارتز، ۱۹۹۸). در خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری از اصول یادگیری و روش‌های مربوط به آن برای تغییر رفتار استفاده می‌شود. نظریه اجتماعی- شناختی بر اصول شرطی سازی ابزاری که از الگوهای یادگیری است تأکید دارد که در خانواده درمانی مبتنی بر رویکردهای شناختی- رفتاری مورداستفاده بسیاری دارد. بر این اساس در فرایند درمان چگونگی نگهداری رفتارهای نامطلوب و شیوه افزایش رفتارهای مؤثر بر تعامل مناسب اعضای خانواده بررسی می‌شوند. درمان مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری فعال و غیرمستقیم است و بر فعال بودن مراجع در فرایند درمان تأکید دارد. درمانگر روش‌های کاربرد اصول یادگیری و شناختی و رشد و تقویت رفتارهای مطلوب را به خانواده مراجع آموزش می‌دهد (گلسو و فریتز، ۲۰۰۱).

بنابراین هدف از مطالعه حاضر بررسی نقش خانواده در بروز و نگهداری هراس اجتماعی و تأثیر خانواده درمانی با تأکید بر رویکردهای شناختی- رفتاری در درمان این اختلال است.

پیشینه پژوهش

در دهه‌های اخیر پژوهش‌های بسیاری در زمینه اختلالات اضطرابی کودکان و نوجوانان صورت گرفته است. در اغلب این پژوهش‌ها تعامل بین علل مختلف و عوامل نگهدارنده اضطراب مورد

توجه قرار گرفته‌اند (کورپتیا و بارلو، ۱۹۹۸؛ ماناسیس و باردلی، ۱۹۹۴؛ وسی و ددس، ۲۰۰۱). در این فرایند توجه پژوهشگران از عوامل منفرد به سوی عوامل چندگانه و پیچیده جلب شده است. رابطه بین تعامل‌های خانوادگی و پردازش اطلاعات کودکان و نوجوانان افسرده، یکی از مهم‌ترین مسائلی است که بدان توجه شده است (بارت، رایپی، ددس و رایان، ۱۹۹۶).

به نظر کرون (۱۹۸۵، ۱۹۸۰) خانواده‌هایی که با استفاده از محدودیت‌های شدید رفتار فرزندان خود را کنترل می‌کنند موجب رشد انتظارات منفی و تفکراتی در او می‌شوند که به بروز اضطراب منجر می‌گردند. در مقابل روش حمایتی فرزندپروری به ایجاد احساس کفایت و انتظار پیامدهای مثبت در فرزندان می‌انجامد. بر این اساس مطالعات دوماس و لافرینیر (۱۹۹۳)؛ دوماس، لافرینیر و سرکیچ (۱۹۹۵)؛ کرون و هاک (۱۹۹۱)؛ رایپی (۱۹۹۷) نشان داده‌اند که خانواده‌های کودکان مضطرب در مقایسه با خانواده‌های کودکان بهنجار فرزندان خود را به میزان بیشتری کنترل می‌کنند و آزادی کمتری به آنان می‌دهند. این شیوه تعامل فرایند پردازش اطلاعات کودکان مضطرب را تحت تأثیر قرار می‌دهد.

آلبانو و بارلو (۱۹۹۶) پنج نوجوان با هراس اجتماعی را با استفاده از آموزش مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های حل مسئله و بازسازی شناختی درمان کردند. پس از اتمام دوره درمان، نشانه‌های هراس اجتماعی در چهارنفر از آزمودنی‌ها کاهش یافت. سه ماه پس از آخرین جلسه درمانی نیز هراس اجتماعی آزمودنی‌ها ارزیابی شد و نشانه‌های هراس افزایش نیافته بودند.

بارت و دیگران (۱۹۹۶) رابطه پردازش شناختی کودکان و خانواده‌های آنان را بررسی کردند. آن‌ها با استفاده از پرسشنامه‌ای کودکان را با موقعیت‌های مبهم مواجه می‌کردند و پاسخ آن‌ها را در رابطه با آن می‌پرسیدند. این پژوهشگران دریافتند که کودکان مضطرب در مقایسه با کودکان بهنجار تفسیرهای تهدید کننده‌تری از موقعیت‌ها دارند. آن‌ها پاسخ‌های کودکان را به سه دسته تقسیم کردند: اجتماعی، اجتنابی و پرخاشگرانه. سپس از کودکان خواستند که در زمینه پاسخ به موقعیت‌ها به مدت ۵ دقیقه با والدین خود مشورت کنند و دوباره پاسخ‌های خود را ارائه دهند. لازم به ذکر است که والدین این کودکان در زمینه راهنمایی کودکان خود در ارائه پاسخ‌های اجتنابی و پرخاشگرانه

آموزش دیده بودند. نتایج نشان داد که پس از گفتگو با خانواده پاسخ‌های تعداد قابل توجهی از کودکان مضطرب از پاسخ‌های اجتماعی به اجتنابی و پرخاشگرانه تغییر کرد. این پژوهشگران این تغییرات را به تأثیر خانواده بر پردازش شناختی کودکان نسبت دادند.

کورپتیا، آلبانو و بارلو (۱۹۹۶) تأثیر خانواده را بر سوگیری‌های شناختی کودکان مضطرب مطالعه کردند. در این پژوهش چهار کودک مضطرب ۹-۱۳ ساله و هشت کودک بهنجار شرکت داشتند آن‌ها نیز از کودکان خواستند که به موقعیت‌های مبهم فرضی قبل و بعد از گفتگو با خانواده پاسخ دهند. در این پژوهش خانواده‌ها در زمینه ارائه پاسخ‌های مناسب به کودکان خود راهنمایی شدند. نتایج این پژوهش نشان داد کودکان مضطرب در مقایسه با کودکان بهنجار با احتمال بیشتری به موقعیت‌ها پاسخ‌های تهدید کننده می‌دهند. پس از این که کودکان با خانواده‌های خود مشورت کردند پاسخ‌های آنان به سمت پاسخ‌های اجتماعی سو پیدا کرد.

هایوارد (۲۰۰۰) ۳۵ دختر نوجوان دارای هراس اجتماعی را مورد مطالعه قرار داد. او ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها را به‌طور گروهی تحت درمان شناختی- رفتاری قرار داد و ۲۳ نفر به عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. میزان هراس اجتماعی آزمودنی‌ها قبل از درمان، بعد از درمان و یکسال پس از آخرین جلسه درمانی ارزیابی شد. یافته‌های این پژوهش مبین تأثیر روش‌های شناختی- رفتاری در درمان هراس اجتماعی نوجوانان دختر بود. پس از پایان جلسات درمانی نشانه‌های هراس اجتماعی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش یافت ولی پس از یکسال تفاوت دو گروه از نظر نشانه‌های هراس اجتماعی در مقایسه با ارزیابی پس از درمان کاهش یافت. به عبارت دیگر تأثیر درمان کوتاه مدت بود.

روش پژوهش

در این پژوهش دو آزمودنی ۱۸ و ۲۰ ساله که براساس مصاحبه بالینی، آزمون‌های تشخیصی و نظریه روان‌پزشک، مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تشخیص داده شده بودند مورد مطالعه و درمان

قرار گرفتند. پس از تشخیص نوع اختلال، آزمودنی‌ها با استفاده از روش خانواده درمانی با تأکید بر فنون شناخت- رفتار درمانگری مورد درمان قرار گرفتند.

در خانواده درمانی، روش‌های مختلفی برای کمک به بهبود روابط بین اعضای خانواده به کار برده می‌شوند. میکاسی (۱۹۹۸) چهار مفهوم اساسی را به عنوان پایه‌های اصلی خانواده درمانی مطرح کرده است که عبارتند از: (۱) الگوی برخورد با نشانه‌های اختلال در خانواده؛ (۲) چگونگی توجه اعضای خانواده به یکدیگر؛ (۳) چگونگی رشد مراجع؛ (۴) عوامل مؤثر بر ادراک اعضای خانواده.

در برخی از خانواده‌ها الگوهای انعطاف‌ناپذیر برخورد با نشانه‌های اختلال به تثبیت مشکل و یا ایجاد سایر مشکلات در خانواده منجر می‌شود. گاهی کودک و نوجوان بر اثر توجه بیش از حد اعضای خانواده تقویت شده و تمایلی به از بین بردن نشانه‌های اختلال نشان نمی‌دهد و یا توجه اعضای خانواده به فرد دارای اختلال موجب بی‌توجهی به سایر اعضا و ایجاد مشکلات جدید می‌گردد. بنابراین در فرایند درمان شیوه برخورد با نشانه‌های اختلال از اهمیت برخوردار است.

در اثر به کارگیری الگوهای نادرست برخورد با اختلال، تفکر اعضای خانواده به جنبه‌های محدودی از خود و روابط با سایر اعضای خانواده محدود می‌شود و سایر جنبه‌ها نادیده گرفته می‌شوند. در فرایند درمان باید اعضای خانواده را به سوی درک درست جنبه‌های مختلف روابط خانوادگی سو داد.

چگونگی رشد مراجع نیز نکته بسیار مهمی است که در مصاحبه‌های تشخیصی مورد توجه درمانگران واقع می‌شود. بررسی نگرش اعضای خانواده در مورد مشکل و سایر اعضای خانواده در خانواده درمانی از اهمیت برخوردار است. در فرایند درمان، پس از شناخت مفاهیم پیش گفته، راه‌حل‌های جدید برای برخورد با مشکل به اعضای خانواده آموزش داده می‌شود و آن‌ها با به کارگیری روش‌هایی مانند بحث و گفتگو با یکدیگر، مطرح کردن تعارض‌های درونی و کنترل تفکر به بهبود در روابط خانوادگی و حل مشکل مراجع تشویق می‌شوند. کار (۲۰۰۰) نیز طرح ریزی، ارزیابی، درمان و مرور و بازنگری را به عنوان مراحل خانواده درمانی مطرح کرده است.

در روش‌های مبتنی بر رویکرد شناخت - رفتار درمانگری بر نقش فرایندهای شناختی و متغیرهای محیطی در شکل‌گیری و نگهداری اختلالات روانی و درمان آنها تأکید می‌شود. در تمامی این روش‌ها درمانگر به زمان و مکان حاضر که مراجع در آن به سر می‌برد توجه می‌کند. نیازهای مراجع شناسایی شده و برنامه‌های مداخله‌ای با توجه به آن طراحی می‌شوند. افزایش مهارت‌های زندگی و آموزش روش‌های نظارت بر خود و تبیین رابطه بین تفکر، خلق و رفتار نیز در محور کار درمانگران قرار دارد (لایدلاو، تامپسون، سیسکین و تامپسون، ۲۰۰۳). بر این اساس، در فرایند درمان، طی جلسه‌های خانواده درمانی از فنون زیر استفاده شد:

۱. **روش حل مسئله:** یکی از فنونی که در رویکردهای شناختی- رفتاری برای درمان اختلالات اضطرابی به کار برده می‌شود، روش حل مسئله است. هدف کلی آموزش حل مسئله، آموزش و کمک به افراد برای یافتن بینش نسبت به توانایی‌های خود و بهره‌گیری از این توانایی‌ها برای مقابله مؤثر با مشکلات و مسائل زندگی روزمره است. روش حل مسئله شامل پنج مرحله به شرح زیر است:

الف. در مرحله اول به اعضای خانواده کمک می‌شود تا مشکلات را به عنوان بخشی از زندگی روزانه بپذیرند و بتوانند در مواجهه با آن‌ها تکانه‌ها و هیجان‌های خود را کنترل کنند.

ب. در مرحله دوم افراد باید مشکل را درک کنند و از آن تعریف عملیاتی ارائه دهند.

ج. در مرحله سوم از آنها خواسته می‌شود تا کلیه راه‌حل‌های بدیلی را که به حل مشکل کمک می‌کنند، مطرح سازند. در این مرحله قضاوتی در مورد راه‌حل‌های ارائه شده صورت نمی‌گیرد.

د. در مرحله چهارم، اعضای خانواده هر راه‌حل را به‌طور جداگانه ارزیابی و سپس عملی‌ترین و مناسب‌ترین راه حل را برمی‌گزینند.

هـ. در مرحله پنجم افراد، به‌طور مؤثری راه‌حل انتخاب شده را به کار می‌گیرند (دی‌زارینا و گلدفرید، ۱۹۷۱؛ به نقل از کندال، ۲۰۰۰).

در این پژوهش روان‌درمانگر، طی جلسه‌ای با حضور کلیه اعضای خانواده، ابتدا از آنها خواست تا یکی از مشکلات روزمره خود را مطرح کنند. سپس درمانگر به‌طور عملی چگونگی به‌کارگیری روش حل مسئله را به اعضای خانواده آموزش داد.

۲. **خود‌بازبینی:** با استفاده از جدول خود‌گزارش دهی افکار، تفکرات غیر منطقی آزمودنی و میزان توجه به آنها ارزیابی می‌شود. آزمودنی برای تهیه این جدول باید ابتدا ایام هفته و تاریخ مربوط را یادداشت کند. سپس موضوع فکر غیرمنطقی (مانند عدم حضور در جمع) و ساعت و مدت زمان پرداختن به آن را ثبت کند. به تدریج و طی پیشرفت فرایند درمان به آزمودنی آموزش داده می‌شود تا افکار منطقی را جانشین افکار غیرمنطقی کند و موضوع افکار منطقی و ساعت و مدت زمان پرداختن به آن را ثبت نماید (زارب، ۱۹۹۲؛ ترجمه خدایاری‌فرد و عابدینی، ۱۳۸۲)

۳. **مثبت‌نگری:** در این روش آزمودنی به بازشناسی تجربه‌های مثبت و خوب خود و نقش آنها در افزایش احترام به خود و ارتقای عزت نفس تشویق می‌شود. این فن می‌تواند به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا شود و شامل مراحل زیر است.

الف. در مرحله اول از آزمودنی خواسته می‌شود تا نقاط قوت خود را نام ببرد.

ب. در مرحله دوم و در طی چندین جلسه از آزمودنی خواسته می‌شود حداقل ۱۰ تا ۱۵ تجربه خوب را که از آن احساس شادی و غرور می‌کند نام ببرد.

ج. در مرحله سوم از آزمودنی خواسته می‌شود که به نقاط قوت قابل اتکایی اشاره کند که در این تجارب خوشایند از آنها استفاده کرده است.

د. در مرحله چهارم از آزمودنی خواسته می‌شود تا نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین کند و پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شوند برگزیند.

هـ. در آخرین مرحله از آزمودنی خواسته می‌شود شواهد و معیارهایی را دال بر این که با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت او قابل اتکاء هستند، ارائه دهد (خدایاری‌فرد، ۱۳۷۹).

۴. تنش زدایی : تنش زدایی مهارتی است که باعث کاهش میزان تنیدگی و اضطراب در افراد می‌شود و به آن‌ها کمک می‌کند تا فشارها و ناراحتی‌های خود را بیرون بریزند و در زندگی روزانه به تعادل برسند. در این روش از فرد درخواست می‌شود روی یک صندلی راحت بنشیند یا این که به راحتی روی زمین به پشت دراز بکشد و زیر زانوهای خود بالش‌های کوچکی قرار دهد. لباس‌های تنگ و کمربند خود را شل کند. چند لحظه به آرامی و منظم نفس بکشد و در عین حال هرگاه نفس خود را بیرون می‌دهد کلمه "آرام" را به زبان آورده سپس فکر خود را بر قسمت‌های مختلف بدن متمرکز کند و در حین نفس کشیدن عضلات آن قسمت را شل کند. بهتر است این کار از شست پا شروع شود و به تدریج به طرف بالا برود تا به عضلات صورت برسد. فرد باید به هر قسمت که توجه می‌کند، با کشیدن نفس عمیق ابتدا آن را منقبض و سپس رها سازد(بنسون، ۱۹۸۵)

یافته‌های پژوهش

در این پژوهش ۲ آزمودنی ۱۸ و ۲۰ ساله شرکت داشتند.

آزمودنی اول: آقای پ-م ۱۸ ساله با تحصیلات پیش دانشگاهی، دارای یک برادر ۱۱ ساله و فرزند اول خانواده است. مادر ۴۳ ساله و دارای لیسانس و پدر ۴۸ ساله و مهندس است.

طول درمان: ۳۹ جلسه با مراجعه هفته‌ای یکبار.

آزمودنی در اولین جلسه درمان اظهار کرد: "یکسال است که احساس می‌کنم خودم نیستم، خیلی می‌ترسم، هر جا وارد می‌شوم دچار استرس می‌شوم، صدایم می‌گیرد، در گلویم احساس فشار می‌کنم، از همه بدم می‌آید، از ورود به اجتماع مانند رفتن به میهمانی، سوار شدن به اتوبوس و غیره ناراحت می‌شوم زیرا احساس می‌کنم همه مرانگاه می‌کنند، از آدم‌ها به ویژه خانم‌ها می‌ترسم، از خنده و خوشحالی دیگران متنفرم چون خودم نمی‌توانم خوشحال باشم و انگیزه‌های تحصیلی‌ام کم شده است. در مورد نماز خواندن نیز وسواس دارم گاهی ۱۰ بار نماز را تکرار می‌کنم و حمام را خیلی طول می‌دهم و به دفعات زیاد به حمام می‌روم چون دائم فکر می‌کنم کثیف هستم." مراجع همچنین اظهار داشت که مادرش بسیار سلطه‌گر است و معتقد است او فقط باید درس بخواند. مادر دارای وسواس و اضطراب است و هیچ‌چیز در او شو ایجاد نمی‌کند و دائم حرف‌های مایوس کننده می‌زند و به پوچی زندگی می‌اندیشد. پدر مراجع خجالتی، غیراجتماعی و در عین حال عصبانی است. پدر و مادر مراجع به دلیل شاغل بودن، فرزند خود را به پدر بزرگ و مادر بزرگ سپرده‌اند و مراجع زیر نظر آنان تربیت شده است. مادر بزرگ بسیار سخت‌گیر بوده و در آداب توالی رفتن و نظافت وسواس داشته و در مورد آن‌ها به مراجع بسیار سخت‌گیری می‌کرده است. در حال حاضر مراجع به مادر خود وابستگی بسیاری دارد. گاهی استمناء می‌کند و در پی آن دچار احساس گناه می‌شود.

آزمودنی دوم: خانم آ-ی ۲۰ ساله، دانشجوی، دارای دو برادر با مدرک کارشناسی و یک خواهر با مدرک مهندسی و فرزند آخر خانواده است. پدر ۵۸ ساله دارای دیپلم و بازنشسته است. مادر ۴۸ ساله با تحصیلات سیکل و خانه‌دار است.

طول درمان: ۲۳ جلسه با مراجعه هفته‌ای یکبار.

مراجع در اولین جلسه درمان اظهار کرد "از سال سوم ابتدایی حالت بی‌هویتی پیدا کرده‌ام. گاهی بیهوش می‌شوم، قبل از بیهوشی ضربان قلبم تند می‌شود و تا چند دقیقه متوجه چیزی نمی‌شوم و ناگهان خود را در حال داد و فریاد می‌بینم. به پزشک مغز و اعصاب مراجعه کرده‌ام و نوار مغزی گرفته‌ام ولی از نظر مغزی مشکلی ندارم. اضطراب دارم و خیلی زود عصبانی می‌شوم. تحت هیچ شرایطی مایل نیستم که به تنهایی از منزل خارج شوم. چندبار وقتی به توصیه درمانگران تنها از منزل خارج شدم به هنگام مراجعت به خانه حالم بهم خورده است. از سگ و گربه به شدت می‌ترسم و یادم می‌آید که چند سال قبل وقتی از خانه به مدرسه می‌رفتم دوتا پسر با سگ خود مرا ترساندند. از آن زمان به بعد بسیار ترسو شده‌ام و هیچوقت به تنهایی از منزل خارج نمی‌شوم. رابطه‌ام با اعضای خانواده خوب است ولی آن‌ها هم زود عصبی می‌شوند. خواهرم حساس و بداخلا است."

تدابیر تشخیصی: جهت تشخیص نوع اختلال آزمودنی‌ها، علاوه بر مصاحبه بالینی و توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR در مورد هراس اجتماعی، به منظور تشخیص اختلالات جانبی همراه از آزمون‌های MMPI، و SCL-90-R نیز استفاده شد. نتایج آزمون MMPI (نمودار ۱) و SCL-90-R در مورد آزمودنی اول علاوه بر هراس اجتماعی، بیانگر وجود اضطراب، افسردگی و وسواس بود. افکار پارانوئیدی، احساس درماندگی، ضعف جسمانی و کمال‌گرایی نیز از ویژگی‌هایی است که در نتایج آزمون‌های پیش گفته مشاهده شده است. در مورد آزمودنی دوم نتایج آزمون‌های MMPI و SCL-90 و مصاحبه بالینی، بجز تأیید هراس اجتماعی در سایر میزان‌ها نرمال بود. به نظر می‌رسد آزمودنی دوم دارای اختلالات جانبی همراه با هراس اجتماعی نباشد. برای حصول اطمینان از نوع اختلال، آزمودنی‌ها به روان‌پزشک ارجاع داده شدند. روان‌پزشک نیز وجود اختلال هراس اجتماعی را در هر دو آزمودنی تأیید کرد.

تدابیر درمانی: در جلسه‌های درمانی، ابتدا نتایج آزمون‌های انجام شده برای هر دو آزمودنی به‌طور جداگانه تفسیر شد. در طی جلسه‌هایی با حضور والدین روابط بین اعضای خانواده بررسی شد. هم

چنین نتایج آزمون‌ها برای والدین توضیح داده شد و بر نقش خانواده و محیط در شکل‌گیری ترس و اضطراب تأکید شد.

در جلسات اولیه که آزمودنی اول همراه با اعضای خانواده آمده بود، مادر مراجع اظهار کرد که فرزندش از سال گذشته دچار اضطراب شده و این امر بر کارکردهای تحصیلی او تأثیر گذاشته است. دارو هم مصرف کرده ولی تأثیر چندانی نداشته است. مراجع نیز اظهار کرد "یکی دو سال است که خودم نیستم، خیلی می‌ترسم، هر جا که وارد می‌شوم ترس و اضطراب دارم و صحبت نمی‌کنم، از رفتن در جمع خوشم نمی‌آید و حتی کلاس کنکور هم نمی‌روم زیرا از آدم‌ها وحشت دارم تقریباً از همه حتی اعضای خانواده‌ام بدم می‌آید. احساس می‌کنم همه مرا نگاه و مسخره می‌کنند. وسواس هم پیدا کرده‌ام و گاهی ۱۰ بار نماز را تکرار می‌کنم. در شستشو هم وسواس دارم در حمام و توالی خیلی وقت صرف می‌کنم در اغلب موارد حمام ۲ ساعت طول می‌کشد. گاهی استمناء می‌کنم و احساس گناه شدید دارم و فکر می‌کنم هیچ کنترلی روی کارهای روزانه‌ام ندارم. از خندیدن و خوشحالی دیگران متنفرم چون خودم نمی‌توانم خوشحال باشم". پس از مصاحبه و اجرای آزمون‌های تشخیصی، درمان شناختی- رفتاری شروع شد. در اولین گام از آزمودنی درخواست شد تا فرم افکار و اعمال وسواسی را تکمیل کند و به طور مرتب به ورزش به ویژه شنا بپردازد. تنش‌زدایی نیز به مراجع آموزش داده شد و از او درخواست شد که هر روز آن را به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه انجام دهد.

در هر جلسه درمانی علاوه بر کنترل و اصلاح روابط بین اعضای خانواده، جدول افکار و اعمال وسواسی و افکار جایگزین توسط درمانگر بررسی می‌شد. از جلسه چهارم به بعد افکار و اعمال وسواسی کاهش پیدا کرد و قرار شد که آزمودنی قطعه کشی را نیز به دست خود ببندد و هر وقت که با افکار وسواسی مواجه شد آن را بکشد تا ضربه‌ای به دستش نخورد و افکار منطقی را هم جایگزین افکار غیرمنطقی کند.

در یکی از جلسات خانوادگی که مشکل اعضای خانواده به شکل تعاملی مورد بحث و بررسی قرار گرفته بود مشخص شد که مادر در رابطه با مسائل بهداشتی در مورد فرزندان خود سخت‌گیری زیادی دارد. به مادر نیز توصیه شد که فرم افکار غیرمنطقی را تکمیل کند و افکار جایگزین و منطقی

را نیز یادداشت کند. در یکی از جلسات انفرادی مراجع در رابطه با افکار غیرمنطقی خود گفت نگران فوت والدین است، به پوچی زندگی و اینکه چرا برخی قوی‌تر از بقیه هستند فکر می‌کند. و احساس می‌کند هیچ‌چیز در او شو بر نمی‌انگیزد. در این رابطه درمانگر بر جایگزینی افکار منطقی تأکید کرد. هم‌چنین مراجع به انجام مرتب فعالیت‌های ورزشی مانند شنا و بدنسازی تشویق شد. به تدریج ارتباط آزمودنی با مادر بهبود یافت او اظهار کرد که در امتحانی که داشته توانسته تمرکز حواس خوبی داشته باشد. البته در تمامی این مراحل، مراجع در هیچ مکانی به تنهایی رفت و آمد نمی‌کرد.

در یکی از جلسات خانوادگی در مورد ترس‌های مراجع از کودکی تا بحال صحبت شد و مادر اظهار کرد که همیشه از کودکی مراجع را زیر نظر داشته و مایل بوده که بهترین باشد. آزمودنی نیز برترس از حضور در اجتماع صحبت کرد. درمانگر ضمن آموزش حساسیت زدایی و مواجهه ذهنی در رابطه با موقعیت‌های هراس آور، به مراجع توصیه کرد که با مواردی که از آن می‌ترسد مواجه شود و سعی کند که جاهایی مثل استخر یا کلاس‌های کنکور را به تنهایی برود. در جلسات درمانی بعدی پدر و مادر اظهار نمودند که فرزند آنها سعی می‌کند گاهی اوقات به تنهایی در جاهایی رفت و آمد کند. ضمناً مراجع نیز اظهار نمود که اعمال و سواسی او کاملاً از بین رفته و افکار و سواسی بسیار کاهش یافته است.

در یکی از جلسات انفرادی با مادر در مورد شیوه تربیت مراجع و رابطه او باهمسر صحبت شد. مشخص شد که مراجع از کودکی خجالتی بوده و به مادر وابستگی زیادی داشته است. به گفته مادر، پدر مراجع نیز خجالتی است و اجتماعی نیست. در جلسه انفرادی با مراجع ضمن تمرین بازسازی شناختی، در مورد روابط اجتماعی صحبت شد و از او درخواست شد که با وسایل نقلیه عمومی رفت و آمد کند و گاهی اوقات اگر از دیگران پرسشی دارد محترمانه سؤال کند. پس از ده جلسه درمان افکار و سواسی و اضطراب مراجع کاملاً از بین رفت و اظهار کرد که می‌تواند به تنهایی به مکان‌های عمومی مانند سینما برود ولی نمی‌تواند با کسی صحبت کند و احساس ترس او از محیط‌های اجتماعی کم شده است، با یکی از دوستان خود گاهی تلفنی صحبت می‌کند، و در کنکور آزمایشی شرکت می‌کند. او از کمبود روابط عاطفی بین اعضای خانواده و لحن تحکم‌آمیز مادر ناراحت بود. در جلسه بعدی با پدر و مادر بدون حضور مراجع در مورد رابطه با فرزند صحبت شد.

درمانگر به آنان توصیه کرد از کنترل شدید مراجع بپرهیزند و دربارهٔ درس و برخی مسائل به او اختیار بدهند. از پدر نیز درخواست شد با مراجع به کوه و استخر برود تا روابط عاطفی آنان بهبود یابد.

در جلسات بعدی خانوادگی ضمن تمرین بازسازی شناختی همه اعضای خانواده مراجع اظهار کرد که از جلسهٔ گذشته تاکنون توانسته است به تنهایی و با وسیلهٔ نقلیه عمومی به مرکز شهر رفته، به مردم، و خیابان‌ها و فروشگاه‌ها نگاه کرده، و وسایل مورد نیاز خود را بخرد. والدین نیز موارد گفته شده را تأیید نمودند. درمانگر به او توصیه کرد اینکار را مرتب تکرار کند و ورزش را نیز رها نکند.

در یکی از جلسات انفرادی با مادر اظهار کرد که وسواس خودش خیلی بهتر شده است و ضمناً سعی می‌کند به مراجع زیاد دستور ندهد و در بعضی زمینه‌ها مانند نحوهٔ درس خواندن به او آزادی داده است. درمانگر توصیه کرد که مراجع را در مسئولیت‌های خانه سهیم کنند و او را تشویق نمایند کارهای خارج از منزل را به تنهایی انجام دهد. چند جلسه نیز با حضور تمامی اعضای خانواده تشکیل شد. در این جلسات در مورد روابط خانوادگی و تأثیر آن بر بروز، نگهداری و در نتیجه درمان اختلالات روانی صحبت شد. روش حل مسئله نیز توضیح داده شد و از اعضای خانواده درخواست شد در حضور درمانگر مسئله‌ای را مطرح و در مورد آن صحبت کنند در نهایت نیز قرار شد هر روز در خانه در مورد یکی از مشکلات خانواده به بحث و گفتگو بپردازند.

در جلسات خانوادگی هم‌چنین در مورد مثبت‌نگری صحبت شد و قرار شد همه اعضای خانواده فرم نقاط قوت را تکمیل کنند. و خاطرات خوبی را که باهم داشته‌اند بنویسند. در هر جلسه نیز فرم نقاط قوت و خاطرات از سوی درمانگر بازبینی می‌شد و درمانگر و اعضای خانواده در مورد آن به بحث و گفتگو می‌پرداختند.

پس از طی بیست و هشت جلسهٔ درمانی مراجع در برقراری روابط اجتماعی و بیرون رفتن به تنهایی دیگر مشکلی نداشت، وسواس فکری و عملی کاملاً از بین رفته بود و در کنکور نیز موفق شده بود. در یکی از جلسات انفرادی با مادر، درمانگر ضمن تشریح وضعیت مراجع که بهبود یافته است برای مادر توضیح داده شد که کنترل شدید مادر در گذشته موجب ایجاد احساسات منفی در

فرزند نسبت به او شده است و همین امر موجب می‌شده که خلاف میل و نظر مادر رفتار کند زیرا احساس استقلال نمی‌کرده و این احساس را داشته است که با او مانند بچه رفتار می‌شود. بر این اساس برای حفظ روابط خانوادگی لازم است آزادی عمل داده شده به فرزند کماکان ادامه یابد.

در جلسات انفرادی، مراجع اظهار کرد که روابطش با مادر بهتر شده زیرا کمتر او را کنترل می‌کند. در دانشگاه نیز چند دوست پیدا کرده که با آنها در مورد مسائل مختلف صحبت می‌کند. قرار شد مراجع به مادر آرامش بدهد و به او کمک کند تا وسواسش کاملاً از بین برود.

به تدریج با نوشتن خاطرات خوب و فرم نقاط قوت از سوی اعضای خانواده و تکمیل فرم وسواس فکری و عملی از سوی مادر روابط خانوادگی بهبود یافت. ارتباط مراجع با پدر و مادر خوب شد، وسواس فکری و عملی مادر نیز از بین رفت. مراجع نیز با دوستان خود ارتباط خوبی برقرار کرده بود و با یکدیگر درس می‌خوانند. برای اطمینان از بهبود کامل مراجع آزمون‌های MMPI و SCL-90-R دوباره اجرا شد. نتایج این آزمون‌ها نیز مبین بهبودی مراجع بود (نمودار شماره ۱).

آزمودنی دوم در اولین جلسه اظهار کرد که از کلاس سوم ابتدایی احساس بی‌هویتی داشته است. تحت هیچ شرایطی قادر نیست به تنهایی از منزل خارج شود زیرا هرگاه به تنهایی به مدرسه یا کلاس کنکور می‌رفته حالش بهم می‌خورده و بیهوش می‌شده است. او گفت قبل از اینکه بیهوش شود ضربان قلبش شدت می‌گیرد و می‌نشیند و تا چند دقیقه متوجه چیزی نمی‌شود و ناگهان خود را در حال داد و فریاد می‌بیند، از سگ و گربه نیز به شدت می‌ترسد. مراجع اظهار کرد که در دوره راهنمایی دو پسر با یک سگ او را دنبال کرده و ترسانده‌اند و از آن زمان به بعد به تنهایی بیرون نرفته است. پس از مصاحبه آزمون‌های MMPI و SCL-90-R اجرا شد. نتایج هر دو آزمون بجز هراس اجتماعی در سایر میزان‌ها نرمال بود. درمانگر بر اساس مصاحبه‌های بالینی طبق ضوابط DSM-IV-TR تشخیص هراس اجتماعی را در مورد آزمودنی تأیید نمود. روابط عاطفی خانواده خوب بود با اینحال مراجع فقط با مادر و خواهر خود از منزل خارج می‌شد او حتی با پدر و برادر نیز به بیرون از منزل نمی‌رفت. در اولین جلسه خانوادگی نتایج آزمون‌ها برای مراجع و پدر و مادر او تفسیر شد. در این جلسه مادر اظهار کرد که خود او هم از هواپیما، ارتفاع و مار می‌ترسد. در جلسات خانوادگی ضمن

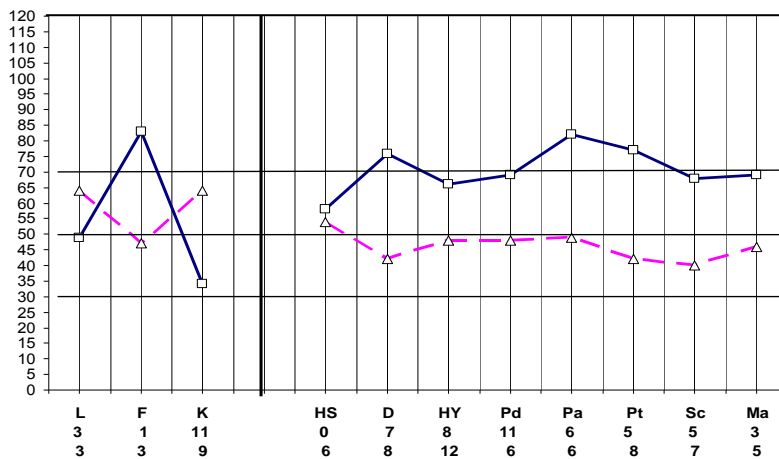
آموزش حساسیت زدایی و مواجهه ذهنی در رابطه با موارد هراس آور به مادر و دختر توصیه شد با محرک‌هایی که آنان را دچار ترس می‌کنند مواجه شوند. ضمناً درمانگر به آنان توصیه کرد حتماً اوقات فراغت خود را با ورزش به ویژه شنا پر کنند به مراجع نیز توصیه کرد به عنوان اولین گام با پدر و برادر هم از منزل خارج شود.

در جلسه بعد که با شرکت اعضای خانواده تشکیل شد مراجع اظهار کرد که حالش بهتر شده و سعی کرده است کارهایی را به تنهایی انجام دهد. تنها مشکلی که افراد خانواده داشتند این بود که پدر، خواهر، برادر و خود مراجع در مواجهه با مشکلات عصبانی میشوند و داد و فریاد می‌کنند. بر این اساس روش حل مسئله از طریق طرح مسائل در جلسات خانوادگی آموزش داده شد. در جلسات بعد درمانگر از اعضای خانواده خواست تا فرم نقاط قوت را تکمیل کنند و خاطرات خوب خود را نیز بنویسند تا در جلسات آینده در مورد آن به بحث و گفتگو بپردازند. پس از طی هشت جلسه درمان، مراجع اظهار کرد بنا به گفته درمانگر به تنهایی بیرون می‌رود ولی اینکار را دوست ندارد. در این زمینه درمانگر ضمن آموزش بازسازی شناختی، در مورد روند درمان و اینکه پیشرفت او خوب بوده و حتی الامکان باید با مواردی که از مواجهه با آن ترس دارد روبرو شود نیز صحبت کرد. پس از چند جلسه خانواده درمانی و استفاده از تکنیک‌های شناختی- رفتاری در یکی از جلسات، مادر اظهار کرد که سال گذشته دخترش حتی برای شرکت در کنکور حاضر نشده به تنهایی وارد سالن شود و مادر با التماس و با کمک مسئولان اجرایی کنکور او را به داخل سالن فرستاده است ولی امسال او کاملاً راحت بوده و خودش برای کنکور رفته و هیچ ترسی نداشته است. بعد از کنکور نیز مراجع به مدت یک ماه به شهرستان به منزل یکی از اقوام خود رفته و هیچ مشکلی نداشته است.

پس از اینکه مراجع در کنکور موفق شد از رفتن به دانشگاه هراس داشت. مراجع اظهار نمود که نمی‌توانم به تنهایی به دانشگاه بروم. در این رابطه آموزش تنش زدایی به وی داده شد و درمانگر از او خواست اینکار را روزی ۲۰ تا ۳۰ دقیقه انجام دهد. در ضمن با روش حساسیت زدایی ذهنی مراجع با صحنه رفتن به دانشگاه به تنهایی مواجه شد. در جلسات بعد مادر مراجع اظهار کرد که دخترش بدون مشکل و با آژانس به دانشگاه رفته است که درمانگر به مراجع توصیه کرد که گاهی از وسایل

نقلیه عمومی برای رفتن به دانشگاه استفاده کند. به تدریج ترس از حضور در جمع در مراجع از بین رفت و به تنهایی و با استفاده از وسایل نقلیه عمومی به دانشگاه می‌رفت.

بدین ترتیب با استفاده از تکنیک‌های شناختی- رفتاری مانند تنش زدایی، آموزش حل مسئله و مرور نقاط قوت یکدیگر و آموزش خانواده هر دو آزمودنی بهبودی کامل یافتند. درمانگر در آخرین جلسه انفرادی مجدداً آزمون‌های MMPI و SCL-90 در مورد آزمودنی اجرا کرد و در جلسه‌ای خانوادگی نتایج آنها را برای اعضای خانواده تفسیر نمود. با توجه به نتایج این آزمون‌ها و ملاک‌های DSM-IV-TR هر دو آزمودنی بهبودی کامل یافتند و نشانه‌ای از هراس اجتماعی و سایر اختلالات همراه در آنان مشاهده نشد. آزمودنی‌ها تا یکسال مورد پیگیری پس از درمان بودند و هیچگونه اثری از عودت نشانه‌های هراس اجتماعی، اضطراب، وسواس و افسردگی مشاهده نشد.



نمودار ۱. نیم‌رخ روانی مراجع اول در آزمون MMPI قبل و بعد از درمان

بحث و نتیجه گیری

مطالعه حاضر بیانگر تأثیر روش ترکیبی خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی- رفتاری در درمان هراس اجتماعی است. در پژوهش حاضر نشانه‌های اختلال قبل و بعد از فرایند درمان با استفاده از مصاحبه بالینی و آزمون‌های روان‌شناختی ارزیابی شدند. در جلسات خانوادگی نیز بر نقش خانواده در بروز و نگهداری اختلالات روانی، برقراری روابط عاطفی بین اعضای خانواده، و چگونگی حل تعارض‌های خانوادگی تأکید شد. بر این اساس روش‌های حل مسئله و مثبت‌نگری به اعضای خانواده آموزش داده شدند. علاوه بر این، نشانه‌های اختلال با استفاده از آموزش خودبازبینی و تنش‌زدایی کنترل شدند. در فرایند درمان نشانه‌های اختلال و در نتیجه کارکردهای تحصیلی و اجتماعی مراجع بهبود یافتند. با مقایسه نتایج MMPI در مورد آزمودنی اول می‌توان بهبود در شاخص‌های مختلف MMPI را مشاهده کرد (نگاه کنید به نمودار ۱ و ۲). یافته‌های پژوهشی نیز مؤید نقش خانواده و خانواده درمانی در شکل‌گیری و درمان اختلالات روانی به‌طور اعم و هراس اجتماعی به‌طور اخص هستند.

بارت و دیگران (۱۹۹۶) رابطه چگونگی پردازش شناختی کودکان و خانواده‌های آنان را بررسی کردند. آن‌ها کودکان را از طریق طرح پرسش‌هایی با موقعیت‌های مبهم مواجه کردند و پاسخ آنان را در رابطه با موقعیت‌های مورد نظر یکبار قبل و یکبار پس از مشورت با والدین جویا شدند. نتایج این پژوهش نشان داد، پاسخ‌های تعداد قابل توجهی از کودکان مضطرب پس از مشورت با والدین تغییر یافت. آنان پس از مشورت با والدین خود پاسخ‌های تهدیدکننده‌تری به موقعیت‌ها دادند. لازم به ذکر است که این خانواده در مورد راهنمایی کودکان خود در ارائه پاسخ‌های تهدیدکننده آموزش داده شده بودند.

در پژوهش مشابه دیگری که از سوی کورپیتا آلبانو و بارلو (۱۹۹۶) صورت گرفت پاسخ‌های چهار کودک مضطرب به موقعیت‌های مبهم فرضی قبل و بعد از گفتگو با خانواده بررسی شد. با این تفاوت که در این پژوهش خانواده‌ها در زمینه راهنمایی کودکان خود به سوی ارائه پاسخ‌های

اجتماعی آموزش دیدند. نتیجه این پژوهش نیز نشان داد کودکان پس از مشورت با خانواده خود پاسخ‌های اجتماعی بیشتری به موقعیت‌ها دادند. این یافته‌ها مؤید تأثیر خانواده بر پردازش شناختی کودکان و نقش آموزش در چگونگی برخورد خانواده با مسائل کودکان است که با مبانی نظری و نتایج حاصل از پژوهش حاضر همخوانی دارند.

هایوارد (۲۰۰۰) نیز ۳۵ دختر نوجوان باهراس اجتماعی را مطالعه کرد. او ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها را به عنوان گروه آزمایشی به‌طور گروهی تحت درمان شناختی- رفتاری قرارداد و ۲۳ نفر نیز به عنوان گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. پس از اتمام درمان تفاوت بین دو گروه از نظر نشانگان هراس اجتماعی معنادار بود. نتایج این پژوهش نیز مؤید تأثیر روش‌های شناختی- رفتاری در بهبود نشانگان هراس اجتماعی بود. با این تفاوت که بر اساس یافته‌های این پژوهش پس از یکسال پیگیری پس از درمان تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل کاهش یافت. به نظر می‌رسد که درمان، تأثیر کوتاه مدت داشته است. عدم همخوانی این یافته با یافته‌های پژوهش‌های مشابه را می‌توان به عدم به کارگیری خانواده درمانی و آموزش خانواده در فرایند درمان نسبت داد. زیرا پس از اتمام درمان، فرد با درمانگر تعامل ندارد و بیشترین تعامل را با اعضای خانواده دارد. به همین دلیل آموزش خانواده در حفظ تأثیر درمان نقش به‌سزایی دارد. هنگامی که اعضای خانواده با استفاده از روش‌های مناسب به حل تعارض‌های خانوادگی بپردازند، فرد دارای اختلال نیز تحت فشارهای روانی قرار نمی‌گیرد. این امر بر تداوم درمان کمک می‌کند. مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد. یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های پژوهش حاضر، نداشتن گروه کنترل است. با استفاده از گروه کنترل می‌توان تأثیر سایر متغیرها را کنترل کرد و روایی پژوهش را افزایش داد. هنگامی که متغیرهای محیطی از طریق هم‌تا کردن آزمودنی‌های گروه آزمایشی و کنترل مورد کنترل قرار می‌گیرند با اطمینان بیشتری می‌توان تغییرات ایجاد شده در آزمودنی را به متغیر مستقل (روش درمان) نسبت داد. محدودیت دیگر کم بودن گروه نمونه بود. به دلیل عدم دسترسی به کلینیک‌های مشاوره در سطح وسیع، از بین مراجعان یکی از کلینیک‌ها، افراد با هراس اجتماعی انتخاب شده و تحت درمان قرار گرفتند. با افزایش گروه نمونه می‌توان اعتبار پژوهش را افزایش داد. بر این اساس به درمانگران و پژوهشگران پیشنهاد می‌شود با انتخاب چند گروه کارایی روش‌های درمانی را با یکدیگر مقایسه کنند، با انتخاب نمونه‌ای

بیشتر معرف امکان تعمیم نتایج به جامعه را فراهم سازند و تأثیر خانواده درمانی و روش‌های شناختی- رفتاری را در مورد سایر اختلالات نیز مطالعه نمایند. هم‌چنین به مسئولان آموزش و پرورش پیشنهاد می‌شود به منظور پیشگیری از افزایش اختلالات رفتاری آموزش خانواده را در برنامه‌های خود قرار دهند.

مآخذ

خدایاری‌فرد، محمد. (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی، مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی، سال پنجم، شماره ۱ ص ۱-۲۵.

زارب، جی. ام. (۱۹۹۲). ارزیابی و شناخت- رفتار درمانگری نوجوانان. ترجمه خدایاری فرد و عابدینی (۱۳۸۲). تهران: انتشارات رشد.

Albano, A.M., & Barlow, D.H. (1996). Breaking the vicious cycle: Cognitive behavioral treatment for socially anxious youth. In *Practice* Psycho-social treatment for clinical treatment for socially anxious youth. In Association. ED, Jensen pc, eds. Washington, DC: American Psychological

American psychiatry Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). Washington, DC: American.

Barrett, P-M., Rapee, R.M., Dadds, M.R., & Ryan, S.M. (1996). Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *Journal of Abnormal child psychology*, 37, 183-203.

Beidel, D.C. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of child and Adolescent*, 34(5): 531-550.

Beidel, D.C., Turner, S.M. (1998). Shy children, phobic adults: nature and treatment of social phobia. Washington, DC: American Psychological Association.

Bernstein, G.A., Rapoport, J.L., & Leonard, H.L. (1997). Separation anxiety and generalized anxiety disorders. In J.M. Wiener (Ed.), *Textbook of child and adolescent Psychiatry* (2nd ed., PP. 467-480). Washington, DC. American psychiatric press.

Benson, H. (1985). *Beyond the relaxation response*. New York: Berkley Books.

- Boegels, S.M., & Zigterman, D.(2000). Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder, and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal child psychology*, 28, 205-211.
- Burke, K.C., Burke, J.D., Regier, D.A., & Rae, D.S.(1990). Age at onset of selected mental disorders in five community populations. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 511-518.
- Black, B., Leonard, H.L., & Rapoport, J.L.(1997). Specific phobia, panic disorder, social phobia, and selective mutism. In J.M. Wiener(Ed.), *Textbook of child & adolescent psychiatry* (2nd ed., pp. 491-506).
- Carr, A.(2000). *Family therapy, Process and practice*. New York: ben willeg & sons.
- Cullinan, D.(2000). *Students with emotional and behavior disorders*. NJ: Pearson education Inc.
- Chorpita, B.F., Albano, A.M., & Barlow, D.H.(1996). Cognitive Processing in children: Relationship to anxiety and family influences. *Journal of clinical child psychology*, 25, 170-179.
- Chorpita, B., & Barlow, D.(1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Dumas, J.E., & Lafreniere, P.J.(1993). Mother-child relationships as sources of support of stress: A Comparison of competent, average, aggressive and anxious dyads. *Child Development*, 64, 1732-1754.
- Dumas, J.E., Lafreniere, P.J., & serketich, W.J.(1995). Balance of power: A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal psychology*, 104-113.
- Gelso, C., & Fretz, B.(2001). *Counseling Psychology*. Harcor college publishers.
- Hayward, C.(2000). Cognitive-behavioral group therapy for social phobia in female adolescents results of pilot study. *Journal of American Academy of child and Adolescents psychiatry*, 39(6): 721-726.
- Kessler, R.C., Stang, P., Wittchen, H.U., Stein, M & Walters, E.E.(1999). Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the us national comorbidity survey. *Psychol ogical med*, 29, 555-567.
- Kendall, P.C.(2000). *Child & Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: Guilford Press.
- King, N. J.(1993). Simple and social phobias. In T.H.ollendick & R.J.Prinz(Eds.), *Advances in clinical child psychology*, Vol, 15.(PP.305-341). New Youk: Plenun press.
- Krohne, H.W., & Hock, M.(1991). Relationships between restrictive mother-child Mteractions and anxiety of the child. *Anxiety Research*, 4, 109-124.

- Krohne, H.W.(1980). Parental child-rearing behavior and the development of anxiety and coping strategies in children. In I.G. Sarason & C.D. Spielberger (Eds.), *Stress and Anxiety* (vol, 7, PP. 233-249). Washington, DC: Hemisphere.
- Krohne, H.W.(1985). Developmental conditions of anxiety and coping. A two process model of child-rearing effects. In H.W.Krohne(Ed), *Coping with Anxiety in Achievement Situations*(PP. 135-760). weinham, Germany: Edition Psychology.
- Laidlaw, K., Thompson, L.W., Siskin, L.D., & Thompson, D.G.(2003). *Cognitive Behavioral therapy with older people*. chichester: John wiley and sons.
- Manassis, K., & Bardley, S.J.(1994). the development of childhood anxiety disorders: Toward an integrated model. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 15, 345-366.
- Micucci, J.A.(1998). *The adolescent in family therapy*. NY: Guilford press.
- Morris, R.I., & Kratochwill, T.R.(1993). *Treating children's fears and phobia: A behavioral approach*. Elmsford, NY. Pergamon press.
- Morris, R.J., & Kratochwill, T.R.(1998). childhood fears and phobia In R. J., Morris & T.R.Dratochwill(Eds.), *the practice of Child Therapy* (3rd ed.) boston: Allyn & Bacon.
- Nelson, R.W., & Israel, A.C.(2000). *Behavior disorders of childhood*. NJ: Prentice Hall.
- Nichols, M., & Schwartz, R.(1998). *Family therapy: Concepts and methods*. Boston: Allyn and Bacon.
- Ollendick, T.H., & King, N.J.(1998). Empirically supported treatments for children with phobic and anxiety disorders: current status. *Journal of clinical child psychology* , 27, 756-767.
- Rabian, B., & silverman, W.K.(2000). Anxiety disorders. In M.Hersen & R.T.Ammerman(Eds.), *Advanced abnormal child psychology* (2nd ed., PP.271-289). Hillsdale, N): Lawrence Erlbaum.
- Rapee, R.M.(1997). Potential role of childrearing practices in the development of Anxiety and depression. *clinical psychology Review*, 17, 47-68.
- Regier, D.A., Rae, D.S., Narrow, W.E., kaelber, C.T., & schartzberg, A.F.(1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*. PP. 29-34.
- Schatzberg, A.F., Samson, J.A., Rothschild, A.J., Bond, T.C., & Regier, D.A.(1998). Mclean hospital depression research facility: early- onset phobic disorders and adult-onset major depression. *British Journal of psychiatry*, suppl, 29-34.
- Weems, C.F., Silverman, W.K., & Lagreca, A.M.(2000). What do youth referred for anxiety problem worry about? worry and its relation to anxiety and anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 28, 63-72.
- Vasey, M.W., & Daddsom.R.(2001). *The developmental Psychopathology of anxiety disorders in children*. Oxford: Oxford University press.

The effect of family therapy based on cognitive-Behavioral approach on social phobia treatment(Cosestud)

M.Khodayarifard, Ph.D

Associate professor, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran.

A. Parand

M.A. student, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran

Abstract

Social phobia is one of anxiety disorders. The people with social phobia fear social situations and they are afraid to meet and talk with others and try to avoid social situations.

Social phobia influence on academic and occupational function. Many research have confirmed the effect of family therapy based on Cognigive-Behavioral approach on social phobia. The main purpose of the present research was to study effectiveness of family therapy based on Cognitive-Behavioral approach on social phobia treatment.

Method of the study is case study. Two subjects(18 and 20 age) was selected. Data was obtained by clinical interview, DSM-IV-TR criteria and diagnostic tests.

The results indicate that family has important role in product, maintenance and treatment of social phobia, and family therapy based on Cognitive-Behavioral approach is suitable method for social phobia treatment.

key words; social phobia- family therapy-cognitive-Behavioral approach.