

تأثیر خانواده درمانی با تأکید بر رویکرد شناختی- رفتاری در درمان هراس اجتماعی نوجوانان (مطالعه موردی)^۱

محمد خداپاری فرد

دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

اکرم پرنده

دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران

چکیده

تاریخ دریافت ۱۳۸۵/۲/۲

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 بسیار دارد. یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که 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. همسویی و ناهمسویی یافته‌ها در پایان مورد بحث قرار گرفته است.

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

۱. این پژوهش با استفاده از اعتبار ویژه معاونت پژوهشی دانشگاه تهران انجام شده است.

مقدمه

هراس اجتماعی^۱ یکی از اختلالات اضطرابی^۲ به شمار می آید. اضطراب به الگوی احساسات^۳، تفکرات^۴، رفتارهای حرکتی^۵ و واکنش های جسمانی^۶ ناخوشایند اشاره دارد که موجب درماندگی^۷ و ایجاد اختلال در کارکردهای فرد می شوند (موریس و کراتویل، ۱۹۹۸). افراد با اختلال اضطرابی احساساتی مانند بی کفایتی، خطر، تهدید و از دست دادن کنترل نسبت به رفتارها و اعمال خود دارند. آنها از مورد انتقاد واقع شدن می ترسند و به فقدان یا سرگ اطرافیان فکر می کنند (بوگلس و زیگترمن^۸، ۲۰۰۰؛ ویمس، سیلورمن و لاگریکا^۹، ۲۰۰۰).

اضطراب شامل الگوی پیچیده ای از سه نوع واکنش است: پاسخ های رفتاری آشکار^{۱۱} مانند فرار و بستن چشم ها؛ پاسخ های فیزیولوژیکی^{۱۲} مانند تغییر در ضربان قلب، مشکل تنفس، معده درد و تنش عضلانی و پاسخ های ذهنی^{۱۳} مانند تفکر در مورد بی کفایتی خود و تصور در مورد آسیب های بدنی (نلسون و ایزرائیل^{۱۴}، ۲۰۰۰).

ویژگی اصلی هراس اجتماعی ترس آشکار و مستمر از موقعیت های اجتماعی یا عملکردی است که شخص در معرض دید اشخاص نا آشنا یا احتمالاً در معرض توجه دیگران قرار می گیرد. فرد از این واهمه دارد که کارهایش موجب تحقیر یا شرمندگی او خواهند شد. هنگامی که فرد در موقعیت های اجتماعی یا عملکردی قرار می گیرد، تقریباً بلافاصله واکنش اضطرابی نشان می دهد. 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 موقعیت های اجتماعی بر فعالیت های روزمره، کارکردهای شغلی و

¹ Social phobia

² anxiety disorders

³ feelings

⁴ thoughts

⁵ motor behaviors

⁶ physical reactions

⁷ distress

⁸ Morris & Kratochwill

⁹ Boegels & Zigterman

¹⁰ Weems, Silverman & Lagreca

¹¹ Overt behavioral responses

¹² Physiological responses

¹³ Subjective responses

¹⁴ Nelson & Israel

تحصیلی فرد اثر منفی می‌گذارد. در افراد زیر ۱۸ سال نشانه‌ها باید به مدت حداقل ۶ ماه دوام داشته باشند. افراد باهراس 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 مواجهه 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 امریکا^۱، ۲۰۰۰).

میزان شیوع هراس اجتماعی در منابع گوناگون به گونه‌ای متفاوت ذکر شده است. انجمن روان‌پزشکی امریکا (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^۲ (۱۹۹۹) میزان شیوع هراس اجتماعی ۳ تا ۴ درصد است. هایوارد^۳ (۲۰۰۰) میزان شیوع هراس اجتماعی در نوجوانان دبیرستانی را ۵ تا ۱۰ درصد گزارش کرده است.

یکی از رایج‌ترین روش‌های درمان هراس‌ها، حساسیت‌زدایی منظم^۴ است. در این روش بر اساس اصل شرطی‌سازی تقابلی^۵، ابتدا پاسخ‌هایی که با موضوع ترس مغایر هستند، شناسایی می‌شوند و سپس از مراجع خواسته می‌شود در موقعیت‌های ترس‌آور این پاسخ‌ها را ارائه دهد. در حساسیت‌زدایی منظم رفتار مغایر، تنش‌زدایی^۶ است. با توجه به اصل یازداری تقابلی اگر بتوان پاسخی را که با ترس یا اضطراب ناهمساز

^۱ American Psychiatry Association

^۲ Beidel

^۳ Hyward

^۴ systematic desensitization

^۵ counterconditioning

^۶ relaxation

است در حضور محرک ترس آور ایجاد کرد، دیگر آن محرک ایجاد ترس نخواهد کرد (الندیک و کینگ، ۱۹۹۸)

الگوپردازی و بازی نقش نیز از روش‌هایی است 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 اضطراب آور و جایگزین کردن افکار منطقی تأکید دارند. مفروضهٔ زیربنایی این روش آن است که اصلاح شناخت‌های غیرانطباقی^۱ به تغییر رفتارهای اضطرابی منجر می‌شود. آموزش مدیریت خود^۲ به افراد دارای هراس کمک می‌کند تا تفکرات و نگرش‌های خویش را تغییر دهند. در این روش از مراجع خواسته می‌شود تفکرات خود در مورد محرک ترس آور را به سوی افکار مثبت سو دهد. برای مثال، از فردی که از صحبت کردن در جمع می‌ترسد و دائم به این موضوع می‌اندیشد که دیگران او را مسخره خواهند کرد و یا از عهدهٔ صحبت کردن در مورد موضوع مورد نظر بر نخواهد آمد، خواسته می‌شود که خود را در موقعیت سخنرانی فرض کند و دائم با خود بگوید من از عهده این کار برمی‌آیم. دلیلی ندارد که نتوانم صحبت کنم و... آموزش مؤلفه‌های شناختی موقعیت ترس آور نیز در درمان هراس مؤثر است. این مؤلفه‌ها عبارتند از: شناخت نشانه‌های فیزیولوژیک اضطراب، اصلاح تفکرات و چالش‌های ذهنی در مورد موقعیت اضطراب آور، انطباق با موقعیت اضطراب آور، 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 سامانه 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^۳ 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.

^۱ Ollendick & King

^۲ Maladaptive cognitions

^۳ Self-management

^۴ Sigmund Freud

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 سامانه خانواده را اصلاح می‌کنند (گلسو و فریتز^۱، ۲۰۰۱). بر طبق پژوهش‌های تجربی به کارگیری خانواده درمانی در چارچوب رویکردهای شناختی - رفتاری بیشترین تأثیر را در بهبود بیماری‌های روانی دارد. در این روش درمانی نگرش فرد نسبت به خانواده و شیوه تعامل میان اعضای خانواده به عنوان عناصر شناختی در نظر گرفته می‌شود و مشکل فرد محور اصلی فرایند درمان را تشکیل می‌دهد (نیکولز و شوارتز^۲، ۱۹۹۸). در خانواده درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری از اصول یادگیری^۳ و روش‌های مربوط به آن برای تغییر رفتار استفاده می‌شود. نظریه اجتماعی - شناختی^۴ بر اصول شرطی‌سازی اِباری^۵ (که از الگوهای یادگیری است) تأکید دارد که در خانواده درمانی مبتنی بر رویکردهای شناختی - رفتاری مورد استفاده بسیاری دارد. بر این اساس در فرایند درمان چگونگی نگهداری رفتارهای نامطلوب و شیوه افزایش رفتارهای مؤثر بر تعامل مناسب اعضای خانواده بررسی می‌شود. 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 میان علل مختلف و عوامل نگهدارنده اضطراب مورد توجه قرار گرفته‌اند (کورپیتا و بارلو^۶، ۱۹۹۸؛ ماناسیس

^۱ Gelso & Fretz

^۲ Nichols & Schwartz

^۳ Principles of learning

^۴ Social-cognitive theory

^۵ Operant conditioning

^۶ Chorpita & Barlow

و باردلی^۱؛ ۱۹۹۴؛ وسی و ددس^۲، ۲۰۰۱). در این فرایند توجه پژوهشگران از عوامل منفرد به سوی عوامل چندگانه و پیچیده جلب شده است. رابطه میان تعامل های خانوادگی و پردازش اطلاعات کودکان و نوجوانان افسرده، یکی از مهم ترین مسائلی است که بدان توجه شده است (بارت، راپی، ددس و رایان^۳، ۱۹۹۶).

به نظر کرون^۴ (۱۹۸۰، ۱۹۸۵) خانواده هایی که با استفاده از محدودیت های شدید رفتار فرزندان خود را کنترل می کنند موجب رشد انتظارات و تفکرات منفی در او می شوند که به بروز اضطراب منجر می شود. در مقابل، روش حمایتی فرزندپروری به ایجاد احساس کفایت و انتظار پیامدهای مثبت در فرزندان می انجامد. بر این اساس، مطالعات دوماس و لافرنییر^۵ (۱۹۹۳)؛ دوماس، لافرنییر و سرکیچ^۶ (۱۹۹۵)؛ کرون و هاگ^۷ (۱۹۹۱)؛ و راپی^۸ (۱۹۹۷) نشان داده اند که خانواده های کودکان مضطرب در مقایسه با خانواده های کودکان بهنجار فرزندان خود را به میزان بیشتری کنترل می کنند و آزادی کمتری به آنان می دهند. این شیوه تعامل فرایند پردازش اطلاعات کودکان مضطرب را تحت تأثیر قرار می دهد.

روش پژوهش

در این پژوهش دو آزمودنی ۱۸ و ۲۰ ساله که براساس مصاحبه بالینی، آزمون های تشخیصی و نظر روان پزشک، مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تشخیص داده شده بودند مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. پس از تشخیص نوع اختلال، آزمودنی ها با استفاده از روش خانواده درمانی با تأکید بر فنون شناخت-رفتار درمانگری درمان شدند.

در خانواده درمانی، روش های مختلفی برای کمک به بهبود روابط میان اعضای خانواده به کار برده می شوند. میکاسی^۹ (۱۹۹۸) چهار مفهوم اساسی را به عنوان پایه های اصلی خانواده درمانی مطرح کرده است که عبارتند از: ۱) الگوی برخورد با

^۱ Manassis & Bardly

^۲ Vasey & Dadds

^۳ Barrett, Rapee, Dadds & Ryan

^۴ Krohne

^۵ Dumas & Lafreniere

^۶ Serketich

^۷ Krohne & Hock

^۸ Rapee

^۹ Micucci

نشانه‌های اختلال در خانواده؛ ۲) چگونگی توجه اعضای خانواده به یکدیگر؛ ۳) مراحل رشد و تحول مراجع؛ و ۴) عوامل مؤثر بر ادراک اعضای خانواده.

کار^۱ (۲۰۰۰) 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 تمام 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^۲ و تبیین رابطه میان تفکر^۳، خلق^۴ و رفتار^۵ نیز در محور کار درمانگران قرار دارد (لایدلاو، تامپسون، سسکین- و تامپسون^۶، 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 بافتن 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.

^۱ Carr

^۲ Self-monitoring

^۳ thought

^۴ mood

^۵ behavior

^۶ Laidlaw, Thompson, siskin & Thompson

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 (دی‌زاربلا و گلدفرید، ۱۹۷۱، نقل در کندال^۱، 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 به کارگیری روش حل مسئله را به اعضای خانواده آموزش داد.

۲. **خود بازبینی:** با استفاده از جدول خود گزارش 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^۲، ۱۹۹۲، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۲).

۳. **مثبت نگری:** 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، طی چندین جلسه از آزمودنی خواسته می‌شود حداقل ۱۰ تا ۱۵ تجربه خوب را که از آنها 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.

^۱ D'zunilla & Goldfried

^۲ Kendal

^۳ Zareb

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 اینکه به‌ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت او قابل اتکا هستند، ارائه دهد (خدایاری فرد، ۱۳۷۹).

۴. تنش زدایی^۱: 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 اینکه 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).

شیوه گردآوری داده‌ها

در این پژوهش ۲ آزمودنی ۱۸ و ۲۰ ساله شرکت داشتند. طول درمان آزمودنی اول ۳۹ جلسه و طول درمان آزمودنی دوم ۳۲ جلسه بوده است.

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 مهمانی، سوار شدن به اتوبوس و غیره ناراحت می‌شوم. زیرا احساس می‌کنم همه مرا نگاه می‌کنند، از آدم‌ها به ویژه خانم‌ها می‌ترسم، از خنده و خوشحالی دیگران متفرم

^۱ Relaxation

^۲ Benson

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.^۱ مراجع هم چنین اظهار داشت که مادرش بسیار سلطه‌گر است و معتقد است او فقط باید درس بخواند. مادر دارای وسواس و اضطراب است و هیچ چیز 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 پدربزرگ و مادربزرگ سپرده‌اند و مراجع زیر نظر آنان تربیت شده است. مادربزرگ بسیار سخت‌گیر است و در آداب توالت 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 استعنا می‌کند و در پی آن دچار احساس گناه می‌شود.

آزمودنی دوم در اولین جلسه درمان اظهار کرد^۲ 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 به هم 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 بداخلاق است.^۳

تدابیر تشخیصی

برای تشخیص نوع اختلال آزمودنی‌ها، علاوه بر مصاحبه بالینی و توجه به ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR^۴ در مورد هراس اجتماعی، به منظور تشخیص

^۱ Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text Revision

اختلالات جانبی همراه، از آزمون‌های MMPI^۱، 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 گردید. هم‌چنین 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 به همراه 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 کتکور 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 توالت خیلی وقت صرف می‌کنم. در اغلب موارد حمام ۲ ساعت طول می‌کشد. گاهی استمنا می‌کنم و احساس گناه شدید دارم و فکر می‌کنم هیچ کنترلی روی کارهای روزانه‌ام ندارم. از خندیدن و خوشحالی دیگران متفرم چون

^۱ Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMP)

خودم نمی‌توانم خوشحال باشم. پس از مصاحبه و اجرای آزمون‌های تشخیصی، درمان شناختی- رفتاری شروع شد. در اولین گام از آزمودنی درخواست شد تا فبرم افکار و اعمال و سواسی را تکمیل کند و به طور مرتب به ورزش، به ویژه شنا، بپردازد. تنش زدایی 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 میان اعضای خانواده، جدول افکار و اعمال و سواسی و افکار جایگزین توسط درمانگر بررسی می‌شد. از جلسه چهارم به بعد افکار و اعمال و سواسی کاهش پیدا کرد و قرار شد که آزمودنی قطعه کشی را نیز به دست خود ببندد و هروقت که با افکار و سواسی مواجه شد آن را بکشد تا ضربهای به دستش بخورد 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 مورد مسائل بهداشتی نسبت به 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 این که چرا برخی قوی‌تر از بقیه هستند فکر می‌کند. احساس می‌کند هیچ چیز در او شوق برنمی‌انگیزد. در این باره 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 و اظهار کرد که در امتحانی که داشته توانسته تمرکز حواس خوبی داشته باشد. البته در تمام این مراحل، مراجع در هیچ مکانی به تنهایی رفت و آمد نمی‌کرد.

در یکی از جلسات خانوادگی در مورد ترس‌های مراجع از کودکی تا به حال صحبت شد. مادر اظهار کرد که همیشه از کودکی مراجع را زیر نظر داشته و مایل بوده است که او بهترین باشد. آزمودنی نیز برترس از حضور در اجتماع صحبت کرد. درمانگر ضمن آموزش حساسیت زدایی و مواجهه ذهنی با موقعیت‌های هراس آور، به مراجع توصیه کرد با مواردی که از آن می‌ترسد مواجه شود و سعی کند مکان‌هایی مثل استخر یا کلاس‌های کتکور را به تنهایی برود. در جلسات درمانی بعدی پدر و مادر اظهار کردند که فرزند آنها سعی می‌کند گاهی اوقات به تنهایی رفت و آمد کند. ضمناً

مراجع نیز اظهار داشت که اعمال و سواسی او کاملاً از بین رفته و افکار و سواسی بسیار کاهش یافته است.

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

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.

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. وی گفت قبل از این که 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 SCL-90-R و MMPI 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 کرد. روابط عاطفی خانواده خوب بود؛ با این حال 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 هواپیمای ارتفاع و مار می‌ترسد. در جلسات خانوادگی ضمن آموزش حساسیت زدایی و مواجهه ذهنی 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 گفت و گو بپردازند. پس از طی هشت جلسه درمان، مراجع اظهار کرد که بنا به گفته درمانگر به تنهایی بیرون می‌رود، ولی این کار را دوست ندارد. در این زمینه درمانگر ضمن آموزش بازسازی شناختی، در مورد روند درمان و این که پیشرفت او خوب بوده و حتی الامکان باید با مواردی که از مواجهه با آن ترس دارد روبه‌رو شود نیز صحبت کرد.

یافته‌های پژوهش

پس از طی بیست و هشت جلسه درمانی، مراجع اول در برقراری روابط اجتماعی و بیرون رفتن به تنهایی دیگر مشکلی نداشت، ولی برای اطمینان کامل از درمان، جلسات کماکان با فاصله زمانی بیشتر ادامه پیدا کرد. سواس فکری و عملی او کاملاً از بین رفته بود و در کنکور دانشگاه 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 مادرش 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.

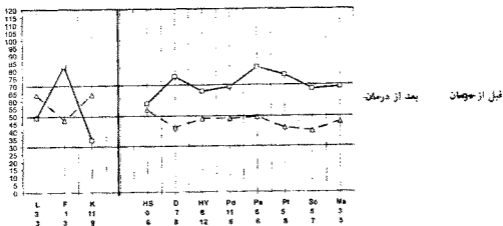
به تدریج با نوشتن خاطرات خوب و فرم نقاط قوت از سوی اعضای خانواده و تکمیل فرم وسواس فکری و عملی از سوی مادر روابط خانوادگی بهبود یافت. ارتباط مراجع با پدر و مادر خوب شد، وسواس فکری و عملی مادر نیز از بین رفت. مراجع نیز با دوستان خود ارتباط خوبی برقرار کرده بود و با یکدیگر درس می‌خواندند. برای اطمینان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

در مورد آزمودنی دوم، پس از چند جلسه خانواده درمانی و استفاده از تکنیک‌های شناختی-رفتاری نشانه‌های بهبودی در این مراجع نیز نمایان شده، به طوری که 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 این که مراجع در کنکور موفق شد، از رفتن به دانشگاه هراس داشت. مراجع اظهار کرد: "نمی‌توانم به تنهایی به دانشگاه بروم". در این باره آموزش تنش زدایی به وی داده شد و درمانگر از او خواست این کار 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. 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 کرد. با توجه به نتایج این آزمون‌ها و ملاک‌های DSM-IV-TR هر دو آزمودنی

بهبودی کامل یافتند و نشانه‌های از هراس اجتماعی و سایر اختلالات همراه در آنان مشاهده نشد. آزمودنی‌ها تا یک سال مورد پیگیری پس از درمان بودند و هیچ گونه اثری از عودت نشانه‌های هراس اجتماعی، اضطراب، وسواس و افسردگی مشاهده نشد.



نمودار ۱. نیم‌رخروانی 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 مشت نگری به اعضای خانواده آموزش داده شد. علاوه بر این، نشانه‌های اختلال با استفاده از آموزش خود بازبینی و تنش زدایی کنترل گردید. 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 (نمودار ۱).

یافته‌های پژوهشی همسو با نتایج پژوهش‌های انجام شده در بسیاری از کشورها 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 نسبت به موقعیت‌های مورد نظر یک بار قبل و یک بار پس از مشورت با والدین جویا شدند. نتایج این پژوهش نشان داد که پاسخ‌های تعداد قابل توجهی از کودکان مضطرب پس از مشورت با والدین تغییر یافت. آنان پس از مشورت با والدین خود پاسخ‌های تهدید کننده‌تری به موقعیت‌ها دادند. لازم به ذکر است که این خانواده در مورد راهنمایی کودکان خود در ارائه پاسخ‌های تهدید کننده 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 پس از گفت و گو 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 که 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 با هراس اجتماعی را مطالعه کرد. او ۱۲ نفر از آزمودنی‌ها را به عنوان گروه آزمایشی به‌طور گروهی تحت درمان شناختی- رفتاری قرار داد 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 گواه تأثیر روش‌های شناختی- رفتاری در بهبود نشانگان هراس اجتماعی بود. با این تفاوت که بر اساس یافته‌های این پژوهش پس از یک‌سال پی‌گیری بعد از درمان تفاوت بین دو گروه آزمایشی و کنترل کاهش یافت. به نظر می‌رسد درمان، تأثیر کوتاه مدت داشته است. عدم همخوانی این یافته با یافته‌های پژوهش‌های مشابه را می‌توان به عدم به‌کارگیری 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 روائی پژوهش را افزایش داد. هنگامی که متغیرهای محیطی از طریق هم‌تا کردن آزمودنی‌های گروه آزمایشی و کنترل تحت کنترل قرار گیرند، 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 کارآیی روش‌های درمانی را با یکدیگر مقایسه کنند، با انتخاب گروه نمونه بزرگ‌تر معرف، امکان تعمیم نتایج به جامعه را فراهم سازند و تأثیر خانواده درمانی و روش‌های شناختی-رفتاری را در مورد سایر اختلالات نیز مطالعه کنند. همچنین به مسئولان آموزش و پرورش نیز 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. (۱۳۸۲). ارزیابی و شناخت رفتار درمانگری نوجوانان. ترجمه خدایاری‌فرد و غایب‌پس، تهران: انتشارات رشد.

- 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.
- 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.
- Carr, A.(2000). *Family therapy, Process and practice*. New York: ben willeg & sons.
- 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.
- Kendall, P.C.(2000). *Child & Adolescent Therapy: Cognitive-Behavioral Procedures*. New York: Guilford 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.
- Rapee, R.M.(1997)."Potential role of childrearing practices in the development of Anxiety and depression". *clinical psychology Review*, 17, 47-68.
- Vasey, M.W, & Dadds R.(2001)."The developmental Psychopathology of anxiety disorders in children". Oxford: Oxford University press. 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.