

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی نوجوانان افسرده

نگار معمارپور آسیابان

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی تهران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی نوجوانان افسرده انجام گرفت. این پژوهش بصورت نیمه آزمایشی که از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش مورد نظر دانش آموزان نوجوانان افسرده مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ شهر تهران بودند. نمونه گیری بصورت در دسترس انجام شد. از بین افرادی که پرسشنامه را تکمیل می کنند، ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل (مجموعاً ۳۰ نفر) قرار می گیرند و سپس یک گروه آزمایشی به مدت یک و نیم ماه و در هر هفته دو جلسه ۴۵ دقیقه ای در مراکز مربوطه توسط درمانگر، تحت درمان شناختی رفتاری قرار می گیرند و گروه شاهد هیچ درمانی دریافت نخواهد کرد. ابزار های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب اجتماعی بوده است. یافته ها نشان داد که پس از مداخله درمان شناختی رفتاری، میانگین نمرات اضطراب اجتماعی دانش آموزان نوجوان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنادار بوده است. در نتیجه درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی نوجوانان افسرده تاثیر دارد.

واژه های کلیدی: درمان شناختی رفتاری، اضطراب اجتماعی، نوجوانان افسرده

مقدمه

در حوزه روان شناسی مرضی تحولی، وجود یا فقدان افسردگی در کودکان و نوجوانان، سال‌های متمادی مورد مناقشه بوده است. اما بررسی‌های چند دهه اخیر جای تردیدی باقی نگذاشته‌اند که در سنین تحول نیز آدمی نشانه‌ها و وهله‌های افسردگی را در شکل آشکار یا پنهان و به صورت بالینی یا غیر بالینی آن تجربه می‌کند (هارینگتون^۱، ۲۰۰۸). همچنین نتایج پژوهش‌ها حاکی از آنند که اختلال‌های افسردگی در خلال کودکی نسبت به بزرگسالی از فراوانی کمتری برخوردارند اما در نوجوانی شاهد افزایش چشمگیر این فراوانی هستیم (دادستان، ۱۳۹۲). در کودکان و نوجوانان افسردگی با ویژگی‌های بالینی مانند: تحریک پذیری، کاهش علاقه و لذت در تمام یا تقریباً تمام فعالیت‌ها، کاهش قابل ملاحظه وزن بدون گرفتن رژیم غذایی یا افزایش وزن (در کودکان نرسیدن به وزن مورد نظر)، کم خوابی یا پرخوابی تقریباً هر روز، کندی یا تندی روانی-حرکتی تقریباً هر روز، احساس خستگی یا فقدان نیرو تقریباً هر روز، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه مفرط و نامناسب، کاهش توانایی برای تفکر و تمرکز، بلا تصمیمی، افکار تکرارشونده، خودکشی اطلاق می‌شود (کوپر و گودییر^۲، ۲۰۰۱).

در بررسی علل افسردگی سبب شناسی‌های متعددی مطرح شده است که یکی از عوامل مرتبط با افسردگی در جوامع امروزی، فقدان حسی از معنای زندگی است (وو و برون^۳، ۲۰۱۳). افسردگی بر جنبه‌های مختلف زندگی تأثیر می‌گذارد و علائم آن عملکرد افراد در حوزه‌های مختلف انگیزشی، هیجانی، شناختی، رفتاری و زیستی را مختل می‌کند (گودفرین و ون‌هرینگن^۴، ۲۰۱۰).

برخی از مشکلات اضطرابی در طول زمان نسبتاً پایدارند و ممکن است تا نوجوانی و بزرگسالی تداوم یابند. اضطراب، شایع ترین مشکل گزارش شده توسط کودکان در تمام سنین می‌باشد. اختلالات اضطرابی قابل تشخیص در حدود یک کودک از هر ده کودک یافت می‌شوند. اضطراب و نگرانی بر کودکان در تمام سنین تأثیر می‌گذارد، از نوباوگی تا نوجوانی، دختر یا پسر، ثروتمند یا فقیر، با استعداد یا متوسط هیچ تفاوتی ندارد، اضطراب می‌تواند هرکسی را تحت تأثیر قرار دهد و باعث تداخل بارزی در زندگی کودکان شود، پیشرفت تحصیلی آن‌ها را پایین بیاورد، از ایجاد دوستی‌ها جلوگیری کند و کل خانواده را تحت تأثیر قرار دهد (درویش زاده و مقدری، ۱۳۹۷). اضطراب اجتماعی به عنوان یک ترس مشخص و مزمن از یک یا چند موقعیت اجتماعی تعریف می‌شود که فرد خود را در معرض موشکافی به وسیله دیگران می‌بیند و می‌ترسد مبادا کاری انجام دهد که باعث خجالت باشد یا تحقیرآمیز به نظر آید (ترخان، ۱۳۹۸).

فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌کوشد از موقعیت‌هایی که در آن‌ها ممکن است مورد ارزیابی دیگران قرار گیرد و نشانه‌های اضطراب در او ظاهر شود و یا به روشی رفتار کند که خجالت زده شود، پرهیز کند. ترس‌های مربوط به عرق کردن شدید و سرخ شدن چهره از جمله علائمی هستند که در این افراد زیاد دیده می‌شود. به بیان دیگر هر کاری که در حضور دیگران انجام دهند، می‌تواند اضطراب شدید و یا حتی یک حمله‌ی کامل وحشت زدگی در آنان پدید آورد (داویدسون، نیل و کرینگ^۵، ۲۰۱۴).

درمان شناختی رفتاری یک رویکرد روان درمانی است که احساسات ناکارآمد، رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه را از طریق شماری از روش‌های سیستماتیک، صریح و هدف‌مدار نشان می‌گیرد. درمان شناختی رفتاری با تمرکز بر

² Harrington

¹ Cooper, & Goodyer

³ Woo & Brown

⁴ Godfrin & Van Heeringen

⁵ Davidson, Neil and Kring

حل مسئله، عهده‌دار حل مشکلات به خصوصی می‌شود و در این رویکرد درمان گر با عمل‌گرایی تلاش می‌کند با کمک به مراجع در انتخاب استراتژی خاصی برای مواجهه با مشکل به‌او کمک کند (هاوتون و همکاران، ۲۰۱۹). هدف اصلی درمان شناختی رفتاری این است که با تغییر و اصلاح شیوه تفکر و رفتار، احساسات فرد را تغییر دهد. درمان شناختی رفتاری می‌تواند به مردم برای حل مشکلات مربوط به سلامت جسمانی، اجتماعی، شغلی و عاطفی‌شان کمک کند. درحقیقت درمان شناختی رفتاری با بهره‌گیری از تحقیقات و پژوهش‌های مختلف علمی نشان داد که بیشتر مشکلات روانی و اختلالات احساسی به خاطر باورها و طرز فکر کنونی افراد به وجود می‌آیند (موتابی و همکاران، ۱۳۹۷).

لذا تحقیق حاضر قصد دارد این سؤال را پاسخ دهد که آیا درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی نوجوانان افسرده تاثیر دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش بصورت نیمه آزمایشی که از یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل بوده است. جامعه آماری پژوهش مورد نظر دانش آموزان نوجوانان افسرده مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ شهر تهران بودند. نمونه‌گیری بصورت در دسترس انجام شد. از بین افرادی که پرسشنامه را تکمیل می‌کنند، ۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل (مجموعاً ۳۰ نفر) قرار می‌گیرند و سپس یک گروه آزمایشی به مدت یک و نیم ماه و در هر هفته دو جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در مراکز مربوطه توسط درمانگر، تحت درمان شناختی رفتاری قرار می‌گیرند و گروه شاهد هیچ درمانی دریافت نخواهد کرد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب اجتماعی بوده است.

ابزار پژوهش

مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان^۶ لاجرسا (۱۹۹۸): این مقیاس شامل ۱۶ گویه بوده و از سه زیر مقیاس ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید و اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی تشکیل شده است. نمره‌گذاری در مقیاس ۵ درجه‌ای (کاملاً شبیه من برابر ۵ تا کاملاً متفاوت از من برابر یک) انجام می‌گیرد. دامنه نمره بین ۱۶ تا ۸۰ و نمره برش برابر ۴۸ است (شیخ الاسلامی، بشیر گنبدی و سید اسماعیلی قمی، ۱۳۹۸). **روایی و پایایی پرسشنامه اضطراب اجتماعی:** ویژگی‌های روانسنجی اضطراب اجتماعی در ایران توسط استوار و رضویه (۱۳۹۲) مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج تحلیل عاملی وجود سه عامل را مورد تایید قرار داد. روایی پرسشنامه با استفاده از روایی همگرا و واگرا از پرسشنامه‌های افسردگی کودکان و پرسشنامه اضطراب آشکار کودکان انجام گرفت که روایی پرسشنامه را مورد تایید قرار داد. برای پایایی نیز از روش بازآزمایی استفاده شده که ضریب پایایی بازآزمایی برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ بدست آمد. همچنین آلفای کرونباخ برای عوامل در دامنه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۴ بدست آمد (استوار و رضویه، ۱۳۹۲).

^۶ - Social Anxiety scale for Adolescents (SAS-A)

یافته ها

یافته های توصیفی

جدول ۱: شاخص های توصیفی اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش

انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۴/۴۱	۲۸/۶۳	۱۵	ارزیابی منفی	پیش آزمون
۳/۵۳	۱۷/۴۱	۱۵	اجتناب اجتماعی	
۳/۶۸	۱۳/۵۸	۱۵	اندوه	
۵/۵۲	۵۹/۶۲	۱۵	کل	
۴/۷۸	۲۰/۲۴	۱۵	ارزیابی منفی	پس آزمون
۳/۳۲	۱۱/۸۶	۱۵	اجتناب اجتماعی	
۳/۴۱	۹/۵۴	۱۵	اندوه	
۷/۲۴	۴۱/۶۴	۱۵	کل	

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی در گروه های آزمایش دانش آموزان بدست آمده است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی اضطراب اجتماعی در گروه کنترل

انحراف معیار	میانگین	تعداد		
۵/۴۵	۲۷/۳۴	۱۵	ارزیابی منفی	پیش آزمون
۳/۵۶	۱۷/۵۷	۱۵	اجتناب اجتماعی	
۳/۱۵	۱۴/۶۸	۱۵	اندوه	
۷/۳۲	۵۹/۵۹	۱۵	کل	
۵/۶۸	۲۹/۵۳	۱۵	ارزیابی منفی	پس آزمون
۴/۷۴	۱۵/۲۴	۱۵	اجتناب اجتماعی	
۳/۵۳	۱۲/۷۸	۱۵	اندوه	
۸/۶۴	۵۷/۵۵	۱۵	کل	

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی در گروه کنترل دانش آموزان در پیش آزمون بدست آمده است.

همگنی واریانس

جدول ۳: آزمون لوین همگنی واریانس‌های گروه کنترل و گروه آزمایش

معنی‌داری	درجه آزادی ۲	درجه آزادی ۱	F	اضطراب اجتماعی
۰/۸۰۱	۲۸	۱	۰/۰۶۱	

با مشاهده به مندرجات جدول ۳ پیش فرض همگنی واریانس‌ها در متغیر اضطراب اجتماعی در سطح $p > 0.05$ معنی‌دار نیست، در نتیجه مفروضه همگن بودن واریانس‌ها تایید شده است.

جدول ۴: تحلیل کوواریانس برای اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش و

کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	۱۰۶۴/۵۶	۱	۱۰۶۴/۵۶	۲۴/۴۵	۰/۰۰۰	۰/۳۹۱
خطا	۱۶۵۲/۷۸	۲۷	۶۱/۲۱			
کل	۱۲۵۶۷۵/۰۰	۳۰	۴۱۸۹/۱۶			

به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و تعدیل اثر پیش آزمون بر پس آزمون از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده گردید. که نتایج در جدول ۴ آورده شده است. طبق جدول مقدار آماره F معنادار می باشد ($P < 0.05$). لذا می توان گفت درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی نوجوانان افسرده تاثیر دارد.

بحث و نتیجه گیری

فرضیه: درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی نوجوانان افسرده تاثیر دارد.

یافته‌ها نشان داد که پس از مداخله درمان شناختی رفتاری، میانگین نمرات اضطراب اجتماعی دانش آموزان نوجوان در پس آزمون نسبت به پیش آزمون معنادار بوده است. در نتیجه درمان شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی نوجوانان افسرده تاثیر دارد.

رویکرد شناختی رفتاری با کمک به افراد برای به اشتراک گذاشتن مشکلاتش و دریافت راهکارهای مواجهه مؤثر از اعضای گروه، چالش با افکار منفی و باورهای ایده‌آل‌گرایانه و استفاده از توجه برگردانی، حل مسئله و راهبردهای رفتاری منجر به بهبود افسردگی نوجوانان می‌شود. در روش شناختی- رفتاری، افکار بد و تفکر پیرامون فقدان راهبردهای مقابله‌ای مؤثر با اضطراب اصلاح می‌شود. رویکرد شناختی رفتاری بر مدل شناختی منسجم، بر همکاری استوار بین بیمار و درمانگر مبتنی است. این شیوه درمان، از لحاظ زمانی، کوتاه و محدود است و در آن سعی میشود به مراجعه‌کننده کمک شود تا در خود مهارت‌های خودیاری مستقلی ایجاد نماید و بر ترسهای خود فائق آید. ضمن آن که رویکرد شناختی- رفتاری بر فرآیند سوال و کشف توأم با راهبرد و نه قانع‌سازی، متکی است (جلال آبادی، ۱۳۹۷).

منابع

۱. ترخان، مرتضی (۱۳۹۸). تأثیر مداخله‌های شناختی - رفتاری گروهی مبتنی بر ارتقاء رفتار اجتماعی بر کاهش اضطراب دانش آموزان دبستانی، دو فصلنامه شناخت اجتماعی، سال پنجم، شماره ۱۰، پاییز و زمستان ۱۳۹۸، ص ۹۲.
۲. جلال آبادی، مصطفی (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر ارتقاء رفتار اجتماعی و کاهش اضطراب کودکان، کارشناس ارشد مشاوره شغلی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان، ایران.
۳. دادستان، پریخ. (۱۳۸۲). *روان شناسی مرضی تحولی*، جلد اول، تهران: سمت.
۴. درویش زاده، مسعود و مقدری، نادیا (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی بر کاهش اضطراب اجتماعی کودکان، اولین همایش ملی جهانی سازی حقوق کودکان و نوجوانان از دیدگاه حقوقی و روانشناسی، مشهد، موسسه آموزش عالی حکیم نظامی قوچان.
۵. موتابی، فرشته؛ فتی، لادن (۱۳۹۷). *راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری*، تهران، نشر شهریور.
۶. هاوتون، کیست کیس؛ پال و کلارک، کرک (۱۳۹۷). *رفتار درمانی شناختی*، ترجمه حبیب اله قاسم زاده، تهران، ارجمند
7. Cooper, P.J., Goodyer, I. (2001). A community study of depression in adolescent girls. I: Estimates of symptom and syndrome prevalence. *Br J Psychiatry*; 163,369-374.
8. Davidson, J. R. T., Miner, C. M., DeVeaugh-Geiss, J., Tupler, A., Colket, J. T., & Potts, N. L. S. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation. *Psychology Medicine*, 27: 161-166.
9. Davis, T. E., Munson, M. S., Tarcza, E. V. (2009). Anxiety disorders and phobias. *Social Behavior Skill Child*.
10. Harrington, R. C. (2008). *Depressive disorders in children and adolescent*. Manchester: John Wiley and Sons Ltd.
11. Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78 (2),169-83.
12. Woo, C.S., & Brown E. j. (2013). Role of Meaning in the Prediction of Depressive Symptoms Among Trauma-Exposed and Non trauma-Exposed Emerging Adults, *journal of Clinical psychology*, 69 (12), 1269-1283.