

تاریخ دریافت مقاله: ۹۰/۱۱/۰۷

تاریخ بررسی مقاله: ۹۰/۱۱/۱۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۰/۰۲/۳۰

دو فصلنامه مشاوره کاربردی
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۰،
دوره‌ی اول، سال اول، شماره‌ی ۲
ص ص: ۳۱-۵۰

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر بهبود کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر

محمد نریمانی*، عباس ابوالقاسمی*، حیدر رضازاده***

چکیده

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر بهبود کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر می‌باشد. آزمودنی‌ها از طریق نمونه‌گیری تصادفی ساده از ۸۱۰ نفر دانش‌آموز پسر مقطع راهنمایی پس از انجام آزمون اختلال اضطراب اجتماعی لایبویتز و کسب نمره‌ی لازم، طی مصاحبه‌ی بالینی بر اساس DSM-IV-TR و احراز ملاک‌های ورود به پژوهش، در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارش شدند، و پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی SF-۳۶ قبل از شروع و پس از پایان دوره‌ی درمان تکمیل نمودند. همچنین معدل نمره‌های دانش‌آموزان در سال تحصیلی قبلی به عنوان شاخص عملکرد تحصیلی در مرحله‌ی قبل از درمان و معدل نمره‌های آن‌ها در نیم سال اول سال تحصیلی به عنوان شاخص عملکرد تحصیلی در مرحله‌ی بعد از درمان مورد استفاده قرار گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی منتشر، بهبود کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان به طور معناداری مؤثر است. با توجه به نتایج مطالعه حاضر می‌توان به درمانگران بویژه مشاوران مدارس پیشنهاد کرد که از درمان شناختی-رفتاری گروهی به عنوان درمان

* استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران. تلفن همراه: ۰۹۱۴۱۵۱۹۷۹۴

E-mail: narimani@uma.ac.ir

** دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران.

*** دانش‌آموخته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، ایران

مکمل یا اصلی جهت کاهش و درمان اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر استفاده نمایند.

کلید واژه‌ها: اضطراب اجتماعی منتشر، کیفیت زندگی، عملکرد تحصیلی، درمان شناختی- رفتاری گروهی.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ که با عنوان فوبی اجتماعی^۲ هم شناخته می‌شود یکی از اختلال‌های اضطرابی فراگیر می‌باشد که با ترس شدید و مداوم و یا اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی به خاطر ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران یا ناتوانی در آن موقعیت تشخیص داده می‌شود (انجمن روان پزشکی آمریکا^۳، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی منتشر (فراگیر) با ویژگی‌هایی همچون احساس اضطراب در بیشتر موقعیت‌های اجتماعی (هافمن، آلبانو، هیمبرگ، ترسی، کورپیتا و بارلو^۴، ۱۹۹۹؛ انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰)، اضطراب همراه با برانگیختگی مانند افزایش ضربان قلب، لرزش، سرخی چهره و عرق کردن (گلداستاین^۵، ۲۰۰۳؛ کلویت، ژولس و هولسبور^۶، ۲۰۰۵) و کمروبی افراطی، کناره‌گیری از تماس با دیگران و عدم تمایل به بازی گروهی ظاهر می‌شود (DSM – IV^۷، ۱۹۹۴). این اختلال در کودکان و نوجوانان به عملکرد تحصیلی ضعیف (لاست، هرسن، کازدین، اوراسچل و پرین^۸، ۱۹۹۱) و مشکلات روان شناختی مانند افسردگی (ایندر بیتزن، نولان و والترز^۹، ۲۰۰۰) و سوء مصرف مواد (پینی، کوهن، کارلی، بروک و ما^{۱۰}، ۱۹۹۸) منجر می‌شود. علاوه بر این، نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی در خطر ناپختگی اجتماعی قرار دارند؛ اختلالی که درماندگی و اجتناب از

1- social anxiety

2- social Phobia

3- American Psychiatry Association

4- Hofman, Albano, Heimberg, Tracy, Chorpita, & Barlow

5- Goldstein

6- Kloet, Joels, & Holsboer

7- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

8- Last, Hersen, Kazdin, Orraschel, & Perrin

9- Inderbitzen, Nolan, & walters

10- Pine, Cohen, Curley, Brook, & May

روابط اجتماعی را در پی دارد (ایندر بیتزن، نولان و والترز و بوکاواسکی^۱، ۱۹۹۷؛ بیدل و ترنر^۲، ۱۹۹۸) و می‌تواند به بدکارکردی اجتماعی^۳ و روان‌شناختی و حتی بروز شخصیت اجتنابی در بزرگسالی منجر شود (پینی و همکاران، ۱۹۹۸). مطالعات همه‌گیرشناسی، نرخ شیوع این اختلال را در نوجوانان ۷٪ گزارش کرده‌اند (استین^۴، ۲۰۰۱). همچنین کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر با ویژگی‌هایی نظیر معیارها و استانداردهای خودخواسته و دشوار (آلدن و کاپ^۵، ۱۹۸۱)، خودکارآمدی و عزت نفس پایین (هارلمن و لوسل^۶، ۱۹۹۰)، اضطراب از انجام عمل در مکان‌های عمومی (اشنایر^۷، ۱۹۹۲)، تحقیر، تنفر، بی‌ارزشی یا احمق قلمداد شدن توسط دیگران (کلویتره، هیمبرگ، لیبویتز و گیتا^۸، ۱۹۹۲)، عملکرد و تعامل اجتماعی ضعیف (بوئر^۹، ۱۹۹۷)، خودپردازی منفی و توجه شدید متمرکز بر خود، دید تماشگری منفی نسبت به خود (ولز، کلارک و احمد^{۱۰}، ۱۹۹۸)، ترس از ارزیابی منفی از سوی دیگران در محیط اجتماعی (نیکاسترو^{۱۱}، ۱۹۹۹)، ضعف مهارت‌های اجتماعی (اسپنس، دونوان و بریچمن-توساینر^{۱۲}، ۱۹۹۹؛ سگرین و فلورا^{۱۳}، ۲۰۰۰؛ ونزل، گراف-دولیزال، ماچو و بریندل^{۱۴}، ۲۰۰۴)، احساس بی‌ارزشی، اسنادهای خود انتقادی بالا به دنبال رویدادهای اجتماعی منفی و نمره پایین در مقیاس‌های حرمت خود (ویلسون و راپی^{۱۵}، ۲۰۰۶)، ادراک سوگیرانه در عملکرد اجتماعی (ونکلن و بوگلز^{۱۶}، ۲۰۰۸) همراه است. بنابراین با توجه به ویژگی‌های مطرح شده، به نظر می‌رسد شادی و رضایت (کینگ و هاینس^{۱۷}، ۲۰۰۳) که از مؤلفه‌های

- 1- Inderbitzen, Nolan, Walters, & Bukowski
- 2- Bidel, & Turner
- 3- social dysfunction
- 4- Stein
- 5- Alden, & Cappe
- 6- Hurrelmann, & Losel
- 7- Schneier
- 8- Cloitre, Heimberg, Leibowitz, & Gitow
- 9- Bore
- 10- Wells, Clark, & Ahmad
- 11- Nicastro
- 12- Spence, Donovan, & Brechman
- 13- Segrin, & Flora
- 14- Wenzel, Graff, Macho, & Brendle
- 15- Wilson, & Rapee
- 16- Voncken, & Bogels
- 17- King, & Hinds

اصلی کیفیت زندگی می‌باشد در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر پایین باشد. در میان درمان‌های اختلال اضطراب اجتماعی، کارآمدی درمان‌های رفتاری و شناختی-رفتاری مورد تأیید قرار گرفته (هیمبرگ، ۲۰۰۱) و از این میان، درمان شناختی-رفتاری گروهی (CBGT¹) که توسط هیمبرگ و بکر^۲ (۲۰۰۲) تدوین شده مداخله‌ای است گروه‌مدار که به طور خاص برای این اختلال طراحی شده که در آن بازسازی شناختی در زمینه‌ای از تمرین‌های مواجهه‌ای ساختگی (شبیه‌سازی شده و نمادین) صورت می‌گیرد. این روش درمانی چرخه‌ی معیوب اضطراب اجتماعی را هم در فضای درمان و هم در دنیای بیمار می‌شکند. این نوع درمان سه جزء اساسی دارد: ۱- تمرین‌های مواجهه‌ای درون جلسات با موقعیت‌های ترس‌آور اجتماعی. ۲- بازسازی شناختی قبل و بعد از تمرین‌های مواجهه‌ای درون جلسات. و ۳- تکالیف خانگی به منظور مواجهه‌ی واقعی که به وضوح شامل مهارت‌های بازسازی شناختی فرا گرفته شده در گروه است (تورک، فریسکو و هیمبرگ^۳، ۱۹۹۹؛ هیمبرگ و بکر، ۲۰۰۲). روش درمانی در چارچوب جلسه‌های دو ساعته هفتگی و به مدت ۱۲ هفته برنامه‌ریزی شده و کاربست آن در قالب جلسات گروهی توصیه می‌گردد (هوپ^۴، هیمبرگ، جاستر، و تارک، ۲۰۰۶). ملیانی، شعیری، قائدی، بختیاری و طاولی (۱۳۸۸) نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ می‌تواند اضطراب اجتماعی دانشجویان ایرانی را کاهش دهد. در مطالعه‌ای توسط هربرت، رینگولد و گلداستین^۵ (۲۰۰۲) تأثیر درمان شناختی-رفتاری فردی در مقابل درمان شناختی-رفتاری گروهی و روان درمانی حمایتی-آموزشی برای اضطراب اجتماعی منتشر در نوجوانان بررسی شد. هر سه روش منجر به کاهش معنی‌دار علائم شده و مهارت‌های اجتماعی را بهبود بخشیدند. تفاوتی بین این سه درمان در سنجش علائم ایجاد شده، دیده نشد ولی درمان شناختی-رفتاری گروهی در مقیاس‌های رفتاری پیشرفت بیشتری را ایجاد کرد. پژوهش دینا، ملودیه، جاکوو و جاکویس^۶ (۲۰۰۷) نشان دادند که میزان بهبودی درمان CBGT در مقایسه با روش مراقبه

- 1- Cognitive-Behavioral Group Therapy
- 2- Becker
- 3- Turk, & Fresco
- 4- Hope, Juster, & Turk
- 5- Herbert, Rheingold, & Goldstein
- 6- Diana, Melodie, Jakov, & Jacques

مبتنی بر کاهش تنیدگی برای اختلال اضطراب اجتماعی است، و هر دو مداخله در بهبود خلق، عملکرد و کیفیت زندگی بیماران اثربخش بودند. مطالعه کلارک، هلرس و هوکمن^۱ (۲۰۰۶) درمان شناختی-رفتاری گروهی را در کاهش معنی‌دار اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر دانسته‌اند. بنابراین با توجه به پژوهش‌های انجام یافته در داخل و خارج از کشور درمان شناختی-رفتاری گروهی یک روش درمانی مؤثر، کارآمد و مناسب برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی منتشر است. در کشور ما در مورد کارآیی روش درمان شناختی-رفتاری گروهی بر درمان اختلال اضطراب اجتماعی منتشر در نوجوانان و بهبود کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی آنان به طور همزمان پژوهشی انجام نگرفته است. این پژوهش با هدف بررسی سه فرضیه انجام گرفته است: ۱- درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش علایم دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر تأثیر دارد. ۲- درمان شناختی-رفتاری گروهی بر بهبود کیفیت زندگی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است. و ۳- درمان شناختی-رفتاری گروهی بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر است

روش

در این پژوهش برای دستیابی بر میزان اختلال اضطراب اجتماعی منتشر از زمینه‌یابی مقطعی و برای دستیابی بر رابطه‌ی تابعی بین متغیرها از روش تحقیق آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است.

جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی شهرستان اردبیل در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای، ابتدا از دو منطقه ناحیه یک آموزش و پرورش شهرستان اردبیل یک منطقه برحسب تصادف و از این منطقه انتخاب شده، هشت مدرسه راهنمایی به تصادف برگزیده شدند. به این ترتیب که ابتدا پرسشنامه اضطراب اجتماعی در بین ۸۱۰ دانش‌آموز توزیع گردید. در مرحله‌ی بعد از بین پرسشنامه‌هایی که نمره‌ی اضطراب اجتماعی بالاتر از یک انحراف معیار بالای میانگین کسب

1- Clark, Ehlers, & Hackman

نمودند، مورد مصاحبه‌ی بالینی بر اساس DSM-IV قرار گرفتند. در مرحله‌ی آخر، از میان ۶۱ دانش‌آموزی که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص داده شدند، ۴۰ نفر به طور تصادفی و مساوی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

روند اجرای پژوهش

درمان شناختی-رفتاری گروهی در ۱۲ جلسه برای آزمودنی‌های گروه آزمایش در قالب ۴ گروه درمانی اعمال گردید. به طوری که در جلسات درمانی از فنون مشاهده رفتاری دیگران، آزمایش پیش‌بینی‌ها، استاندارد مضاعف، ارزیابی دیگران، آزمایش‌های رفتاری، نزول عمودی، جنگ با افراط، تصویرسازی، تکنیک وکیل مدافع و تشخیص و اصلاح مشکلات در طی درمان استفاده شد.

ابزار

۱- پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی لایبویتز^۱ (LSAS-CA). پرسشنامه اضطراب اجتماعی برای کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۸ سال طراحی شده و دارای ۲۴ ماده است. ماسیا-وارنر، کلاین، لیبویتز، استور، پینکوس^۲ و همبرگ (۲۰۰۳) ضریب پایایی آلفای کرونباخ این ابزار از ۰/۹۰ تا ۰/۹۷ و پایایی بازآزمایی آن را از ۰/۹۴ تا ۰/۸۹ گزارش دادند. فرسکو، کولز، همبرگ، لیبویتز، هامی و همکاران^۳ (۲۰۰۱) همسانی درونی، روایی همگرا و واگرا بالایی را گزارش کردند. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه‌ی LSAS-CA ۰/۹۳ به دست آمد.

۲- مصاحبه‌ی بالینی بر اساس DSM-IV (SCID-I⁴). مصاحبه‌ی بالینی بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای ۴۰ دانش‌آموز توسط روان‌شناس بالینی انجام شد تا آن‌ها از لحاظ معیارهای ورود به جلسات درمان گروهی به لحاظ تعداد و زمان جلسات بررسی شوند.

1- Liebowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents

2- Masia-Warner, Klein, Storeh, & Pincus,

3- Fresco, Coles, Hami, & et al

4- Structured Clinical Interview For DSM- IV

۳- پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی^۱. با استفاده از پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی^۲، کیفیت زندگی دانش‌آموزان پسر سنجیده شد. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال می‌باشد، ابعاد مختلف کیفیت زندگی را می‌سنجد، نمای سلامتی^۳ فرد را نشان می‌دهد و جزء ابزارهای عمومی برای اندازه‌گیری کیفیت زندگی می‌باشد که می‌توان با استفاده از آن ابعاد مختلف کیفیت زندگی را در افراد سنجید (نجات، ۱۳۸۷). مفاهیمی که در این پرسشنامه سنجیده می‌شود، اختصاص به سن یا گروه خاصی ندارد. هدف از طرح این پرسشنامه، ارزیابی حالت سلامت از هر دو بُعد وضعیت جسمانی و روانی است که به وسیله‌ی ترکیب نمره‌های حیطه‌های هشت‌گانه تشکیل دهنده سلامت به دست می‌آید. این ابزار علاوه بر اندازه‌گیری هشت بُعد کیفیت زندگی، دو مقیاس خلاصه دارد که از ادغام مقیاس‌ها به صورت زیر به دست می‌آید. (الف) خلاصه مؤلفه جسمانی^۴ (PCS): عملکرد جسمانی، محدودیت در نقش جسمی، درد جسمی، سلامت عمومی. و (ب) خلاصه مؤلفه روانی^۵ (MCS): سرزندگی و نشاط، عملکرد اجتماعی، محدودیت در نقش احساسی، سلامت روانی. همچنین از ترکیب نمره‌های بُعد سلامت جسمانی و بُعد سلامت روانی نمره‌ی کل برای کیفیت زندگی به دست می‌آید. نمره هر یک از حیطه‌ها بر اساس دستورالعمل پرسشنامه SF36 به طور مستقل امتیازبندی و امتیازبندی از صفر (بدترین وضعیت) تا ۱۰۰ (بهترین وضعیت) انجام می‌شود (منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۴). این پرسشنامه در ایران هنجاریابی شده و پایایی و روایی آن در مطالعات متعددی تأیید شده است (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴). در مطالعات مختلف منجمه دهداری، حیدرنیا، رمضان‌خانی، صادقیان و غفرانی‌پور (۱۳۸۶)، ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۲؛ پرنده، سیرتی‌نیر، خاقانی‌زاده و کریمی زارچی (۱۳۸۶) ۰/۸۲؛ و دهداری (۱۳۸۱) ضریب بازآزمایی (با فاصله‌ی دو هفته) ۰/۷۵ گزارش داده‌اند.

۴- عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان. میانگین نمره‌های دروس نیم سال اول سال تحصیلی ۸۹-۹۰ و میانگین نمره‌های دروس سال تحصیلی ۸۸-۸۹ به عنوان شاخص عملکرد تحصیلی،

-
- 1- Life Quality Questionnaire
 - 2- Short-Form Health Assessment with 36 Questions
 - 3- health profile
 - 4- physical component summary
 - 5- mental component summary

مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌ها

میزان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی منتشر در دانش‌آموزان پسر مقطع راهنمایی با دامنه‌ی سنی ۱۲ تا ۱۴ سال با استفاده از مقیاس اضطراب اجتماعی لایویتز (LSAS-CA)، ۷/۵۳٪ (۶۱ نفر) به دست آمد. جدول ۱ شاخص‌های آماری متغیرهای مورد مطالعه را در مراحل مختلف در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد.

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌های اضطراب اجتماعی منتشر در گروه آزمایش در مرحله پس از آزمون نسبت به مرحله پیش از آزمون، کاهش یافته است. همچنین میانگین‌های نمره‌های عملکرد تحصیلی (معدل نمرات دروس) و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن (جسمانی، عملکرد جسمانی، محدودیت جسمی، درد بدنی، سلامت عمومی، سلامت روحی، نشاط، عملکرد اجتماعی، آسیب روحی و سلامت روانی) در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس از آزمون نسبت به مرحله پیش از آزمون، افزایش نشان می‌دهد. با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری^۱ تفاوت بین دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ تفاضل میانگین نمره‌های پیش از آزمون-پس از آزمون در متغیرهای وابسته (اضطراب اجتماعی منتشر، عملکرد تحصیلی (معدل نمرات دروس) و کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون‌های معنی‌داری تحلیل واریانس چند متغیری منجمله اثر پیلایی و لامبدای ویلکز (۳۹/۷۸، $p < ۰/۰۰۰۱$) قابلیت استفاده از این روش آماری پارامتریک را مجاز می‌شمارند. این نتایج نشان می‌دهند که بین دو گروه، حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، بین دانش‌آموزان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب اجتماعی منتشر (۳۷/۱۰، $p < ۰/۰۰۰۱$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان شناختی-رفتاری گروهی موجب کاهش اضطراب اجتماعی منتشر دانش‌آموزان گروه آزمایش شده است. بین دانش‌آموزان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در دانش‌آموزان پسر گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	مرحله	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)	گروه کنترل
اضطراب اجتماعی منتشر	پیش آزمون	۴۶/۱۰ (۶/۵۶)	۴۷/۷۵ (۵/۶۰)	
	پس آزمون	۲۲/۳۵ (۱۲/۹۸)	۴۶/۵۵ (۷)	
عملکرد تحصیلی	پیش آزمون	۱۵/۰۱ (۱/۶۸)	۱۵/۴۱ (۱/۹۹)	
	پس آزمون	۱۷/۰۱ (۱/۴۳)	۱۴/۴۸ (۱/۵۸)	
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۵۳/۴۷ (۷/۸۰)	۵۲/۱۲ (۳/۵۰)	
	پس آزمون	۹۰/۴۲ (۵/۶۲)	۵۴/۸۸ (۲/۷۱)	
بعد جسمانی	پیش آزمون	۵۴/۵۷ (۹/۱۰)	۵۲/۹۵ (۴/۶۷)	
	پس آزمون	۹۱/۷۶ (۵/۴۲)	۵۴/۲۶ (۴/۵۴)	
عملکرد جسمانی	پیش آزمون	۵۲/۲۵ (۱۶/۱۷)	۵۰/۲۵ (۱۰/۱۹)	
	پس آزمون	۹۲/۴۰ (۹/۹۹)	۵۱/۷۰ (۱۰/۵۲)	
محدودیت جسمی	پیش آزمون	۵۳/۶۰ (۲۰/۳۵)	۵۴/۹۵ (۱۲/۵۰)	
	پس آزمون	۹۱/۶۵ (۱۰/۸۲)	۵۶/۵۵ (۱۳/۰۸)	
درد بدنی	پیش آزمون	۵۸/۳۰ (۱۴/۱۲)	۵۵/۴۰ (۸/۵۹)	
	پس آزمون	۸۹/۳۰ (۱۰/۳۷)	۵۵ (۸/۴۱)	
سلامت عمومی	پیش آزمون	۵۴/۱۵ (۱۴/۱۳)	۵۱/۲۰ (۵/۴۲)	
	پس آزمون	۹۳/۷۰ (۶/۷۳)	۵۳/۸۰ (۷/۷۲)	
سلامت روحی	پیش آزمون	۵۲/۳۷ (۹/۹۴)	۵۱/۳۰ (۶/۱۳)	
	پس آزمون	۸۹/۰۸ (۹/۵۹)	۵۵/۵۰ (۶/۲۸)	
نشاط	پیش آزمون	۵۴/۵۰ (۱۲/۰۱)	۵۱/۳۵ (۷/۶۱)	
	پس آزمون	۹۲/۷۵ (۹/۵۲)	۵۲/۴۰ (۵/۱۹)	
عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	۵۱/۶۰ (۲۰/۲۱)	۵۲/۰۵ (۸/۵۹)	
	پس آزمون	۹۲/۵۵ (۱۱)	۵۲/۸۰ (۱۰/۲۵)	
آسیب روحی	پیش آزمون	۵۰ (۱۷/۴۴)	۴۹/۵۰ (۱۵/۱۷)	
	پس آزمون	۸۷/۴۵ (۱۶/۶۵)	۵۹/۰۵ (۱۶/۳۶)	
سلامت روانی	پیش آزمون	۵۳/۴۰ (۱۱/۵۵)	۵۲/۳۰ (۱۰/۸۹)	
	پس آزمون	۸۳/۶۰ (۴۲)	۵۷/۷۵ (۱۳)	

جدول ۲. نتایج اثرات بین آزمودنی‌ها از لحاظ نمره‌های تفاضل (پیش آزمون - پس آزمون) در متغیرهای مورد مطالعه در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح p
اضطراب اجتماعی منتشر	۵۰۸۵/۲۵	۱	۵۰۸۵/۲۵	۳۷/۰۱	< ۰/۰۰۰۱
عملکرد تحصیلی	۶۵/۶۱	۱	۶۵/۶۱	۱۸/۵۳	< ۰/۰۰۰۱
کیفیت زندگی	۱۱۶۹۲/۱۲	۱	۱۱۶۹۲/۱۲	۲۷۸/۷۰	< ۰/۰۰۰۱
سلامت جسمانی	۱۲۸۷۰/۱۵	۱	۱۲۸۷۰/۱۵	۲۵۹/۵۷	< ۰/۰۰۰۱
عملکرد جسمانی	۱۴۹۷۶/۹۰	۱	۱۴۹۷۶/۹۰	۸۰/۸۰۱	< ۰/۰۰۰۱
محدودیت جسمی	۱۳۲۸۶/۰۲	۱	۱۳۲۸۶/۰۲	۴۹/۴۵	< ۰/۰۰۰۱
درد بدنی	۹۸۵۹/۶۰	۱	۹۸۵۹/۶۰	۷۸/۱۰	< ۰/۰۰۰۱
سلامت عمومی	۱۳۶۵۳/۰۲	۱	۱۳۶۵۳/۰۲	۱۱۰/۵۳	< ۰/۰۰۰۱
سلامت روانی	۱۰۵۷۰/۶۲	۱	۱۰۵۷۰/۶۲	۱۱۴/۷۵	< ۰/۰۰۰۱
نشاط	۱۳۸۳۸/۴۰	۱	۱۳۸۳۸/۴۰	۹۲/۲۷	< ۰/۰۰۰۱
عملکرد اجتماعی	۱۶۱۶۰/۴۰	۱	۱۶۱۶۰/۴۰	۵۸/۱۳	< ۰/۰۰۰۱
آسیب روحی	۷۷۸۴/۱۰	۱	۷۷۸۴/۱۰	۲۱/۷۴	< ۰/۰۰۰۱
سلامت روانی	۶۱۲۵/۶۲	۱	۶۱۲۵/۶۲	۲۶/۷۸	< ۰/۰۰۰۱

کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن، تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود (۲۷۸/۷۰، $p < ۰/۰۰۰۱$)، یعنی، روش درمان شناختی- رفتاری گروهی موجب افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان گروه آزمایش شده است. همچنین بین دانش‌آموزان گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ عملکرد تحصیلی، تفاوت معنی‌داری دیده شد (۱۸/۵۳، $p < ۰/۰۰۰۱$). این معناداری به نفع افزایش نمره‌های عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث

با توجه به هدف پژوهش حاضر که تعیین اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی منتشر، کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر بود، نتایج مطالعه نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی در کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی منتشر مؤثر است. بنابراین فرضیه اول

مطالعه حاضر مورد تأیید قرار گرفت. این یافته با نتایج پژوهش‌های قبلی (آقاخانی، ۱۳۸۶؛ وکیلان و علی قنبری هاشم آبادی، ۱۳۸۸؛ آلبانو، مارتن، هولت، هیمبرگ و بارلو^۱، ۱۹۹۵؛ اسپنس^۲ و همکاران، ۲۰۰۰؛ های وارد، واردی، آلبانو، تین مان و هاندرسون^۳، ۲۰۰۰؛ گالاگر، رابین و مک کلوزیکی^۴، ۲۰۰۴) همسو می‌باشد. به طوری که مطالعه‌ی گارسیا-لوپز، اولیورس، بیدل، آلبانو و ترنر^۵ (۲۰۰۶) نیز اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی برای اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان مدرسه‌ای را نشان دادند. همچنین فراتحلیلی که توسط سگول و کارلسون^۶ (۲۰۰۷) صورت گرفت، اثربخشی زیاد درمان شناختی-رفتاری را برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی کودکان را در مقایسه با اثربخشی دارو درمانی نشان داد. در مطالعه‌ای که توسط پیتر، آلسون، سارا و پاتریک^۷ (۲۰۰۹) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی می‌تواند اضطراب اجتماعی، نشانه‌های افسردگی و پردازش پس از واقعه را به طور معناداری بعد از درمان کاهش دهد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی در کاهش اضطراب اجتماعی منتشر می‌توان گفت که افراد مبتلا به هراس اجتماعی، با اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی میزان اضطراب خود را کاهش داده و از بروز علائم هراس جلوگیری کرده و آن را پیامد اجتناب خود از حضور در این موقعیت‌ها فرض می‌کنند، در نتیجه هراس اجتماعی فرد پایدارتر گشته و چرخه‌ی معیوب‌تری تداوم می‌یابد و لذا در این پژوهش به دلیل پرداختن همزمان به مباحث شناختی و رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی و به کار بستن مهارت‌ها و فنون آموزش داده شده در تمرین‌های درون جلسات و فعالیت‌های روزمره‌ی زندگی نوجوانان، آن‌ها را تشویق به شرکت در فعالیت‌های اجتماعی (داخل و یا خارج از گروه) کرد تا به تدریج با اصلاح نقایص ارتباطی از طریق تمرین‌ها و بازخوردها، به تجارب موفقیت‌آمیز آن‌ها در گروه و خارج از آن افزوده شود. در نهایت، این تجارب مثبت جایگزین مناسب تجربه‌های ذهنی شکست و یا تصور شکست در صحنه‌های اجتماعی نوجوانان

-
- 1- Albano, Marten, Holt, & Barlow
 - 2- Spence
 - 3- Hay ward, Varady, Thienemann, & Handerson
 - 4- Gallager, Rabian, & Mc Closkey
 - 5- Garsia-Lopez, Olivares, Biedel, & Turner
 - 6- Segool, & Carlson
 - 7- Peter, Alison, Sarah, & Patrick

می‌گردد تا رفتارهای اجتنابی آنان را در موقعیت‌های اجتماعی کاهش دهد. و این گونه به نظر می‌رسد که عوامل شناختی همچون باورهای ناکارآمد و افکار غیرمنطقی نقش عمده در سبب شناسی و تداوم اضطراب فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی بازی می‌کنند، در نتیجه توجه به این افکار ناکارآمد در حین درمان، تلاش برای اصلاح این باورها و تحریف‌های شناختی و ارائه شیوه‌های رفتاری مناسب با توجه به هدف پژوهش حاضر، موجب اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی در درمان و کاهش اختلال اضطراب اجتماعی منتشر شده است.

فرضیه دوم مطالعه مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی در بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مورد تأیید قرار گرفت. نتایج این مطالعه با یافته‌های لانی، کارول، رینگ، بیورس و همکاران^۱ (۲۰۰۱)؛ یلدریم و فادیل اوغلو^۲ (۲۰۰۶)؛ لئون-پیزارو، گیچ، بارت، روویروسا و فارو و همکاران^۳ (۲۰۰۷) نشان داده‌اند که تکنیک تنش‌زدایی تدریجی عضلانی می‌تواند سبب کاهش اضطراب و بهبود کیفیت زندگی در بیماران با بیماری‌های مختلف شود، همخوانی دارد. و همچنین همسو با نتایج پژوهش دیانا و همکاران (۲۰۰۷) که نشان دادند درمان شناختی-رفتاری در بهبود خلق، عملکرد و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر مؤثر بوده است، می‌باشد. در تبیین نتایج مطالعه حاضر می‌توان گفت از آنجا که سبب شناسی فوبی اجتماعی بسیار پیچیده است و مطالعات فوبی اجتماعی را یک واقعیت چند عاملی پیچیده دانسته‌اند و بروز آن را نتیجه‌ی کنش متقابل عوامل فیزیکی، اجتماعی و روان شناختی می‌دانند (کازدین^۴، ۱۹۹۳). و از آنجایی که درمان شناختی-رفتاری گروهی دربردارنده‌ی ۱- مداخله‌های شناختی، ایجاد تغییر در طرح واره‌های شناختی، اصلاح باورهای نادرست بیمار و یا غیرفعال کردن باورها با بهره‌گیری از طرح واره‌های دیگر. ۲- رویارویی و مواجهه‌ی تصویری و واقعی در موقعیت‌های اضطراب‌زا. و ۳- ارائه‌ی تکالیف رفتاری مناسب جهت استفاده‌ی بیماران در موقعیت‌های اضطراب‌زای اجتماعی است، با کاستن از تمام علائم منفی اختلال و پرداختن به ابعاد روانی و جسمانی بیمار، سبب بهبود کیفیت زندگی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر شده است.

1- Lane, Carrol, Ring, Beevers, et al

2- Yildirim, & Fadiloglu

3- León, Gich, Barthe, Roviroso, Farrú, et al

4- Kazdin

نتایج تحلیل واریانس و مقایسه‌های چندگانه میانگین‌ها، نشان داد که تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و گروه کنترل در افزایش عملکرد تحصیلی وجود دارد. نتایج پژوهش حاضر در راستای مطالعه همایی (۱۳۷۹)، مهرابی‌زاده و کاظمیان (۱۳۸۶)، پاشایی، پوراابراهیم و خوش‌کنش (۱۳۸۸)، ایزدی‌فرد و سپاسی‌آشتیانی (۱۳۸۹)، حسینی (۱۳۸۳)، حیدری، عسکری، مرعشیان و ضمیری (۱۳۸۸) و نونی^۱ (۲۰۰۵) می‌باشد. به طوری که مطالعه‌ی مهرابی‌زاده و کاظمیان (۱۳۸۶) نشان داد که روش حساسیت‌زدایی منظم، باعث کاهش اضطراب امتحان و افزایش عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دختر گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل شد. همچنین نونی (۲۰۰۵) نشان داد که بین سلامت روان و عملکرد تحصیلی دانشجویان ارتباط مثبت معناداری وجود دارد. بنابراین با توجه به نتایج حاصله از مطالعه‌ی حاضر و پژوهش‌های پیشین در خصوص اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری در بهبود و افزایش عملکرد تحصیلی، چنین به نظر می‌رسد که با تأیید فرضیه‌های اول و دوم تحقیق، افزایش و بهبود عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان دور از انتظار نمی‌باشد، چرا که درمان‌های شناختی-رفتاری با هدف قرار دادن جنبه‌های فیزیولوژیکی و شناختی در پی کاهش اضطراب و تنش ناشی از آن، منجر به افزایش سلامت جسمانی و سلامت روانی در بیماران می‌شود و کارکردهای اجتماعی فرد را بهبود می‌بخشد و از آن جایی که سلامت روانی و جسمی پیش‌بینی‌کننده‌های خوبی برای عملکرد تحصیلی می‌باشند، فرضیه‌ی سوم تحقیق مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی در افزایش و بهبود عملکرد تحصیلی همسو با مطالعات و یافته‌های قبلی ذکر شده تأیید شد.

نتیجه‌گیری

می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان شناختی-رفتاری گروهی ضمن کاهش معنادار اضطراب اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منتشر، در افزایش و بهبود معنادار کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی آن‌ها مؤثر است. گروه درمانی شناختی-رفتاری با آماج قرار دادن الگوهای فکری ناسالم بیمار، دانش‌طرحواره‌های زیربنایی و تغییر الگوهای عادی تفکر و نیز از طریق ارائه‌ی شیوه‌های رفتاری مناسب ضمن کاهش اضطراب اجتماعی منتشر از

1- Nooney

طریق کاهش درون مایه‌های منفی معطوف به خود، هدف قرار دادن باورهای مربوط به توانایی کنار آمدن با موقعیت استرس‌زا و نیز تحلیل باورهای غیر عقلانی را به دنبال دارد. همچنین با توجه به نتایج تحقیقات مختلف در زمینه‌ی ارتباط منفی اضطراب اجتماعی با هر یک از مؤلفه‌های کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی می‌توان نتیجه گرفت که ضمن کاهش اضطراب اجتماعی، مؤلفه‌های ذکر شده نیز افزایش می‌یابد. انجام پژوهش بر روی تعدادی از نوجوانان پسر که تعمیم یافته‌ها را به کل جامعه‌ی نوجوانان با مشکل مواجه می‌سازد و استفاده از آزمون‌های خودسنجی که ممکن است تحت تأثیر ذهنیات پاسخ دهنده قرار گیرد، از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد که پیشنهاد می‌شود امکان حضور نمونه‌هایی از هر دو جنس (دختر و پسر) در تحقیقات بعدی فراهم آید تا بستری برای مقایسه‌ی بهتر نتایج و افزایش قدرت تعمیم‌پذیری آن گردد. همچنین فراموش نمودن امکان حضور والدین، اولیای مدرسه (معلمان، مدیر، معاونان و مشاوران) در جلسات درمانی جهت آشنایی بیشتر با فرآیند درمان و کمک به نوجوانان در جهت کاربست بهتر اصول درمانی و نیز توانمندسازی مشاورین مدارس در جهت تشخیص و ارائه‌ی خدمات روان‌شناختی، و در صورت لزوم ارجاع به مراکز درمانی با توجه به نرخ شیوع اختلالات اضطرابی در بین نوجوانان صورت گیرد.

منابع

- آفاخانی، نازیلا. (۱۳۸۶). *بررسی مقایسه‌ای میزان اثربخشی روش‌های درمان گروهی رفتاری، شناختی و شناختی- رفتاری در درمان اختلال فوبی اجتماعی*. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد، دانشگاه تبریز.
- ایزدی فرد، راضیه؛ سپاسی آشتیانی، راضیه. (۱۳۸۹). *اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با آموزش مهارت حل مسأله در کاهش علایم اضطراب امتحان*. *مجله‌ی علوم رفتاری*، دوره‌ی ۴، شماره‌ی ۱، بهار، صص. ۲۷-۲۳.

پشایی، زهره؛ پوراابراهیم، تقی؛ خوش کنش، ابوالقاسم. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش مهارت‌های مقابله با هیجان‌ها در اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی دختران دبیرستانی، *فصلنامه‌ی روان‌شناسی کاربردی*، سال سوم، شماره ۴، صص. ۲۰-۷.

پرنده، اکرم؛ سیرتی‌نیر، مسعود؛ خاقانی‌زاده، مرتضی؛ کریمی زارچی، علی‌اکبر. (۱۳۸۶). مقایسه‌ی تأثیر دو روش حل تعارض و آرام سازی بر کیفیت زندگی همسران جانبازان مبتلا به PTSD همراه با افسردگی. *فصلنامه‌ی اصول بهداشت روانی*، سال هشتم، شماره ۵، صص. ۳۳-۲۳.

حسینی، حسین. (۱۳۸۳). *بررسی اثربخشی آموزش سبک سالم زندگی بر عملکرد تحصیلی دانشجویان مشروط و غیرمشروط دانشگاه کاشان*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.

حیدری، علیرضا؛ عسگری، پرویز؛ مرعشیان، فاطمه؛ ضمیری، امین. (۱۳۸۸). رابطه‌ی فشارزاهای تحصیلی، تفکرات مذهبی و سلامت روان با عملکرد تحصیلی بین دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. *پژوهشنامه‌ی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد*، شماره بیستم، صص. ۷۹-۱۰۱.

دهداری، طاهره. (۱۳۸۱). *بررسی تأثیر آموزش بهداشت بر کیفیت زندگی بیماران با عمل جراحی قلب باز*. پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد پرستاری. دانشکده‌ی پرستاری، دانشگاه تربیت مدرس.

دهداری، طاهره؛ حیدرنیا، علیرضا؛ رمضانخانی، علی؛ صادقیان، سعید؛ غفرانی‌پور، فضل‌ا...؛ بابایی، غلامرضا؛ اعتمادی، ثریا. (۱۳۸۶). بررسی تأثیر آموزش تنش‌زدایی تدریجی عضلانی بر اضطراب و کیفیت زندگی بیماران مضطرب پس از جراحی بای پاس عروق کرونر. *مجله‌ی علوم پزشکی دانشگاه آزاد*، دوره ۱۷، شماره ۴، صص. ۲۱۱-۲۰۵.

ملیانی، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ قاندي، غلامحسین؛ بختیاری، مریم؛ طاوولی، آزاده. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی مبتنی برالگوی هیمبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی. *مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۱، صص. ۴۹-۴۲.

منتظری، علی؛ گشتاسبی، آریتا؛ وحدانی‌نیا، مریم‌السادات. (۱۳۸۴). تعیین پایایی و روایی نسخه‌ی فارسی پرسشنامه‌ی SF-36، *فصلنامه‌ی پایش*، شماره‌ی ۵ (۱)، صص. ۴۹-۵۶.

مهرابی‌زاده، مهناز؛ کاظمیان، کبری. (۱۳۸۶). بررسی اثربخشی روش حساسیت‌زدایی منظم بر اضطراب امتحان و عملکرد تحصیلی. *روان‌شناسی کاربردی*، دوره‌ی دوم، شماره‌ی ۵، پاییز ۸۶، صص. ۲۳-۳۴.

نجات، سحرناز. (۱۳۸۷). کیفیت زندگی و اندازه‌گیری آن. *مجله‌ی تخصصی اپیدمیولوژی ایران*، دوره‌ی ۴، شماره‌ی ۲، صص. ۵۷-۶۲.

همایی، رضوان. (۱۳۷۹). *بررسی رابطه‌ی فشارزاهای روانی دختر مراکز پیش‌دانشگاهی اهواز با سلامت روانی با توجه به نقش تعدیل‌کننده سرسختی روان شناختی در آن‌ها*. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه شهید چمران، پایان‌نامه‌ی کارشناسی.

وکیلان، سارا؛ علی‌قنبری هاشم‌آبادی، بهرام. (۱۳۸۸). بررسی اثربخشی تلفیق گروه درمانی شناختی-رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر ترس از ارزشیابی منفی و اجتناب اجتماعی. *مجله‌ی روان‌شناسی بالینی*، سال اول، شماره‌ی ۲، صص. ۱۱-۲۸.

Albano, A. M., Marten, P. A., Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social anxiety disorder in adolescents: a preliminary study. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 183, 649-656.

Alden, L., & Cappe, R. (1981). Non assertiveness: Skill deficit or selective self evaluation? *Journal of Behavior Therapy*, 12, 107-114.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (text revision)*. Washington, DC.

American Psychological Association (1994). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (4th ed)*. Washington, DC.

Bidel, C. C., & Turner, S. M. (1998). *Shyness children, Phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington, DC: American psychological Association.

Bore, J. A. (1997). Social phobia epidemiology, recognition and treatment. *British Medical Journal*, 315, 796-800.

- Clark, D. M., Ehlers, A., & Hackman, A. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia. *Journal of Social Psychology*, 20, 220-222.
- Cloitre, M., Heimberg, R., Leibowitz, M. R., & Gitow, A. (1992). Perception of control In Panic Disorder and Social Phobia. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, (16), 569-577.
- Diana, D., Melodie, B., Jakov, S. H., & Jacques, B. (2007). Randomized trial of a meditation- based stress reduction program and Cognitive- behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2518-2526.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Leibowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Leibowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician –administered forms. *Psycho Medicine*, 31, 1025-1035.
- Gallager, H. M., Rabian, B. A., & Mc Closkey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18, 459-479.
- Garcia-Lopez, L. J., Olivares, J., Biedel, D., Albano, A. M., Turner, S., & Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5- year follow- up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-Behavioral group Therapy for Social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: The Guilford Press.
- Heimberg, R. G. (2001). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62 (Supl.1), 36-42.
- Herbert, J. D., Rheingold, A. A., & Goldstein, S. G. (2002). Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, (9), 1-8.
- Hofman, S. G., Albano., A. M., Heimberg, R. G., Tracy, S., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1999). Subtypes of social phobia in adolescents. *Depression and Anxiety*, 9, 15-18.

- Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H., Turk, C. L. (2000). Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach. Sanantonio, TX; Psychological Corporation.
- Hurrelmann, K., & Losel, F. (1990). *Health hazards in adolescence*, De Gruyter, Berlin.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., Walters, K. S., & Bukowski, A. L. (1997). The role of social anxiety in adolescent peer relations: Differences among socio-metric status groups and rejected subgroups. *Journal of clinical Child Psychology*, 26, 338-348.
- Inderbitzen-Nolan, H. M., & Walters, K. S. (2000). Social anxiety scale for adolescents: Normative data and further evidence of construct validity. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 360-371.
- Kazdin, A. (1993). Adolescent mental health: Prevention and treatment programs. *Journal of American Psychologist*, 48, 127-141.
- Kloet, E. R., Joels, M., & Holsboer, F. (2005). Stress and the brain: from adaptation to disease, *Naf, Rev. Neurosis*, 6, 463-475.
- Lane, D., Carroll, D., Ring, C., Beevers, D. G., & Lip, G. Y. (2001). Mortality and quality of life 12 months after myocardial infarction: effects of depression and anxiety. *Psychosomatic Medicine*, 63, 221-30.
- Last, C. G., Hersen, M., Kazdin, A. E., Orraschel, H., & Perrin, S. (1991). Anxiety disorders in children and their families. Archives of General within a Comprehensive school. *Journal of Support for Learning*, 6 (4), 154- 164.
- León-Pizarro, C., Gich, I., Barthe, E., Roviroso, A., Farrús, B., Casas, F., et al. (2007). A randomized trial of the effect of training in relaxation and guided imagery techniques in improving psychological and quality-of-life indices for gynecologic and breast branchy therapy patients. *Psycho Oncology*, 16 (11), 971-79.
- Masia-Warner, C. L., Klein, R. G., Leibowitz, M. R., Storeh, E. A., Pincus, D. B., Heimberg, R. G. (2003). The Leibowitz Social Anxiety Scale for Children and Adolescents: An initial

- psychometric investigation. *Journal of Child and Adolescents Psychiatry*, 42 (9), 1076-1084.
- Nicastro, R. (1999). The Relationship of imperatives and self-efficacy to indices of social anxiety, *Journal of Rational – Emotive & Cognitive–Behavior Therapy*, 17 (4), 249- 265.
- Nooney, J. G. (2005). Religion, stress, and mental health in adolescence. *Review of Religious Research*, 46 (4), 341-355.
- Peter, M. M., Alison, M., Sarah, J. P., & Patrick, K. (2009). Changes in post- event processing and meta cognitions during Cognitive - behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders* 23 , 617- 623.
- Pine, D. S., Cohen, P., Curley, D., Brook, J. S., & May. (1998). The risk for early adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Journal of General Psychiatry*, 55, 56- 64.
- Schneier, F. R. (1992). Social phobia: Co morbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 251-256.
- Segool, N. K., & Carlson, J. S. (2007). Efficacy of Cognitive - behavioral and pharmacological treatments for children with Social anxiety. *Depression and Anxiety*, 0.1-12.
- Segrin, C., & Flora, J. (2000). Poor social skills are a vulnerability factor in the development of psychological problems. *Journal of Communication Research*, 26 (3), 489-515.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-toussaiont, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training- based, cognitive-behavioral intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 41, 713-726.
- Spence, S. H., Donovan, C., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 2, 211– 221.
- Turk, C. L., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (1999). *Social Phobia: Cognitive Behavior Therapy*. In: Hersen, M., & Bellack, A. S.

[eds], Handbook of Comparative treatment of Adult Disorders. New York: Wiley & Sons.

- Wells, A., Clark, D. M., & Ahmad, S. (1998). How do I look with my mind's eye: Perspective taking in social phobia imagery? *Behavior Research and Therapy*, 36, 631- 634.
- Wenzel, A., Graff-Dolezal, J., Macho, M., Brendle, J. R. (2004). Communication and social skills in socially anxious and non-anxious individuals in the context of romantic relationships. *Behavior Research and Therapy*. (43), 505-519.
- Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2006). Self – concept certainly in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 44, 113-136.
- Yildirim, Y. K., & Fadiloglu, C. (2006). The effect of progressive muscle relaxation training on anxiety levels and quality of life in dialysis patients. *Edtna Erca J*, 32 (2), 86-8.