

الگوهای آموزش شناختی رفتاری و ارتباط با هراس اجتماعی و پذیرش خود

محمدرضا نصیری گرمه چشمه^۱، مهدی حسن نژاد خیارک^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان شناسی تربیتی. دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول)

^۲ کارشناسی آموزش ابتدایی. دانشگاه فرهنگیان علامه طباطبائی اردبیل

چکیده

در آموزش رویکرد شناختی- رفتاری فرض مهم این است که با تغییر طرز تفکر افراد میتوان نظام باور آنان را تغییر داد که خود به تغییر رفتار منجر خواهد شد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش رویکرد شناختی- رفتاری و پذیرش خود بر دانش آموزان می باشد. پژوهش حاضر به صورت کتابخانه ای تدوین شده و جهت تدوین از کتاب ها و مقالات منتشر شده در این راستا استفاده شده است. درمان شناختی رفتاری یا به اختصار سی.بی.تی ((CBT، یک روش روان درمانی کوتاه مدت است که روان درمانگران از آن برای آموزش افراد استفاده می کنند و احساسات و رفتارهای آنها را از طریق تغییر الگوهای فکری و باورهای شان، تغییر می دهند. در حقیقت اساس رفتار درمانی شناختی این است که نوع تفکر و الگوهای فکری و شناخت ما از محیط اطراف و خودمان و البته تفسیر شخصی ما از اتفاقات زندگی، باعث بروز رفتارها و احساسات ما می شود و به طور کلی ما هرطور که فکر کنیم، همان طور هم احساس می کنیم و رفتارهای ما متناسب با همان افکار و احساسات شکل می گیرند.

واژه های کلیدی: آموزش شناختی رفتاری، مدارس، الگوهای نوین.

مقدمه

یک کلاس ایده آل کلاسی است که در آن دانش آموزان به درس توجه کامل دارند، سوالات زیادی می پرسند، در بحث های کلاسی شرکت دارند، تکالیف تعیین شده را با دقت و به موقع انجام می دهند و معلم را وادار می کنند که به خاطر پاسخگویی به پرسش آنها به منابع اضافی مراجعه کند و اطلاعات خود را افزایش دهد. چنین کلاسی را کلاس دارای انگیزه می خوانند. در واقع انگیزش موتور محرک تلاش و فعالیت برای یادگیری است. دانش آموز بی انگیزه نه تنها رغبتی به درس خواندن و یادگیری نشان نمی دهد، بلکه با بی تفاوتی و بی توجهی خود چه بسا برای کار کردن دانش آموزان دیگر در کلاس نیز مزاحمت ایجاد کند (کریمی، ۱۳۸۷). شناسایی مفهوم انگیزش و آگاهی از انگیزه های مختلف و تاثیر آنها بر فرایند یادگیری دانش آموزان و دانشجویان به معلم کمک می کند تا در طرح و اجرای برنامه های آموزشی خود روشهای بهتری را به کار ببندند (سیف، ۱۳۸۷).

کودکان در سنین ۱۱-۶ سالگی دارای ویژگیهای خاص فکری، روحی، روانی، جسمی و عاطفی هستند. آگاهی از این ویژگیها برای هر نوع مطالعه ای در این زمینه الزامی است.

کودکان ابتدای این دوره را با ورود به دبستان آغاز می کنند. در انتهای این دوره نیز تغییرات مهم روانی و جسمانی روی می دهد که نگرش ها، ارزشها و رفتار کودک را به نحوی تحت تأثیر قرار می دهد. این دوره یک مرحله حساس و مهم برای میل به فعالیت و پیشرفت در فرد است، یعنی در این دوره عادت به کم کاری و یا پر کاری و یا کار متناسب در فرد به وجود می آید و در طول زندگی بزرگسالی نیز پابرجا می ماند. این دوره سن گرایش به گروه است به همین جهت روانشناسان این دوره را سن همانند سازی نامگذاری کرده اند. همچنین این دوره را سن خلاقیت نامگذاری کرده اند، هرچند شالوده خلاقیت در سنین پایین تر شکل می گیرد اما استفاده از آن در فعالیت های ابتکاری در این سنین به وجود می آید. از طرفی این دوره سن بازی نامگذاری شده است. بازی ها در این دوره بسیار گوناگون و متنوعند. بازی های این دوره خصوصیات بازیهای دوره های قبل و بعد را توأمان دارند (سیف و دیگران ۱۳۷۳، صص ۲۸۳-۲۸۱). در این دوره ویژگیهای عاطفی و شناختی و شناخت این ویژگیها بسیار اهمیت دارد. شناخت این ویژگیها به ویژه در سنین دبستان دارای اهمیتی مضاعف است. رفتارهای ورودی شناختی حدود نصف واریانس پیشرفت تحصیلی را توجیه می کنند. این امر در مورد رفتارهای ورودی عاطفی ۲۵ درصد واریانس پیشرفت تحصیلی است که رویهمرفته حدود ۷۵ درصد واریانس پیشرفت تحصیلی را توجیه می کنند (سیف ۱۳۸۶، صص ۱۴۵-۱۳۷). همچنین آگاهی از ویژگی های حرکتی کودکان ما را در برخورد و راهنمایی بیشتر این عزیزان در دروس مختلف یاری خواهد کرد.

در سنین دبستان کودک تفکری عینی گرا دارد. در مرحله عملیات عینی بسیاری از محدودیت های تفکر مربوط به مرحله پیش عملیاتی از بین رفته اند. تفکر کودک بیشتر بر اصول منطقی و عینی گرایی استوار است. آنان قادرند به تفکر قیاسی بپردازند. در این مرحله کودکان می توانند مفاهیم کمیت و عدد را در ذهن نگهدارند و قادر به تشکیل مفاهیم فضا و زمان و طبقه بندی اشیاء هستند، اما هنوز وابسته به عملیات عینی بر روی پدیده هایی که با آن سروکار دارند هستند (هترینگتون و پارک ۱۳۷۳، ج ۱، ص ۵۹۳). کودکان همچنین به دستکاری نشانه ها و علائم می پردازند. کم کم قادر به استنتاج عینی منطقی می شوند. کودک از طریق دستکاری علائم و نشانه ها به تبیین وضع پدیده ها می پردازد. هنوز فکر کورک محدود به پدیده های عینی است. او با کمک علائم می تواند به طبقه بندی و ردیف سازی اقدام نماید، خواندن و نوشتن و حساب کردن را یاد بگیرد.

البته میزان استفاده کودک از روشهای نمادی، کلامی، ریاضی و دیگر چیزها به هوش او هم بستگی دارد. کودک واقعیات را به کمک علائم تفسیر می کند. او به نگهداری ذهنی رسیده است و تغییر ناپذیری محتوا علی رغم تغییر شکل را درک می نماید. هر چند خودمیان بینی کودک نسبت به قبل کم شده است اما هنوز تفکر او از واقعیت های محسوس جدا نیست. افزایش ظرفیت های شناختی کودک منجر به بهبود روابط اجتماعی وی می گردد. او می فهمد که دیگران احساسات، علائق و تفکرات متفاوتی دارند. کودک می تواند خود را جای دیگران بگذارد و دیگران را درک می کند. در حالی که بزرگترها واقعیات را مبنای آزمون فرضهای خود قرار می دهند کودک دبستانی عکس این عمل را انجام می دهد. او فرض های خودش را صحیح می داند و هر جا تفاوت نظریاتش را با واقعیات احساس کند به تعبیر مناسب دیگری دست می زند. ناتوانی تفکیک فرضیات و واقعیات در کودک یک تفکر اسرار آمیزی بوجود می آورد. او واقعیات را به راحتی می پذیرد و هنوز دست به آزمایش فرضیاتش نمی زند (سیف و دیگران ۱۳۷۶، صص ۹۳-۹۴). همچنین کودکان در این سنین حوادث ساده را تعریف می کنند، به توضیحات ساده عملی راجع به حوادث روزانه و معما و طنز علاقه دارند. به نمایشنامه علاقه مندند و مایل به ایفای نقش در نمایشنامه ها هستند. در نقاشی ها از خلاقیت خود استفاده می کنند. کنجکاو هستند و به یادگیری علاقه مندند. در بازیهای گروهی شرکت می کنند و در گروههای کوچک می توانند به فعالیت بپردازند. دارای اعتماد به نفس و صمیمیت هستند. مسئولیت های کوچک را قبول می کنند. مقررات بازی را رعایت می کنند. از زورگویی و تحکم بدشان می آید. به فعالیت بیش از نتیجه آن علاقه دارند. به یادگیری شوق دارند. بازی ابداع می کنند و هنگام بازی قوانین آنرا تغییر می دهند. با آشنایی با خواندن و نوشتن و حساب مفاهیم او گسترش می یابد. در ابتدا به جنسیت اهمیتی نمی دهد ولی با بزرگتر شدن به بازی با همجنس علاقه مند می شود. ظرفیت حافظه کودک بتدریج افزایش قابل توجهی می کند. با بزرگتر شدن تفکر کودک هم انتزاعی تر می شود (شرفی ۱۳۷۵، صص ۱۶۱-۱۵۷). به طور کلی انگیزه آموزش در بین دانش آموزان دبستانی بسیار نیرومند است و وظیفه معلمان اوج دادن به آن است. بچه های دبستانی گذشته از درستی و یا نادرستی، پاسخ دادن به پرسش ها را دوست دارند. کم کم در برخورد با دیگران و تواناییهای تحصیلی تفاوتهای جنسیتی نیز نمایان می شود (نعمت اللهی ۱۳۸۶، صص ۱۵-۱۶). کودکان و بویژه کودکان سالهای نخستین دبستان از طریق کار با اشیاء، مواد و پدیده های عینی به خوبی فرا می گیرند. در این سالها بهره گیری از کلمه و دیگر نمادها کارآیی لازم برای بالا بردن درک را ندارد. دادن فرصت هایی برای دستکاری، عمل، لمس و احساس کردن اجسام به کودکان کمک خواهد کرد تا از مفاهیم و رابطه ها درک بهتری داشته باشند (گیج و برلاینر ۱۳۷۴، صص ۲۰۲-۲۰۳). در این دوره تغییرات مهمی در تکلم کودکان روی می دهد؛ خزانه لغات کودک به سرعت افزایش پیدا می کند، تلفظ کودک اصلاح می شود، جمله سازی ها اصلاح می شود، علاقه به ارتباط کلامی با دیگران افزایش می یابد و همراه با آن درک و فهم کودک هم بهتر می شود، محتوای تکلم کودک از «خودمحوری» به سمت تکلم اجتماعی پیش می رود و پرگویی های دوره قبل جای خود را به گفتار انتخابی و گزینشی می دهد (کرمی نوری و مرادی ۱۳۷۲، صص ۱۰۴-۱۰۵).

انواع هراس اجتماعی

پژوهشگران به بررسی هراس اجتماعی از لحاظ پیشرفت بالینی، پاسخ درمانی، علایم و... پرداختند. DSM-III-R (۱۹۸۷) هراس اجتماعی فراگیر را به عنوان ترس از اغلب موقعیت های اجتماعی تعریف می کند. در DSM-IV و DSM-IV-TR با اندکی تغییر در تعریف هراس اجتماعی فراگیر بیان می شود که مشخصه عامل فراگیر وقتی می تواند مورد استفاده قرار بگیرد که ترس

مرتبط با اغلب موقعیت های اجتماعی می باشد. افراد مبتلا به هراس اجتماعی فراگیر معمولاً از موقعیت های عملکرد در جمع و روابط اجتماعی اضطراب دارند (به نقل از شهامت، ۱۳۸۹).

براساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، مبتلایان به هراس اجتماعی از تحقیر شدن و شرم-ساری در موقعیت های اجتماعی خاص مثل گفتگو کردن در جمع به شدت می ترسند، این ترس ممکن است شامل نگرانی از بروز علائم هراس از قبیل سرخ شدن، لرزیدن و عرق کردن باشد. همچنین DSM-5 بیان کرده است افرادی که نموده های بالینی آن ها به توصیف نوع فراگیر هراس اجتماعی مطابقت نمی کند، گروه ناهمگون را تشکیل می دهند که توسط محققان مختلف تحت عنوان های هراس اجتماعی مجرد یا گسسته، منحصر یا مشروط، محدود و یا ویژه و مخصوص طبقه بندی می شوند. این گروه دربرگیرنده افرادی است که از موقعیت عملکردی منفرد مثل صحبت کردن در جمع، خوردن و نوشیدن در جمع و یا برخی موقعیت های اجتماعی اما نه همه موقعیت ها می ترسند، اما ممکن است بقیه عملکردهای ایشان کاملاً نرمال باشد (گنجی و گنجی، ۱۳۹۳).

ملاک های تشخیصی هراس اجتماعی

(الف) ترس مشخص و پابرجا از یک یا چند موقعیت اجتماعی یا کارآمدی که در آن ها شخص در معرض مشاهده افراد ناآشنا یا امکان زیرنظر گرفته شدن توسط دیگران، قرار می گیرد و می ترسد به شیوه ای عمل کند (یا نشانه های اضطرابی در وی بروز کنند) که خوارکننده باشد و یا دست و پای خود را گم کند.

(ب) قرار گرفتن در معرض موقعیت اجتماعی اضطرابناک، خواه موقعیتی نشانه ای باشد (موقعیتی که حمله وحشتزدگی را بالافاصله برمی انگیزد)، خواه موقعیتی که آمادگی برای حمله های وحشتزدگی در آن وجود دارد، تقریباً همواره اضطراب را برمی انگیزد.

(ج) فرد ماهیت افراطی یا غیرمنطقی ترسهایش را می پذیرد.

(د) فرد از موقعیت های اجتماعی یا کارآمدی اضطرابناک اجتناب می کند یا آن ها را با اضطراب یا درماندگی شدید تحمل می نماید.

(ذ) اجتناب، پیشاپیش گری اضطرابی یا درماندگی در موقعیت (یا موقعیت های) اجتماعی یا کارآمدی اضطرابناک، به طور معناداری با زندگی روزمره فرد، کنش وری حرف ها (یا تحصیلی) یا فعالیت ها و روابط اجتماعی وی تلاقی می کنند، یا آن که فرد از فکر بروز اضطراب، آشکارا دچار استیصال می شود.

(ر) در افرادی که کمتر از هجده سال دارند، طول مدت اختلال حداقل شش ماه است.

(ز) ترس یا اجتناب از تاثیر مستقیم فیزیولوژیکی یک ماده (مثل افراط در مصرف مواد یا دارو) یا شرایط طبی عمومی، ناشی نمی شود یا با اختلال روانی دیگری (مثل اختلال وحشتزدگی همراه با وسعت اضطرابی یا بدون آن، اختلال اضطراب جدایی، اختلال بدشکلی اضطرابی، اختلال فراگیر تحولی یا اختلال شخصیت روان گسیخته گونه) مطابقت نمی کند.

ه) در صورتی که شرایط طبی عمومی یا اختلال روانی دیگری وجود داشته باشد، ترس ضابطه الف، با آن رابطه ندارد: مثلاً ترس فرد از لکنت زبان، لرزش در بیماری پارکینسون و یا رفتار غذایی نابهنجار به هنگام روان بی‌اشتهایی یا پرخوری، ناشی می‌شود (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۸).

تشخیص افتراقی هراس اجتماعی

در تشخیص افتراقی هراس اجتماعی، پزشک باید اختلال اضطراب، گذراضطرابی، اختلال شخصیت دوری‌گزین و اضطراب خاص را در نظر بگیرد. به طور کلی بیماران مبتلا به اضطراب خاص و هراس اجتماعی نامنتشر اصولاً اضطراب را بالا فاصله پس از رویارویی با محرک فوبیک احساس می‌کنند. به علاوه اضطراب آن‌ها محدود به موقعیت مشخص است و به طور کلی بیماران وقتی با محرک فوبیک روبه‌رو نشوند و منتظر آن نباشند به صورت نابهنجار مضطرب نیستند (فورمارک، ۲۰۱۰). بیمار دچار گذراضطرابی معمولاً در حضور فردی دیگر در موقعیت اضطراب‌انگیز احساس آرامش می‌کند. در حالی‌که بیمار مبتلا به هراس اجتماعی در حضور افراد دیگر بیش از پیش دچار اضطراب می‌شود. در حالی‌که احساس تنگی نفس، سرگیجه و احساس خفگی و مرگ در مبتلایان به اختلال اضطراب و گذراضطرابی شایع است، علایم وابسته به هراس اجتماعی معمولاً به صورت گل انداختن صورت، پیچش عضلانی و اضطراب در مورد دقت دیگران است. تفکیک بین هراس اجتماعی و اختلال شخصیت دوری‌گزین ممکن است دشوار باشد و مستلزم مصاحبه و شرح حال مفصل است. اسکیزوفرنی نیز از تشخیص‌های افتراقی هراس اجتماعی است چراکه ممکن است در بیماران اسکیزوفرنیک فوبی جزئی از علائم سایکوز باشد. معهداً بر خلاف بیماران اسکیزوفرنیک، بیماران فوبیک به غیرمنطقی بودن ترس‌های خود واقفند و فاقد کیفیت غریب و غیرعادی و سایر علایم سایکوز که با اسکیزوفرنی همراه می‌باشند. دو تشخیص افتراقی دیگر برای هراس اجتماعی عبارتند از: اختلال افسردگی اساسی و اختلال شخصیت اسکیزوئید. اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی می‌تواند علامتی از افسردگی باشد. معهداً مصاحبه روانپزشکی با بیمار احتمال دارد مجموعه وسیعی از علایم افسردگی را ظاهر سازد. در بیمار مبتلا به اختلال شخصیت اسکیزوئید، فقدان علاقه به اجتماعی شدن، نه ترس از اجتماعی شدن، به رفتار اجتماعی اجتنابی می‌انجامد (هایسر، ۲۰۱۲).

سیر و پیش‌آگهی هراس اجتماعی

هراس اجتماعی معمولاً در اواخر کودکی یا اوان نوجوانی شروع می‌شود. اختلالی مزمن است هرچند مثل سایر اختلالات اضطرابی داده‌های همه‌گیرشناسی آینده‌نگر در مورد آن محدود است. داده‌های واپس‌نگر همه‌گیرشناسی و مطالعات بالینی آینده‌نگر حاکی است که اختلال می‌تواند طی سال‌ها تاثیر منفی عمیق بر زندگی شخص داشته‌باشد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۸).

تفاوت‌های سنی و جنسی در اضطراب اجتماعی

با وجود میزان شیوع بالای هراس اجتماعی به مثابه یک حالت اختلال هیجانی، نگرانی درباره ارائه خود و اجتناب از رفتار در تعامل‌های اجتماعی واقعی و فرضی در نوجوانان، این اختلال به ندرت در این گروه سنی بررسی شده است (بیدل، ۲۰۱۴). با این حال، برخی از مطالعات موجود خاطرنشان ساخته اند که هراس اجتماعی در نوجوانان با مسائل و مشکلات بیشماری از

۲

قبیل برانگیختگی های فیزیولوژیک و پاسخ های دستگاه قلبی - عروقی (آندرسون و هوپ، ۲۰۰۹؛ گرامر و اسپرینت شینک، ۲۰۰۸)، تفسیر سوگیرانه از موقعیت های اجتماعی مبهم (میرس، بلوت، بوگلس و وستنبرگ، ۲۰۰۸؛ موسر، هاجکک، هاپرت، فوا و سیمون، ۲۰۰۸)، سوء مصرف مواد (عیسی، کنراد و پیترمن، ۱۹۹۹)، نارسائیهای عملکرد اجتماعی (ونکن و باگلس، ۲۰۰۸)، کنش وری اجتماعی ضعیف و ادراکهای منفی رابطه دارد (پاکلک، ۲۰۰۴؛ پاکلک و ویدس، ۲۰۰۸) (به نقل از رشیدی پور، برجعلی و گلزاری، ۱۳۹۱). گفتنی است که طیف گسترده ای از مطالعات ضمن بررسی الگوی تحولی هراس اجتماعی در نوجوانان دختر و پسر، تاکید کرده اند که در دوره نوجوانی تجربه هراس اجتماعی رشد فزاینده ای پیدا می کند (فهم، بیسدو، جاکوبی و فیدلر، ۲۰۰۸).

۳

پاره ای از پژوهشها نشان داده اند که هراس اجتماعی با پذیرش کمتر از طرف همسالان و حالت طرد و عدم قبول از طرف آنها رابطه دارد (بیرد، ۲۰۱۱). هیرن، لایونز و فیلیپوت (۲۰۱۱) دریافتند، که بین هراس اجتماعی و برقراری روابط شمیمانه و مصاحبت با همسالان جدید رابطه منفی وجود دارد. نوجوانان با هراس اجتماعی بالا کمابیش ادراک پایینی از پذیرش اجتماعی، جاذبه رومانتیک و حمایت اجتماعی نشان می دهند. به ویژه نوجوانان دختر با هراس اجتماعی بالا در مقایسه با همسالان غیرمضطرب خود در روابط دوستانه شان احساس کفایت و صمیمیت کمتری گزارش می کنند. افزون بر این، نوجوانان با هراس اجتماعی بالا در مقایسه با همسالان غیرمضطرب خود، ادراکهای منفی درباره خود و خودارزشی کمتری گزارش کردند (لیونگ، ۲۰۱۲). نتایج مطالعات پاکلک (۱۹۹۷) و پاکلک و ویدمار (۲۰۰۶) نشان داد که بین هراس اجتماعی نوجوانان و پردازش آنها از خود به مثابه موضوع اجتماعی و پردازش محیط اجتماعی به مثابه مشاهده گر انتقادی رابطه وجود دارد. چنین پردازش - خود بدکارکردی، بویژه وقتی که فرد در معرض تماشاگران می باشد بر عملکرد او اثرگذار است. برای مثال، یکی از عوامل پیش بینی کننده افت تحصیلی دانش آموزان با هراس اجتماعی بالا این است که برای آنها بیان عقاید خود و درخواست کمک از معلم در حضور همسالان امری سخت قلمداد می شود (به نقل از داودی، صلاحیان و ویسی، ۱۳۹۱). درموقعیت انجام عمل در حضور همکلاسی ها، دانش آموزان با هراس اجتماعی بالا در مقایسه با دانش آموزان غیرمضطرب، عوامل مختل کننده بیشتری از قبیل فقدان مهارت های کلامی، انتظار شکست و مواجهه با یک موقعیت بدیع و افکار مزاحمی مانند "دیگران درباره عملکرد من چه فکر می کنند؟" یا "آیا دیگران من را عصبی می بینند؟" را تجربه می کنند (لیونگ، ۲۰۱۲).

cardiovascular system responses

Fehm, Beesdo, Jacobi & Fiedler

Beard

Heeren, A., Lievens, L., & Philippot

self-worth

Leung

processing of self

audience

یکی از سوالاتی که به ذهن متبادر می شود این است که روند تحول هراس اجتماعی در دوره های متفاوت نوجوانی چگونه است. در مطالعاتی که با محوریت هراس اجتماعی در نوجوانان انجام شده است، محققان دو مولفه اصلی هراس اجتماعی یعنی ترس از ارزیابی منفی به مثابه یک ویژگی شناختی و اجتناب اجتماعی به مثابه یک ویژگی رفتاری را بررسی کرده اند. ترس از ارزیابی منفی به ترس و نگرانی نوجوانان درباره ارزیابی های منفی همسالان و حضار شنونده اشاره می کند و تنش یا بازداری اجتماعی، صحبت یا بازداری رفتاری در برخوردهای اجتماعی و آمادگی برای مواجهه اجتماعی را شامل می شود (هایسر، ۲۰۱۲).

در بافت روابط بین فردی، نگرانی افراد از ارزیابی نامناسب دیگران از آنها - به عنوان یک عامل بازدارنده درون فردی - و انعکاس آن در گستره ای از پدیده های اجتماعی - روان شناختی نظیر همرنگی، رفتار از نظر اجتماعی حمایت کننده، ابراز خود، اسنادهای خود یاری دهنده، اضطراب اجتماعی، خود ناتوان سازی، تغییر نگرش، اطاعت و تسهیل اجتماعی قابل تعمق است (اسچلنکر، ۱۹۸۰؛ نقل از خورشیدزاده، برجعلی، سهرابی و دلاور، ۱۳۹۰). افرادی که در این مقیاس نمره بالایی به دست می آورند همواره به شیوه ای رفتار می کنند که از مواجهه با ارزیابی منفی از طرف دیگران بر حذر باشند. برای مثال، افراد با نمره بالا در این مقیاس در مقایسه با افراد با نمره پایین، وقتی بر این باورند که تلاش آنها در انجام تکالیف خسته کننده و تکراری با تایید دیگران همراه می شود در انجام آن تکالیف جدیت و پشتکار بیشتری از خود نشان می دهند. افراد با نمره بالا در مقیاس ترس از ارزیابی منفی در حالیکه نسبت به تجربه ارزیابی های منفی احساس نگرانی شدید می کنند و همواره تلاش می کنند که از اطلاعات تهدید کننده ناشی از مقایسه اجتماعی اجتناب کنند. افراد با نمره بالا در مقیاس ترس از ارزیابی منفی یک رابطه مثبت نامتقارن - رابطه ای که فرد یا افراد در آن متمایلند بیشتر دوست داشته شوند تا دوست بدارند - را بر یک رابطه متعادل ترجیح می دهند (راپی و اسپنس، ۲۰۱۲).

همچنین، این افراد نسبت به گزینش عبارت های مثبت در روابط خود با دیگران - به ویژه در گفتگوهای چهره به چهره - حساسیت زیادی از خود نشان می دهند (داودی و همکاران، ۱۳۹۱).

از لحاظ تحولی، باس (۱۹۹۵) کمرویی بیمناک و خودآگاه را به مثابه دو شکل هراس اجتماعی معرفی می کند که به ^۱ طور متوالی پدیدار می شوند. به نظر می رسد کمرویی بیمناک که ابتدا مشاهده می شود، بیشتر مبتنی بر مزاج یا خلق و خو باشد (به نقل از خورشیدزاده و همکاران، ۱۳۹۰). لذا، با مولفه اجتناب اجتماعی در هراس اجتماعی نزدیک تر است. روبین و آسندورف (۱۹۹۳) خاطرنشان می سازند که این نوع از کناره گیری یا انزوای اجتماعی در تعارض گرایش - اجتناب ریشه دارد و چنین کودکانی از لحاظ رفتاری از تماس با افراد غریبه امتناع می کنند. از دیدگاه باس (۱۹۹۵) کمرویی خودآگاه وقتی پدیدار می شود که کودک قادر است درباره خود فکر کند و نسبت به انتقاد دیگران حساسیت نشان می دهد. به نظر می رسد که این نوع کمرویی، وجهی از شخصیت می باشد که از طریق تجربه و بازنمایی خود تعیین می شود نه مزاج. کمرویی خودآگاه به دلیل ارتباطش با ساختار شناختی بیشتر به ترس از ارزیابی منفی نزدیک است (به نقل از خواجهی و همکاران، ۱۳۹۲).

^۱ fearful shyness

^{۱۱} self-conscious shyness

^{۱۲} temperament

نوجوانی، یک دوره از تحول است که به کمک افزایش در خودآگاهی، نگرانی درباره تصور از خود و نوعی از خودمیان بینی که به نوجوان اجازه نمی دهد بین نقطه ثقل افکار خود و اشتغالات فکری دیگران به ویژه همسالان تمایزی ایجاد کند، مشخص می شود. بنابراین، نوجوانان در برابر شکل شناختی هراس اجتماعی یعنی ترس از ارزیابی منفی، آسیب پذیری فزاینده ای نشان می دهند. برخی از مطالعات نشان داده اند که مهمترین دوره پدیداری خوداشتغالی های مضطرب کننده، اوایل دوره نوجوانی است (گرکو و موریس، ۲۰۱۲).

الکایند (۱۹۶۷؛ نقل از احمدی و باقری، ۱۳۹۲) در مقاله خود با عنوان «خودمیان بینی در نوجوانان» در تبیین برخی ناپخته گیهای رفتاری نوجوانان خاطرنشان می سازد که نوجوانان دو دیدگاه شناختی از خود دارند: ۱- افسانه شخصی و ۲- تماشاگران تخیلی. افسانه شخصی، اعتقاد به این است که هیچ کس در دنیا نمی تواند احساس واقعی فرد نوجوان را درک کند. برای حفظ این تصور، نوجوان ممکن است درباره خود به داستان سرایی بپردازد. تماشاگران تخیلی که ریشه در خودمیان بینی نوجوان و عدم توانایی او در اتخاذ دیدگاه دیگران دارد، سبب می شود که نوجوان مشغولیت فزاینده بر ظاهر و توانایی خود را به دیگران نیز نسبت دهد. اما، بر طبق دیدگاه الکایند درباره برخی از ویژگی های نوجوان در اواخر دوره نوجوانی مانند کاهش کمرویی، کاهش تاثیر همسالان، تمرکز بر روابط صمیمانه، برخورداری از تجارب اجتماعی بیشتر، رشد دیدگاه اجتماع محورانه و درک اجتماعی دقیق تر و همسو با نتایج مطالعات پاکلک و ویدمار (۲۰۰۰) و پاکلک (۲۰۰۴) می توان استنباط کرد که دست کم شکل شناختی هراس اجتماعی در اواخر نوجوانی در مقایسه با اوایل دوره نوجوانی کمتر می شود (به نقل از احمدی و باقری، ۱۳۹۲).

پذیرش خود چیست؟

پذیرش خود از جمله مفاهیمی است که در چند دهه اخیر مورد توجه بسیاری از روان شناس و پژوهشگران قرار گرفته است. در طول صد سال گذشته نیز بسیاری از روان شناس این نظریه را که انسان نیازمند پذیرش خود است پذیرفته اند (بیابانگرد، ۱۳۹۲).

تعاریف پذیرش خود

در فرهنگ لغات ویستر (۱۹۶۸) از پذیرش خود به عنوان؛ الف- اعتماد و رضایت در ^۱خویشتن و ب- نظر مثبت فرد درباره خود، یاد شده است. پذیرش خود در اصطلاح عبارت از؛ ارزیابی مداوم شخص نسبت به ارزشمندی «خویشتن» خود می باشد (اسمیت ؛ ۱۹۶۷؛ به نقل از شاملو، ۱۳۹۱). به عبارت دیگر پذیرش خود نوعی قضاوت مثبت به ارزشمندی وجودی می باشد.^۱ این صفت در انسان حالتی عمومی دارد و زود گذر نیست. بالبی پذیرش خود را قسمتی از شخصیت می داند و اهمیت کسب^۲ امنیت در دوران کودکی را نیز به عنوان اصلی کلی و پایه ای برای درونی کردن اعتبار خود متذکر می شود. هم چنین پذیرش

^۱ego-centricism

^۲personal fable

^۳Vistar

^۴Smith

^۵Balby

خود را می توان چنین تعریف کرد: پذیرش خود به عنوان یک نیاز شامل احساساتی است که انسان به داشتن آن سیستم متقابل اجتماعی محتاج است. بدین معنی که ما نیاز داریم تا مشترکات احساسی خود را با دیگران رد و بدل کنیم و در درون خود احساس کنیم که با ارزشیم، هم چنین احساس کنیم که دیگران ما را با ارزش می پندارند و معتقد باشیم که آنان هم با ارزشند (شاملو، ۱۳۹۱)

اریکسون اعتقاد دارد که بهترین اعتماد در سن تولد تا یک سالگی است، زیرا اعتماد اساس و پایه در این سن تولد تا یک سالگی شکل می گیرد و اولین مرحله را اعتماد در برابر عدم اعتماد نامیده است. مراقبت کافی و محبت واقعی باعث می شود که کودک جهان را امن و قابل اعتماد بداند. مراقبت ناکافی و طرد کودک سبب ترس و دو دلی او نسبت به جهان می شود. به نظر اریکسون درک کودک از خویشتن و از فرهنگی که در آن تربیت شده است به اندازه سایق های مورد تاکید فروید اهمیت دارد. بک نیز معتقد است که نیاز به پذیرش خود فقط از آن انسان است و وجود آن بدان دلیل است که انسان دارای استعداد نمادسازی و تفکر است و این نیاز از بدو تولد تا هنگام مرگ در انسان وجود دارد (شرفی، ۱۳۸۹).

طبقه بندی پذیرش خود

پذیرش خود یا همان "پذیرش خود" به دو طبقه بالا و پایین تقسیم می شود:

پذیرش خود بالا با احساس غرور در خود و قبول کردن عملکرد خود توسط شخص در زندگی، که استعداد ذاتی خود را با کیفیت مثبت پرورش دهد همراه است. کودکان برخوردار از پذیرش خود بالا، افرادی با احساس اعتماد به نفس و با بهره گیری از استعداد و خلاقیت خود به ابراز وجودی می پردازند و به راحتی تحت تأثیر عوامل محیطی قرار نمی گیرند (کاراسکو، اسر، هائو و مک فرسون ، ۲۰۱۱).

پذیرش خود پایین: فرد با پذیرش خود پایین نگرشی مصنوعی نسبت به دنیا دارد و در مسیر ناامیدی تلاش می کند، تا به دیگران و خود نشان دهد که شخص لایقی است و یا ممکن است به درون خویش پناه ببرد و انزوا طلبی پیشه گیرد. فرد در چنین حالتی از ارتباط با دیگران می ترسد و از آن اجتناب می نماید و در این حال احساس غرور کمی دارد. فرد با پذیرش خود بالا مستقل عمل می کند و به پیشرفت هایش افتخار می کند، مسؤولیت پذیر است. به چالش های جدید مشتاقانه رو می آورد و ناکامی ها را به خوبی تحمل می کند. ولی فرد با پذیرش خود پایین توانایی خود را دست کم می گیرد و در دریافت محبت تردید دارد. احساس ناتوانی و درماندگی می کند و به آسانی تحت تأثیر دیگران قرار می گیرد. برای ضعف خود، دیگران را سرزنش می کند. شکست را به شانس نسبت می دهد (عبدالهی، ۱۳۸۸).

درتیک (۱۹۹۱؛ به نقل از حلمی، ۱۳۹۴) معتقد است که افراد با پذیرش خود پایین در خود بازدارندگی دارند آن ها برای عملکرد موفق خودش مانع قرار می دهند و از سوی دیگر، حتی اضطراب ممکن است به طور مستقل موجب عزت تنفس پایین شود، هم چنین می دانیم مردم مضطرب مایلند تا درباره آینده خود بیمناک باشند و نسبت به محرک های تهدید، سوگیری دارند و در مقابل افرادی که اضطراب کم دارند، به طرف محرک های جدید و نو سوگیری دارند. پذیرش خود نه فقط با اضطراب سر و کار دارد، بلکه به درک و فهم ما درباره جهان نیز مربوط می شود (عبدالهی، ۱۳۸۸).

خصیصه پیش تعمیمی در افراد با پذیرش خود بالا و پایین

همچنانکه می‌دانیم، تجارب مثبت منجر به پذیرش خود بالا و تجارب منفی منجر به پذیرش خود پایین می‌گردد. با وجود آن، آنجایی که خودپنداره مثبتی از خود دارند، وقتی در مقابل رویدادهای منفی قرار می‌گیرند، استقامت زیادی از خود نشان می‌دهند. ولی افرادی که واجد پذیرش خود پایین می‌باشند، علیرغم تجارب مثبت زندگی، خود-ادراکی منفی از خود دارند. چگونه این امر اتفاق می‌افتد؟ مشهودات بدست آمده مبین این واقعیت است کسانی که پذیرش خود پایین دارند در مقایسه با کسانی که از پذیرش خود بالا برخوردارند از پردازش اطلاعات متفاوتی برخوردارند. بطوریکه پردازش درستی از اطلاعات کسب نموده، ندارند. اگر چه این مهم در ابتدا عجیب به نظر می‌رسید اما تحقیقات دقیق تیلر و همکارانش در سال ۱۹۸۹ مشخص نمودند، که اگر افراد ادراک مثبتی نسبت به اطلاعات منفی داشته باشند، برخورد مساعدتری نسبت به این اطلاعات خواهند داشت، به بیان دیگر کنش‌وری افراد زمانی بهتر خواهد بود که خود ادراکی مثبتی نسبت به اطلاعات منفی و رویدادهای زندگی حتی اگر آن‌ها غیر واقعی باشند، داشته باشند، داشتن یک باور اغراق‌آمیز درباره توانایی‌ها مربوط به کنترل رویدادها. (اگر چه این باور واقعی نمی‌باشد) باعث می‌شود افراد نقطه نظر مثبت و خوشبینانه‌تر و نتیجتاً برخورد متعادل‌تر و به هنجارتری در برابر این رویدادها داشته باشند. چرا این که ادراک درست و مثبت از آنجا که افراد را قادر می‌سازد تا یک نقطه نظر مثبتی به دنیا داشته باشند، وقتی در مقابل اطلاعات منفی قرار می‌گیرند، برخورد مناسب و مساعدتری نسبت به آن‌ها خواهند داشت. اما چنانچه ادراک افراد از رویدادهای زندگی منفی باشد، منجر به پذیرش خود پایین و نتیجتاً افسردگی خواهد گشت؟ نظرگاه تیلر و همکارانش در سال ۱۹۸۹ کمکی‌کند تا تبیین کنیم چرا بعضی افراد وقتی دست‌خوش تجارت منفی نظیر قربانی یک جرم وحشت‌آور و یا مبتلا به یک بیماری جدی و شدید می‌شوند، دچار اغتشاشات روانی و جسمی می‌گردند؟ زیرا در چنین موقعیت‌هایی ادراک افراد در یک مدار طیفی قرار گیرد و نقطه نظر منفی و غیر واقع‌بینانه‌ای نسبت به رویدادها پیدا می‌کنند. (برون و ترنر ، ۲۰۱۰).

در همین راستا سلیگمن در سال ۱۹۹۸ تحقیق جالبی انجام داده است. او از یک گروه از سالمندان ۷۲ ساله خواسته، رویدادهای منفی زندگی خود را در ۵۰ سال گذشته بنویسد. در این تحقیق مشخص شد سالمندانی که احساسات درماندگی داشتند از نظر سلامت جسمانی و پذیرش خود بالاتری برخوردار بودند. کسانی بودند که نقطه نظر منفی نسبت به رویدادهای زندگی داشتند و این نقطه نظر منفی باره‌های ناسازگار پاسخ دهی آن‌ها نسبت به رویدادهای منفی زندگی هماهنگی داشته و نتیجه تا منجر به پیامدهای منفی فوق گردید. اما سالمندانی که از نظر سلامت جسمانی بهتر و پذیرش خود بالاتری برخوردار بودند، کسانی بودند که علیرغم بیان رویدادهای منفی، نگرش، وادراک سازنده‌تر و مثبت‌تری به رویدادها داشتند. تحقیق فوق مبین این واقعیت مهم است. کسانی که ادراک منفی نسبت به رویدادهای منفی و حتی مثبت دارند با توجه به این که در مقابل چنین رویدادها خود را ناتوان احساس می‌کنند و نسبت به توانایی‌های خود اطمینان ندارند، دچار پذیرش خود پایین می‌گردند (سلیگمن، ۱۹۹۸؛ به نقل از محمدخانی، ۱۳۹۰).

۲ Brown & Turner

۲Seligman

از جمله خصیصه های دیگر افراد واجد پذیرش خود پایین، بیش تعمیمی آن ها نسبت به یک تجربه منفی می باشد. افرادی که از پذیرش خود پایینی برخوردارند علاوه بر ادراک منفی نسبت به رویدادهای زندگی، بیش تعمیمی خاصی نسبت به یک تجربه منفی دارند (حیدری، ۱۳۹۱).

کرینس و فرانکل در سال ۱۹۸۹ بیان داشتند اگر دانش آموزی در یک امتحان میان ترم با شکست مواجه شود قبل از آنکه معتقد شود من صرفاً در این امتحان موفق نشدم، معتقد شود که من نمی توانم در این رشته تحصیل کنم. چنین بیش تعمیمی خصیصه ی بارز دانش آموزانی است که پذیرش خود پایینی دارند. در همین راستا کریش و فرانک و همکاران در سال ۱۹۸۹ صرفاً گروهی بزرگ از دانشجویان روان شناسی دختر و پسر دوره ی لیسانس که عملکرد بدی در اولین امتحان داشتند، انتخاب نمودند. در این تحقیق مشخص شد دانشجویانی که پذیرش خود پایینی داشتند. در مقایسه با دانشجویانی که پذیرش خود بالایی داشتند در برابر عملکرد ضعیف خود در امتحان، اثرات منفی تری را تجربه کردند. بطوریکه عملکرد ضعیف آن ها در امتحان منجر به فقدان انگیزه نسبت به این درس گردید و و آن ها فقدان انگیزه را به امتحانات بعدی تعمیم دادند و عملکرد ضعیف خود را قبل از آنکه ناشی از فقدان کوشش بدانند ناشی از فقدان توانایی خود دانسته اند. در مقابل افرادی که از پذیرش خود بالایی برخوردار بودند، در برابر عملکرد ضعیف خود، از پردازش اطلاعات صحیح تری برخوردار بودند. چون گرایش به بیش تعمیمی، خود - ادراکی منفی و شناختهایی خود مغلوبانه در آن ها وجود نداشت (برون و ترنر، ۲۰۱۰).

نتایج این تحقیق نشان می دهد یکی از دلایل عمده اثرات ویرانگر تجارب زیانبار برای افرادی که دارای پذیرش خود پایین می باشند وجود گرایش شدید بیش تعمیمی آن ها نسبت به شکستهای خود می باشد. این تحقیق با تحقیقاتی که بیانگر این واقعیت هستند که افراد با پذیرش خود پایین پاسخ دهی نامتناسبی نسبت به شکست و پسخورندهای منفی خود دارند (حیدری، ۱۳۹۱).

اهمیت پذیرش خود

مسأله پذیرش خود و مقوله خود ارزشمندی از اساسی ترین عوامل در رشد مطلوب شخصیت کودکان و نوجوانان است. برخورداری از اراده و اعتماد به نفس قوی، قدرت تصمیم گیری و ابتکار، سلامت فکر و بهداشت روانی رابطه مستقیمی با میزان و چگونگی پذیرش خود و احساس خود ارزشمندی دارد (بیابانگرد، ۱۳۹۲). موفقیت اگرچه منجر به احساس شادکامی و مسرت در فرد می شود ولی به نوبه خود ارزش شخصی فرد را اعتدال می بخشد و زمینه را برای قبول مسؤولیت های بعدی آماده می سازد (شرفی، ۱۳۸۹). یک اراده قوی در گرو اعتماد به نفس قوی و استوار است. تسلیم ناپذیری، مطمئن، مصمم و راسخ قدم بودن از صفات برجسته رهبران بزرگ تاریخ انسان ها می باشد. به عبارت دیگر تنها عوامل تعیین کننده رفتار، اعتماد به نفس و احساسی است که ما نسبت به خودمان داریم. به قول مازلو ما برای سلامت روانی خود نیاز به احساس اعتماد به نفس مثبت و قوی داریم. بنابراین برای برخورداری از اعتماد به نفس، انسان نیاز دارد که از احترام و شأن اجتماعی مطلوب و نگرش مثبت به خویشتن بهرمند باشد (افروز، ۱۳۹۱).

همراه با زیستن در شرایط اجتماعی نیاز به احساس ارزشمندی به نحو سالم و متعادل آن در انسان بوجود می آید که برای نگهداری سلامت و تعادل روانی و حتی تکامل وجودی او بسیار ضروری می باشد. معمولاً اگر بر این نیاز خللی وارد شود، احساس حقارت و یا خود بزرگ بینی در فرد ایجاد می شود. بدین معنی که شخص یا بسیار کم بین و ناراضی از خود، متزلزل می شود و یا بسیار خودبزرگ بین، خود مدار و خود نما خواهد شد. هر دوی این قطبهای احساس نشدنی نشان دهنده این

واقعیت است که فرد به علت اختلال در احساس ارزشمندی قادر به درک واقعیات و واکنشهای دیگران نسبت به خود نیست (سلیگمن، ۲۰۰۳؛ به نقل از نوده فراهانی، ۱۳۹۰).

دلیل اصلی احساس حقارت و خود بزرگ بینی را می توان در طرد شدن مستمر و مداوم از طرف والدین و دیگران دانست. روان شناسان معتقدند که احساس بی ارزشی عمیق یا فقدان پذیرش خود ریشه بسیاری از ناهنجاری های روانی که در میان افراد انسان دیده می شود (شاملو، ۱۳۹۱). یکی از معضلات جامعه ما این است که افراد خلاق و مبتکر به دلیل بی بهره بودن از پذیرش خود کافی قادر به ابراز تفکرات نو و ابداعات تازه خویش نیستند (سیف، ۱۳۹۲). شخصی که از پذیرش خود بالا برخوردار است خویش را به گونه ای مثبت ارزشیابی کرده است. برخورد مناسبی نسبت به نظرات مثبت خود و دیگران دارد (بیابانگرد، ۱۳۹۲). در مورد کسی که به پذیرش خود پایین مبتلا است اغلب به نوعی نگرش مصنوعی نسبت به دنیا دارد و در نا امیدی تلاش می کند تا به دیگران و خودش نشان دهد که او شخص لایقی است و یا ممکن است به درون خویش انزوا گزیند و در ارتباط با دیگران که از آن ها می ترسد اجتناب نماید. شخص مبتلا به پذیرش خود پایین اساساً فردی است که احساس غرور کمی در خودش ادراک کرده است (بیابانگرد، ۱۳۹۲).

آرتور جکسون می گوید: افرادی که از پذیرش خود بالایی برخوردارند با موقعیتهای اجتماعی بهتر کنار می آیند و در اظهار عقیده و نظرات خود آسوده خاطرند و ممکن است با دیگران تفاوت داشته باشند. در عوض اشخاصی که دارای پذیرش خود پایین باشند احساس بی ارزشی نموده، این امر را به جریان های زندگی روزمره تعمیم داده، حتی در عملکرد ساده نیز تردید نشان می دهند. اگر این فرایندها غیر قابل کنترل شود، پذیرش خود رفته رفته از بین می رود و شخص بیشتر و بیشتر از اشیاء جدا می شود (سیف، ۱۳۹۲).

مفاهیم پایه در درمان شناختی رفتاری واحد پردازش

در هر رویکرد درمانی موفق، کلید موفقیت در هدف قرار دادن روند های محوری زیر بنایی است، این اصل در واقع علت شکل گرفتن درمان شناختی رفتاری با رویکرد واحد پردازش است. در صورت تمرکز بر عوامل محوری در تمام اختلالات اضطرابی، می توان یک گروه استراتژی درمانی یافت که در همه آنها کاربرد داشته باشد (چورپیتا، ۲۰۰۷). تاکنون مشخص شده که اختلالات اضطرابی دارای عوامل و خصوصیات مشترکی هستند که به شکل هیجانات منفی، سوء تعبیر خطر (هشدارهای کاذب)، اجتناب های رفتاری مربوط به آنها دیده می شود. در واقع این پروتکی همین عوامل محوری را مدنظر قرار داده است (چیو و مک لئود، ۲۰۱۳).

در حقیقت هدف از این درمان حفظ مزایای استاندارد شده پروتکل های شناختی رفتاری با بوجود آوردن سطح انعطاف پذیری بالا در درمان از طریق استفاده از دستورالعمل های کاربردی فردی (راهبردهای فردی سازی) است (ناکامورا و همکاران، ۲۰۰۶). در این پروتکل، تعادل ظریف بین انعطاف پذیری و حفظ ساختار (طرح محوری درمان)، با استفاده از واحدها (توصیف های مستقل و کامل از تکنیک های درمانی خاص مورد استفاده) ایجاد می شود. از آنجا که واحدها می توانند به اشکال گوناگونی انتخاب شده و آرایش گردند، دارای پتانسیل انعطاف پذیری بیشتری نسبت به دستورالعمل های متحدالشکل هستند. آنها می توانند برحسب نیاز و براساس خصوصیات کودک، خانواده، بافت و زمینه اجرا شوند (گالا و همکاران، ۲۰۱۲).

با این حال زمانی که ما انعطاف پذیری در درمان را می پذیریم، در حقیقت احتمالات نامحدودی را وارد میدان می کنیم که بعضی خوب و بعضی نامناسب هستند بعبارتی تهیه خطوط راهنما جهت انطباق و فردی سازی یک پروتکل درمانی بدون روبرو شدن با مواردی که ایجاد پیچش و دشواری می کنند تقریباً غیرممکن و مانند شعبده بازی است. پروتکل درمان شناختی- رفتاری واحد پردازش ای شامل ۱۳ تکنیک درمانی (پردازنده ای)، خودپایشی، آموزش مهارت های اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، استراتژی های تقویت کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان است. استفاده از این موارد به نیاز فرد، مشکل مراجعه کننده و وضعیت خانواده بستگی دارد (بکر، بکر و گینسبرگ، ۲۰۱۲).

طرح محوری درمان (چهار واحد اصلی)

بخش مرکزی در پروتکل درمانی شناختی رفتاری واحد پردازش ای، مواجهه است اما برای اجرای مواجهه نیاز به آماده سازی است که این کار ابتدا شامل مشخص نمودن این است که بایستی در مواجهه چه چیزهایی یا چه موقعیت های ترس آوری مطرح شوند. سپس کودک را برای مشارکت موفقیت آمیز در آن آماده می سازند و نیز با پیشرفت درمان و رسیدن به انتهای آن لازم است که بر نحوه عملکرد مواجهه مروری داشته باشیم. لذا به عنوان بخشی از محور درمان توصیه می شود که تمام کودکان حداقل چهار روند اصلی را دریافت نمایند که تحت عنوان "چهار محور عناصر اصلی درمان" را فراهم می سازند که شامل (۱) تهیه ی فهرستی از ترس ها (نردبان ترس)، (۲) آموزش در رابطه با اضطراب (یادگیری در مورد اضطراب)، (۳) تمرین موقعیت های ترس آور (تمرین زنده یا خیالی) و (۴) آموزش چگونگی حفظ دستاوردها و مهارت ها (نگهداری). دو مرحله ی اول اساساً صحنه را برای مواجهه (مرحله سوم) آماده می سازند. بدین شکل که فهرستی از اهداف و روندهایی جهت بررسی و ارزیابی آن اهداف و نیز برای فراهم نمودن منطق مواجهه، تهیه می شود. روند چهارم اساساً جهت تشویق کودک به ادامه ی این شیوه ی زندگی شامل عادت به نزدیک شدن و مواجهه در زمان هایی است که اضطراب مشکل ساز است. بنابراین تمام موضوع این است که "طرح محور درمان (نردبان ترس، آموزش درباره اضطراب، مواجهه و پیشگیری از عود)" برنامه ای است که به عقیده ما بایستی در مورد تمام کودکانی که این پروتکل را دریافت می کنند اجرا شود (چیو و مک لئود، ۲۰۱۳).

واحد نردبان ترس اصطلاحی است برای توصیف یک سلسله مراتب از ترس، که با مشارکت کودک و درمانگر با یک درجه بندی با استفاده از دماسنج ترس، ده تا دروازه موقعیت یا محرک ترس آور تهیه می شود. در واقع نردبان ترس تنها به عنوان وسیله ای برای اندازه گیری اضطراب یا ترس تعریف می شود که اساس تمرین مواجهه را تشکیل می دهد. در این واحد دماسنج ترس روشی کلاسیک جهت انجام نمره گذاری ترس با استفاده از سیستم های واحد ذهنی رنج و ناراحتی است و بمنظور بیان ترس در طیفی از بدون ترس تا حداکثر ترس طراحی گردیده است که مقیاسی بین صفر تا است است، بدین معنی که صفر نماینده عدم ترس (هیچ) و ۱۰ نماینده حداکثر ترسی که فرد می تواند تصور کند می باشد (راتر و همکاران، ۲۰۱۱).

واحد آموزش درباره اضطراب برای معرفی یک زبان مشترک به کودک که با آن در مورد افکار و احساساتش صحبت کند طراحی شده است و برای شروع کار در این واحد، آموزش درباره این مفهوم که احساس اضطراب می تواند یک زنگ هشدار غلط باشد، مناسب است. به این ترتیب این واحد یک چهارچوب شناختی را برای واحد بعدی یعنی مواجهه فراهم می کند. در

Becker, Becker, & Ginsburg

Fear Ladder

Earning About Anxiety

Module

حقیقت هدف از این واحد آموزش نحوه عملکرد اضطراب برای بنا کردن مبنای منطقی جهت انجام تمرینات مواجهه و همچنین القای خوش بینی در مورد وضعیت فرد و تشویق به مشارکت در درمان می باشد (هاواتا و وانگ، ۲۰۱۵).

واحد مواجهه^{۲۷} شامل انتخاب از سلسله مراتب نربان ترس برای تمرین مواجهه است که در آن برای خوگیری نسبت به الگو یا محرک ارائه شده، سلسله مرتبه‌ی ترس، تناوبی گرفته شده است (یعنی محرک ترس آور آنقدر بصورت تناوبی ارائه می گردد تا در برابر آن خاموشی صورت گیرد). این تمرین برای تکلیف منزل نیز اختصاص داده شده است. بدین صورت که از فرد خواسته می شود یک موقعیت ترس آور یا محرک ناراحت کننده را در نظر گرفته و تمرین مواجهه با آن را انجام دهد و تمرین باید به ترتیبی صورت گیرد که خوگیری شکل گیرد و این می تواند معرف حالتی از موفقیت باشد.

و در نهایت **واحد نگهداری و پیشگیری از عود^{۲۸}** برای بررسی مهارت های آموخته شده و تقویت و پرورش اسناد کودک از دستاوردهای رفتارهای آموخته شده و عملکرد وی در درمان طراحی شده است. اهداف این واحد عبارتند از نشان دادن موفقیت ها به فرد و بررسی مهارت هایی که بیشترین تاثیر را داشته اند و همچنین در این واحد درمانگر باید از این که تمرینات بعد از پایان یافتن ملاقات ها با درمانگر نیز ادامه خواهند یافت اطمینان حاصل نماید (چورپیتا و همکاران، ۲۰۰۹؛ چورپیتا، ۱۳۹۰؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج درمان واحد پردازش ای

این روش، الگوی عملی از مشکل فرد و عوامل موثر تعدیل کننده درونی و بیرونی ارائه می دهد و برای مشخص ساختن مشکل اساسی بطور منظم به عوامل می پردازد و با فردی سازی مداخلات، با مشکل فرد هماهنگ می شود. از ویژگی های مهم این راهنمای درمانی این است که به صراحت توصیه و تشویق به فردی سازی درمان برای هر کودک می کند. برای مثال ممکن است برخی کودکان نیاز به چند جلسه درمان در مدرسه داشته باشند و برخی دیگر نیاز به چندین ماه برنامه درمانی در کلینیک؛ یا ممکن است برای برخی نیاز باشد که والدین هم در برنامه درمانی مشارکت داشته باشند و برخی کمتر، با توجه به کتاب راهنما مراحل و روش های خاص درمان با توجه به نیاز کودک دیکته (توصیه) شده است (روتر و همکاران، ۲۰۱۶).

در سال های اخیر، رویکردهای متناقضی مبتنی بر اصول انطباق و انعطاف پذیری در ذهن شکل گرفته اند که غالباً این رویکردها تحت عنوان "رویکردهای تجویزی" نام گرفته اند. برای مثال بوتلر و هاروود طیف وسیعی از اصول راهنما را در سال ۲۰۰۰ مشخص نموده و روش های متفاوتی نیز برای کاربرد این اصول در افراد مختلف تشخیص دادند. همچنین، پرسونز و همکاران نیز روشی جهت ساخت نظام درمانی مبتنی بر اصول شناختی رفتاری ترسیم نمودند، سایر رویکردهای نظام مند که روشی برای انطباق مداخلات با ویژگی های مراجع بکار بردند برگرفته از کارهای دوراند برای کار با مشکلات شدید رفتاری در کودکان اوتیستیک در سال ۱۹۹۰ می باشند. برای مثال، ایسن و سیلورمن با گسترش بیشتر این رویکرد در سال ۱۹۹۸، نشان دادند که یک روش شناختی رفتاری خاص (مثلاً آرمیدگی یا بازسازی شناختی) نیز در صورت هماهنگ شدن با موردهای

^{۲۷}Exposure

^{۲۸}Maintenance and Relapse Prevention

^{۲۹}Attribution

^{۳۰}Prescriptive approaches

مختلف کودکان مبتلا به اختلال اضطراب تعمیم یافته موفق بودند. عقیده زیربنایی و مشترک این رویکردها، منطقی به نظر می‌رسد و بازتابی از سنتی قدیمی در فردی‌سازی مداخلات برای هماهنگ سازی با مشکل مراجع می‌باشد. اگرچه در خصوص این روش‌ها بعضاً با تاریخچه مثبتی روبرو هستیم، اما حمایت یکپارچه‌ای مبنی بر ارتقا اثر درمان یا استفاده از انعطاف‌پذیری، بدین شکل در دست نیست و همچنان در مورد انعطاف‌پذیری بحث و جدل وجود دارد (چورپیتا، ۲۰۰۷).

انعطاف‌پذیری در این پروتکل درمانی بیش از آنکه صرفاً در جهت فردی‌سازی باشد، برای حمایت از راهکارهای محوری است. عبارتی درمانگران در استفاده از این پروتکل تشویق می‌شوند که برای هدف آشکار بازگشت به روش‌های محوری انعطاف داشته باشند.

(تفاوت رویکرد واحدپردهای و استاندارد)

رویکرد واحد پرده	رویکردهای استاندارد
تعداد جلسات بستگی به کودک دارد	تعداد جلسات یک یا دو بار در هفته
مشارکت والدین کاملاً متغییر است، می‌تواند در صورت نیاز شدید بوده و یا در صورت دردسترس نبودن والدین و یا هنگامی که در فرمول‌بندی مورد نقش معناداری ندارند این مشارکت حذف شود.	مشارکت والدین می‌تواند حذف شود، محدود به بعضی جلسات بوده و در تمام جلسات الزامی نمی‌باشد و این بر مبنای راهنمای انتخاب شده است و قابل تغییر بر اساس نیازها و مشکلات کودک نیست.
طول مدت جلسات توسط گستره توجه کودک و دشواری تمرین مشخص می‌شود. برای مثال یک جلسه می‌تواند شامل ۱۵ دقیقه مرور و یا ۴ ساعت مواجهه زنده باشد.	عموماً طول جلسات درمان ۴۵ تا ۵۰ دقیقه می‌باشد.
سرعت حرکت توسط کودک تعیین می‌شود، شروع تمرین جدید هنگامی است که قبلی به خوبی آموخته شده و یا مشخصاً تسلط بر آن امکان‌پذیر نباشد.	سرعت حرکت را پروتکل تعیین می‌کند (عموماً یک مهارت در هر جلسه).
جلسه می‌تواند در هر مکانی تشکیل شود (کلینیک، مدرسه، زمین بازی یا خانه)؛ به درمانگران توصیه می‌شود محلی را انتخاب کنند که با تمرین انجام شده بهترین هماهنگی را داشته و همسو با روش‌های مشارکت والدین باشد.	نشست غالباً در دفتر کلینیک انجام می‌شود اگرچه احتمالاً می‌تواند در مکان دیگری نیز باشد.
کودکان تنها تکنیک‌هایی را دریافت می‌کنند که بهترین تناسب با نیازهایشان را داشته باشد، این کار امکان می‌دهد که تمرکز کامل بر روی همان مهارت‌ها و روش‌های مورد نیاز باشد.	کودکان تمام قسمت‌های دستور عملی را فرا می‌گیرند.
	جهت کار بر روی رفتارهای مزاحم کودکان اضطرابی، عموماً

به کودکان می توان بصورت انتخابی روش هایی از دستور کار را که مربوط به رفتار مزاحم است آموزش داد.	دستور کار دیگری مورد نیاز بوده یا جلسات بدون دستور کار توصیه می شود که بصورت موقت توسط درمانگر طراحی می گردد.
مداخله هنگامی پایان می یابد که به اهداف رسیده باشیم و یا کودک و درمانگر باهم بپذیرند که با این رویکرد اهداف دست یافتنی نمی باشد.	مداخله در زمان مشخص تعیین شده در متن دستور کار خاتمه می یابد

منابع فارسی:

- آبنیکی فرد، زهرا. (۱۳۸۹). رابطه بین خویشتن پذیری و انگیزه پیشرفت و پیشرفت تحصیلی دانش آموزان سال سوم دبیرستان شاهد تهران و مقایسه اثربخشی دوروش حل مسأله و مهارت های ارتباطی در افزایش خویشتن پذیری آنها. پایان نامه کارشناسی ارشد. رشته روان شناسی عمومی، دانشگاه علامه طباطبائی تهران.
- آدابی، فرزانه. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای بر کاهش نشانه های اضطرابی و بهبود نظم جویی شناختی هیجانی نوجوانان. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.
- آدابی، فرزانه؛ مشهدی، علی. و حسن آبادی، حسین. (۱۳۹۲). اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری واحد پردازه ای بر کاهش نشانه های اضطرابی نوجوانان. چهارمین همایش منطقه ای چالشها و راهکارهای توسعه در مناطق محروم.
- آذین، رها. و موسوی، علی. (۱۳۹۰). نقش مهارت های زندگی در پیش بینی مهارت اجتماعی نوجوانان بی سرپرست و بدسرپرست. پایان نامه کارشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- آقاخانی، علی. (۱۳۹۳). مقایسه خودپنداره و عزت نفس افراد بی سرپرست و افراد سالم. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- احمدی، محسن و باقری، مسعود. (۱۳۹۲). نقش واسطه ای تحریف های شناختی در رابطه تصویر بدنی با اضطراب اجتماعی در نوجوانان. مجله علوم رفتاری، ۷ (۴)، ۳۲۹-۳۲۱.
- اسلامی نسب، علی. (۱۳۸۸). روان شناسی سازگاری. تهران: سازمان چاپ و نشر بنیاد.
- اسلامی نسب، علی. (۱۳۸۷). روان شناسی اعتماد به نفس. تهران: انتشارات مهرداد.
- افروز، غلام علی. (۱۳۹۱). تقویت اعتماد به نفس در کودکان و نوجوانان. مجله پیوند، ۱۸، ۱۳۸-۱۳۹.
- امین التجاری، فریده. و توزنده جانی، حسن. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازهای بر نشخوار ذهنی و نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور.

بتویی، معصومه. و توزنده جانی، حسن. (۱۳۹۶). تأثیر درمان شناختی- رفتاری واحد پروازهای بر حساسیت اضطرابی، تحریف های شناختی و نشانگان بالینی در دانش آموزان مبتلا به اضطراب فراگیر. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور.

بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۹۲). روش های پیشگیری از افت تحصیلی. تهران. انتشارات سازمان انجمن اولیاء مربیان جمهوری اسلامی ایران، واحد انتشارات.

چوپیتا، بروس. (۲۰۰۷). درمان شناختی- رفتاری اضطراب در کودکان (رویکرد واحد پردازهای). ترجمه کتایون حلمی. (۱۳۹۰). تهران. انتشارات ارجمند.

حق شناس، حسن؛ موسوی، سیدمسعود و فرنام، رابرت. (۱۳۸۵). بررسی جنبه های شخصیتی در بیماران مبتلا به اختلال هراس. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی*، ۶ (۳)، ۱۷-۱۰.

حلمی، مصطفی. (۱۳۹۴). بررسی تأثیر درمان فراشناختی بر خویشتن پذیری و مسئولیت پذیری نابینایان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات خراسان رضوی (نیشابور).

حلمی، کتایون؛ علی اکبری دهکردی، مهناز. و تقی زاده، محمد احسان. (۱۳۹۱). مقایسه اثر بخشی دو شیوه درمانگری شناختی- رفتاری واحد پردازه ای و هیپنوتراپی و شناختی- رفتاری در کاهش اضطراب کودکان ایرانی. *اولین کنگره بین المللی هیپنوتیزم بالینی و علوم وابسته، دانشگاه علوم پزشکی مشهد*.

حیدری، زینب. (۱۳۸۶). بررسی ارزشیابی تحصیلی و خویشتن پذیری. پایان نامه کارشناسی تربیت معلم تهران.

منابع انگلیسی:

- American Psychiatric Association. (2013). *Eating disorders. In, Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. fourth edition. text revision (583-595). Arlington, VA: Am Psychiatr Assoc.
- Antonovsky, A. (1994). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science & Medicine*, 36, 725-733.
- Beard, C. (2011). Cognitive bias modification for anxiety: Current evidence and future directions. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 11, 299-311.
- Becker, E. M., Becker, K. D., & Ginsburg, G. S. (2012). Modular cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A closer look at the use of specific modules and their relation to treatment process and response. *School Mental Health*, 4, 243-253.
- Beidel, D. C. (2014). *Social Phobia*. In: Morris TL, March JS (eds). *Anxiety disorders in children and adolescents*. 2ed ed. New York: Guilford. 141-163.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2010). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psycho*. 84, 822-848.
- Brown, R. L. & Turner, R. J. (2010). Physical Disability and Depression. *J Aging Health*, 22 (7), 977- 1000.
- Burt, K. B., Obradović, J., Long, J. D., & Masten, A. S. (2009). The interplay of social competence and psychopathology over 20 years: Testing transactional and cascade models. *Child development*, 79(2), 359-374.
- Cardaciotto, L. A. (2013). *Assessing mindfulness: The develop of a bi _dimensional measure of awareness and acceptance* Doctoral dissertation. University of Drexel, USA.

- Carrasco, R., Eser, E., Hao, Y. & McPherson, K. M. (2011). Resilience and self-efficacy: the importance of efficacy beliefs and coping mechanisms in resilient adolescents. *Colateuniversity Journal of the Sciences*. 115-146.
- Chamberlain, J. M. & Haaga, D, A, F. (2001). Unconditional Self- acceptance and psychological health. *Jornal of Rational- Emotive and Cognitive Behavior Therapy*, 19, 163- 176.
- Chen, X., & French, D. C. (2009). Children's social competence in cultural context. *Annu. Rev. Psychol.*, 59, 591-616.
- Cheung, C, & Lee, T. (2012). Improving social competence through character education. *Evaluation and program planning*, 33 (3), 255-263.
- Chiu, A. W. & McLeod, B. D. (2013). Effectiveness of modular CBT for child anxiety in elementary schools. *School Psychology Quarterly*, 28, 141-153.
- Chorpita, B. F., Doliden, A., & Weise, P. (2005). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii Empirical Basis to Services Task Force. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 165-190.
- Chorpita, B. F., Taylor, A. A., Francis, S. E., Moffitt, C., & Austin, A. A. (2004). Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. *Behavior Therapy*, 35, 263-287.
- Compas, H., Malcame, T. & Fondacaro, R. (2007). *Separation conflict as a component of severe gender identity confusion in schoolage boys*. Doctoral dissertation, Adelphi University.
- Crick, N. R, & Dudge, G. (2010). Children's perceptions of the outcomes of aggressive strategies: Do the ends justify being mean. *Developmental Psychology*, 29: 612-620.
- Ebesutani, C. K., Helmi, K., Fierstein, M., Taghizadeh, M. E., & Chorpita, B. F. (2016). A pilot study of modular cognitive-behavioral therapy and cognitive-behavioral hypnotherapy for treating anxiety in iranian girls. *International Journal of Cognitive Therapy*, 9(1), 13-37.