

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز

سال چهارم شماره ۱۵ پاییز ۱۳۸۸

مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی در اختلال اضطراب اجتماعی

دکتر حسین داداش‌زاده - استادیار و عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی تبریز - گروه روانپزشکی
(نویسنده مسئول)

دکتر رخساره یزداندوست - استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر بنفشه غرابی - استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر علی اصغر اصغرنژاد - استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

چکیده

هدف از این پژوهش مقایسه‌ی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی در کاهش شدت علائم اختلال اضطراب اجتماعی و بررسی تأثیر این دو روش درمانی در کاهش میزان اضطراب کلی و افسردگی همراه این اختلال می‌باشد. در قالب یک طرح تجربی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، آزمودنی‌های پژوهش شامل ۲۴ نفر دانشجوی دوره‌ی کارشناسی رشته‌های مختلف دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران بودند که تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی داشتند و ابتدا به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به روش تصادفی به سه گروه ۸ نفری (درمان شناختی - رفتاری گروهی، مواجهه درمانی، و گروه کنترل لیست انتظار)

اختصاص داده شدند. درمان شناختی- رفتاری گروهی و مواجهه درمانی به مدت ۱۲ جلسه و مطابق کتابچه‌ی راهنمای استاندارد برای آزمودنی‌ها اجرا شد و گروه لیست انتظار هیچ نوع درمان دریافت نکردند. داده‌های پژوهش با استفاده از پرسشنامه‌ی فوبی اجتماعی (SPIN)، پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI)، و پرسشنامه‌ی افسردگی بک- نسخه‌ی ۲ (BDI-II) جمع‌آوری شدند و برای تحلیل داده‌ها از فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار و تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی از لحاظ اثر بخشی بر کاهش شدت اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معنی‌داری با مواجهه درمانی ندارد ($P=0/84$). همچنین نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری گروهی و مواجهه درمانی، هر دو در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار به طور معنی‌داری منجر به کاهش میزان اضطراب کلی در اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند ($P=0/02$). معلوم شد این دو روش درمانی میزان افسردگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار کاهش می‌دهند (به ترتیب $P=0/01$ و $P=0/13$)، اما در مقایسه با همدیگر تفاوت معنی‌داری ندارند ($P=0/84$). درمان شناختی- رفتاری گروهی و مواجهه درمانی از لحاظ اثربخشی کلی در اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معنی‌داری با هم ندارند، و در اثر این دو درمان از میزان اضطراب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی کاسته می‌شود.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب اجتماعی، درمان شناختی- رفتاری گروهی، مواجهه درمانی، اضطراب کلی، افسردگی.

هم چنانکه در نسخه‌ی تجدید نظر شده‌ی چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۱ (DSM-IV-TR) آمده است، اختلال اضطراب اجتماعی شامل ترس از آن دسته از موقعیت‌های اجتماعی است که در آن‌ها نوعی مورد مذاقه^۲ قرار گرفتن و یا تماس^۳ با غریبه‌ها مطرح می‌باشد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌ترسند که در موقعیت‌های اجتماعی مانند بودن در جمع افراد، سخنرانی کردن در حضور دیگران و ملاقات افراد جدید، دچار شرمساری^۴ و خجالت‌زدگی شوند. آن‌ها ممکن است ترس‌های خاصی در مورد فعالیت‌هایی از جمله نوشتن، غذا خوردن و صحبت کردن در حضور دیگران داشته باشند، یا ممکن است نوعی ترس مبهم و غیراختصاصی در مورد شرمسار شدن خود داشته باشند (سادوک^۵ و سادوک، ۲۰۰۷).

فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً سعی می‌کند از موقعیت‌هایی که در آن‌ها ممکن است مورد ارزیابی دیگران قرار گیرد و نشانه‌های اضطراب در او ظاهر شود و یا به طریقی رفتار کند که خجالت زده شود، اجتناب کند (دیویسون^۶، نیل^۷، و کرینگ^۸، ۲۰۰۴). ترس‌های مربوط به تعریق شدید و سرخ شدن چهره نیز از جمله علایمی هستند که در این افراد زیاد دیده می‌شود. در واقع هر نوع فعالیتی که در حضور دیگران انجام می‌گیرد، می‌تواند اضطراب شدید و یا حتی یک حمله‌ی کامل وحشت‌زدگی^۹ در فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به وجود آورد (دیویسون و دیگران، ۲۰۰۴).

DSM-IV-TR یک مشخصه‌ی اختصاصی نیز برای اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته است. مطابق این راهنما افرادی که از بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی می‌ترسند، گفته می‌شود که مبتلا به نوع منتشر^{۱۰} اختلال اضطراب اجتماعی هستند

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Fourth Edition- Text Revision
3- contact
5- Sadock
7- Neale
9- panic attack

2- scrutiny
4- embarrassment
6- Davison
8- Kring
10- generalized

(انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

کسلر^۱، مک گوناگل^۲، ساو^۳، نلسون^۴ و هیوز^۵ (۱۹۹۴) در یک بررسی همه‌گیری‌شناسی دریافتند که شیوع ۱۲ ماهه برابر با ۷/۹ درصد و شیوع تمام عمر^۶ برابر با ۱۳/۳ درصد در آمریکا می‌باشد. این یافته‌ها نشان می‌دهند که اختلال اضطراب اجتماعی بعد از افسردگی اساسی (۱۷ درصد) و وابستگی به الکل (۱۴ درصد)، سومین اختلال شایع روانی در امریکا است.

اختلال اضطراب اجتماعی علاوه بر میزان شیوع بالایی که دارد (کسلر، و دیگران، ۱۹۹۴؛ کسلر، مک گوناگل و ساو، ۲۰۰۵)، اغلب در اوایل دوران جوانی شروع شده و به طور قابل ملاحظه‌ای در شکل‌گیری طبیعی مهارت‌های سازگاری مداخله کرده و منجر به اختلال در مکانیسم‌های مقابله‌ای^۷ می‌شود (بالنجر^۸، دیویدسون^۹، ولکروبیور^{۱۰}، ۱۹۹۸). همبودی با اضطراب و افسردگی یکی دیگر از مشکلاتی است که در مبتلایان به اضطراب اجتماعی دیده می‌شود. اختلال اضطراب اجتماعی در ۷۰ تا ۸۰ درصد موارد با دیگر مشکلات روانپزشکی هم‌بندی دارد (موننگمری، ۱۹۹۹) و در این میان افسردگی و سایر اختلال‌های اضطرابی بیشترین هم‌بندی را با این اختلال دارند (کسلر، استنگ^{۱۱}، ویتچن^{۱۲}، استاین^{۱۳}، و والترز^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ براون^{۱۵}، کمپبل^{۱۶}، لحن^{۱۷}، گریشام^{۱۸}، و منسیل^{۱۹}، ۲۰۰۱). از طرفی اگر مداخلات درمانی صورت نگیرد، این اختلال به دوره‌ی طولانی از ناتوانی منجر شده و فرد مبتلا مشکلات زیادی را در حوزه‌ی

1- Kessler

3- Zhao

5- Hughes

7- coping mechanisms

9- Davidson

11- Stang

13- Stein

15- Brown

17- Lehman

19- Mancill

2- Mc Gonagle

4- Nelson

6- lifetime prevalence

8- Ballenger

10- Lecrubier

12- Wittchen

14- Walters

16- Campbell

18- Grisham

کارکرد شخصی و اجتماعی خود متحمل می‌شود (ریچ^۱ و هافمن^۲، ۲۰۰۴؛ مونتگمری^۳، ۱۹۹۹).

در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، هم از درمان‌های دارویی و هم از درمان‌های روانشناختی استفاده می‌شود. هر چند مطالعات چندی در رابطه با تعیین برتری یکی از این‌ها نسبت به دیگری انجام گرفته، اما هنوز یافته‌های باثباتی که بتواند نشان دهد کدام روش بر دیگری برتری دارد وجود نداشته و در نتیجه هنوز اتفاق نظر کافی در بین صاحب‌نظران وجود ندارد (تورک، هیمبرگ، و هوپ، ۲۰۰۱؛ رووا^۴ و آنتونی^۵، ۲۰۰۵). درمان‌های شناختی - رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی مبتنی بر مدل‌های مختلف شناختی در سبب‌شناسی این اختلال هستند و دو تکنیک مواجهه و بازسازی شناختی بیش از سایر روش‌ها از سوی صاحب‌نظران مورد تأکید قرار می‌گیرند (لی‌هی^۶، ۲۰۰۰؛ تورک، هیمبرگ، و هوپ، ۲۰۰۱؛ کروزیئر^۷ و آلدن^۸، ۲۰۰۵؛ رووا و آنتونی، ۲۰۰۵). مواجهه و بازسازی شناختی هر کدام به تنهایی نیز در درمان اختلال اضطراب اجتماعی به کار می‌روند، اما با توجه به این که ترس از ارزیابی منفی^۹ به عنوان یک جزء شناختی^{۱۰} مهم در اختلال پاسخ خوبی به درمان با بازسازی شناختی می‌دهد، انتظار می‌رود که ترکیب این دو روش نتایج بهتری منجر شود (تیلور^{۱۱}، ۱۹۹۶؛ جاستر^{۱۲} و هیمبرگ، ۱۹۹۵؛ تورک، هیمبرگ و هوپ، ۲۰۰۱).

در کشورهای غربی طرح‌های پژوهشی وسیعی در مورد اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی صورت گرفته است. اما از آن‌جا که اغلب این پژوهش‌ها درمان شناختی - رفتاری انفرادی را مورد بررسی قرار داده‌اند، و با توجه

1- Rich	2- Hofmann
3- Montgomery	4- Rowa
5- Antony	6- Leahy
7- Crozier	8- Alden
9- negative evaluation	10- cognitive component
11- Taylor	12- Juster

به این که اختلال اضطراب اجتماعی مؤلفه‌ی اجتماعی مهمی دارد، بهتر است موارد بیشتری از کاربرد درمان شناختی - رفتاری به صورت گروهی در مورد این اختلال مورد بررسی قرار گیرد. در ایران پژوهشی که بخواهد اثربخشی این دو نوع درمان یعنی درمان شناختی - رفتاری گروهی، و مواجهه‌درمانی را در اختلال اضطراب اجتماعی و نیز اثر آن‌ها را در کاهش میزان اضطراب کلی و افسردگی افراد مبتلا به این اختلال را بررسی نماید، یافت نشد.

در پژوهش حاضر سعی بر این است که اولاً درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه‌درمانی از لحاظ اثربخشی بر کاهش شدت اختلال اضطراب اجتماعی، با هم مقایسه شوند، و ثانیاً این مسأله مورد بررسی قرار گیرد که آیا به دنبال درمان شناختی - رفتاری و مواجهه‌درمانی تغییراتی در میزان اضطراب کلی و افسردگی همراه با این اختلال به وجود می‌آید یا نه.

روش

جامعه و نمونه‌ی آماری

جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تشکیل می‌دهند که در زمان انجام پژوهش در مقطع کارشناسی رشته‌های مختلف دانشگاه علوم پزشکی ایران تحصیل می‌کردند.

نمونه‌ی پژوهش متشکل از دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مقطع کارشناسی دانشگاه مذکور است که ابتدا دانشکده‌ی آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و سپس دانشجویان دانشکده‌ی انتخاب شده با استفاده از پرسشنامه‌ی فوبی اجتماعی¹ (SPIN) مورد غربالگری قرار گرفتند و سپس از میان دانشجویان دارای اختلال اضطراب اجتماعی تعداد ۲۷ نفر مطابق ملاک‌های شمول

1- Social Phobia Inventory (SPIN)

انتخاب و به روش کاملاً تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار داده شدند (گروه درمان شناختی- رفتاری گروهی، گروه مواجهه درمانی، و گروه کنترل لیست انتظار).

در پایان مطالعه، هر کدام از گروه‌های مورد مطالعه ۸ نفر آزمودنی داشت. جزئیات فرآیند انتخاب نمونه و ابزارهای مورد استفاده جهت انتخاب نمونه بدین قرار بود.

پژوهشگر ابتدا با استفاده از پرسشنامه فوبی اجتماعی (SPIN) دانشجویانی را که بیشتر احتمال داشت مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی باشند مشخص کرد، سپس تعداد ۲۷ نفر از هر دو جنس و با استفاده از فرم تعدیل شده‌ی مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته مبتنی بر SCID و نیز با توجه به ملاک‌های شمول^۱ و حذف^۲ که ذیلاً توضیح داده می‌شوند، انتخاب شدند، و به روش کاملاً تصادفی در سه گروه ۹ نفره آزمایشی و کنترل قرار داده شدند.

ملاک‌های شمول در انتخاب آزمودنی‌های هر سه گروه آزمایشی و کنترل

- داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی (فوبی اجتماعی) بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR؛
- تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی بایستی تشخیص اصلی و اولیه‌ی آنان بوده و نه ثانوی بر یک اختلال دیگر بوده باشد؛
- داشتن سن حداقل ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال.

ملاک‌های عدم شمول

- مبتلا بودن به یکی از اختلال‌های سایکوتیک، اختلال دوقطبی و اختلال تجزیه‌ای؛
- ابتلا به هر نوع بیماری طبی شدید که مانع از ادامه درمان شود؛
- نمره‌ی بالاتر از ۲۹ در پرسشنامه‌ی افسردگی بک؛

1- inclusion

2- exclusion

- مبتلا بودن به سوء مصرف مواد؛
- مبتلا بودن به اختلال‌های اضطرابی ناشی از شرایط طبی عمومی.

ابزارهای اندازه‌گیری

مصاحبه‌ی بالینی ساخت یافته بر اساس ملاک‌های تشخیصی **DSM-IV-TR**: این ابزار براساس ملاک‌های تشخیصی **DSM-IV-TR** برای اختلال اضطراب اجتماعی که خود مبتنی بر **SCID** می‌باشد، توسط محقق تهیه شده است.

در سال ۱۹۹۰، **SCID** به عنوان ابزاری برای تشخیص‌های **DSM-III-R** تدوین شد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵). از نسخه‌ی بالینی **SCID-I**، **SCID-CV** برای استاندارد کردن فرآیند سنجش در موقعیت بالینی استفاده می‌شود. این ابزار تنها شامل تشخیص‌هایی از **DSM-IV** است که در کار بالینی مشاهده می‌شود و شامل خرده‌گروه‌ها و اختلالات نمی‌شود. نسخه بالینی و پژوهشی **SCID** به وسیله‌ی فرست^۱، اسپیترا^۲ و گیبون^۳ در سال ۱۹۹۷ برای تشخیص‌های **DSM-IV** تدوین شد (سادوک و سادوک، ۲۰۰۵).

با توجه به اینکه **SCID-CV** یک ابزار کاملاً ساخت یافته نیست و قضاوت بالینی در آن نقش مهمی دارد، پایایی آن بستگی به شرایط انجام آن دارد (فرست، اسپیترا و گیبون، ۱۹۹۷؛ به نقل از بختیاری، ۱۳۷۹). شریفی و همکاران (۱۳۸۳)، در تحقیقی بر روی ۲۹۹ نفر آزمودنی ۱۸ تا ۶۵ ساله توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کل نسخه فارسی **SCID** را متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶) یافتند. توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بود و اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای نسخه‌ی فارسی **SCID** را مطلوب گزارش کردند.

1- First
3- Gibbon

2- Spiter

در پژوهش بختیاری (۱۳۷۹) روایی این ابزار به وسیله متخصصین روانشناسی بالینی بررسی و تأیید شد و با استفاده از روش بازآزمایی^۱ با فاصله‌ی یک هفته پایایی^۲ آن برابر با ۰/۹۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر از فرم تعدیل شده‌ی این مصاحبه به منظور تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی استفاده شده است.

پرسشنامه‌ی فوبیای اجتماعی^۳ (SPIN): این مقیاس نخستین بار توسط کانور^۴، دیویدسون، چرچیل^۵، شرود^۶، و فوآ (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی فوبی اجتماعی یا همان اختلال اضطراب اجتماعی تهیه گردید.

این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی^۷ ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) می‌باشد. SPIN با دارا بودن ویژگی‌های با ثبات روانسنجی می‌تواند به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش شدت علائم اختلال اضطراب اجتماعی به کار رود و با توجه به این که نسبت به کاهش علائم در طی زمان حساس است، می‌تواند به عنوان یک ابزار غربالگری و نیز برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال اضطراب اجتماعی و یا تمیز دادن درمان‌های با کارایی متفاوت به کار گرفته شود (کانور و دیگران، ۲۰۰۰). کانور و دیگران (۲۰۰۰) پایایی به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را برابر ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹، همسانی درونی یا ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار را برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، برای اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیک برابر ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. روایی همگرا^۸ برای کل مقیاس در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با نمرات مقیاس فوبیای اجتماعی فرم کوتاه^۹ (BSPS)، دیویدسون^{۱۰} و دیگران (۱۹۹۷)،

1- test-retest

3- Social Phobia Inventory (SPIN)

5- Churchill

7- self-rating

9- Brief Social Phobia Scale (BSPS)

2- reliability

4- Connor

6- Sherwood

8- convergent validity

10- Davidson

به نقل از کانور و دیگران، (۲۰۰۰) ضرایب همبستگی ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ به دست آمده که ضرایب همبستگی معنادار و بالایی بوده و نشان دهنده‌ی روایی همگرایی بالای این پرسشنامه است. همچنین روایی سازه^۱ در مقایسه‌ی نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و آزمودنی‌های گروه افراد بهنجار بدون تشخیص اختلال روانی بررسی شده که تفاوت معناداری با هم نشان داده‌اند و این حاکی از روایی سازه‌ی بالای این پرسشنامه می‌باشد (کانور و دیگران، ۲۰۰۰).

در پرسشنامه‌ی SPIN، نقطه‌ی برش^۲ ۱۹ با کارایی یا دقت تشخیصی ۷۹٪ افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون این اختلال را از هم تشخیص می‌دهد. نقطه‌ی برش ۱۵ با کارایی ۷۸٪ و نقطه‌ی برش ۱۶ با کارایی ۸۰٪ آزمودنی‌های با تشخیص فوبی اجتماعی را از گروه کنترل غیر روانپزشکی یا افراد روانپزشکی غیرفوبی اجتماعی تمیز می‌دهد (دیویدسون و دیگران، ۱۹۹۷؛ به نقل از کانور و دیگران، ۲۰۰۰). عبدی (۱۳۸۲) همسانی درونی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و پایایی به روش بازآزمایی را ۰/۸۳ گزارش کرده است. همچنین در پژوهش عبدی، اعتبار محتوایی این پرسشنامه توسط سه نفر از اساتید روانشناسی تایید شده است.

5- پرسشنامه‌ی اضطراب بک^۳ (BAI)

پرسشنامه‌ی اضطراب بک از ۲۱ ماده تشکیل شده است و شدت اضطراب نوجوانان و بزرگسالان را می‌سنجد. این مقیاس توسط بک، براون^۴، اپستین^۵، و استیر^۶ (۱۹۸۸) جهت بررسی و ارزیابی شدت علائم اضطراب تهیه شده و هر یک از ماده‌های این مقیاس یکی از علائم شایع اضطراب (علائم ذهنی، علائم بدنی و هراس) را مورد بررسی قرار می‌دهد. این مقیاس بر اساس ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره آن ۶۳ می‌باشد که نشان‌دهنده‌ی اضطراب شدید است. چنان‌که آزمودنی در یک ماده بیش از

1- construct validity

3- Beck Anxiety Inventory (BAI)

5- Epstein

2- cut-off point

4- Brown

6- Steer

یک گزینه را انتخاب کرده باشد، نمره‌ی گزینه‌ی بالاتر به او تعلق می‌گیرد. نمره‌ی ۷-۱ نشان‌دهنده‌ی فقدان اضطراب یا اضطراب عادی، ۱۵-۸ نشان‌دهنده‌ی اضطراب خفیف، ۲۵-۱۶ نشان‌دهنده‌ی اضطراب متوسط و ۶۳-۲۶ نشان‌دهنده‌ی اضطراب شدید می‌باشد. بک و دیگران (۱۹۸۸) همسانی درونی آن را ۰/۹۲ و پایایی به روش بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته را برابر ۰/۷۵ و همبستگی BAI را با مقیاس درجه‌بندی افسردگی هامیلتون (HRSD)^۱ و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون (HARS)^۲ به ترتیب ۰/۲۵ و ۰/۵۱ گزارش کرده‌اند.

پایایی این مقیاس در ایران نیز از طریق بازآزمایی توسط بخشانی (۱۳۷۲) برابر با ۰/۷۰ گزارش شده است.

پرسشنامه‌ی افسردگی بک - نسخه ۲ (BDI-II)^۳: پرسشنامه‌ی افسردگی بک به عنوان یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شناخت‌های وابسته به افسردگی به شکل وسیعی به کار گرفته شده است. بیست و یک عبارت موجود در این پرسشنامه از مشاهده‌ی نگرش‌ها و نشانه‌های نوعی بیماران افسرده به دست آمده است (بک، وارد^۴، مندلسون^۵، ماک^۶، و ارباف^۷، ۱۹۶۱؛ به نقل از گراث مارنات^۸، ۱۳۷۹). نسخه‌ی بازنگری شده این پرسشنامه (BDI-II) در مقایسه با نسخه‌ی اول، بیشتر با نظام DSM-IV همخوان است و تمام عناصر افسردگی براساس نظریه‌شناختی را نیز پوشش می‌دهد (استیر، کلارک، بک و رانییر^۹، ۱۹۹۹). بررسی بک، استیر و گاربین (۱۹۹۸)، به نقل از غرایبی (۱۳۸۲) نشان داد که نسخه‌ی دوم نیز همانند نسخه‌ی اول وجود و شدت علائم افسردگی را در بیماران و جمعیت بهنجار نشان می‌دهد. آن‌ها ضریب همسانی درونی این نسخه (BDI-II) را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا را برای بیماران،

1- Steer

3- Beck Depression Inventory – II (BDI-II)

5- Mendelson

7- Erbaugh

9- Ranier

2- Hamilton Rating Scale for Depression

(HRSD)

4- Ward

6- Mock

8- Groth - Marnat

۰/۸۶ و برای افراد غیربیمار، ۰/۸۱ گزارش کردند. فتی (۱۳۸۲) با اجرای این پرسشنامه بر روی یک نمونه ۹۴ نفری ایرانی، ضریب آلفا را ۰/۹۱ گزارش کرده است. غرابی (۱۳۸۲) با اجرای آن بر روی ۳۰ دانش‌آموز دختر و پسر با فاصله‌ی دو هفته ضریب پایایی آن را ۰/۸۱ گزارش نموده است.

برای افراد در «گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی» که ۹ نفر بودند، درمان شناختی - رفتاری گروهی همیبرگ به‌طور یک روز در هفته و به‌مدت دو ساعت در هر جلسه و کلاً ۱۲ جلسه (تورک، همیبرگ و هوپ، ۲۰۰۱) توسط پژوهشگر اجرا شد. درمان شناختی - رفتاری گروهی کاملاً براساس کتابچه‌ی راهنمای درمان که با اقتباس از درمان شناختی - رفتاری گروهی همیبرگ (تورک، همیبرگ و هوپ، ۲۰۰۱) نوشته شده است، اجرا شد. برای افراد «گروه مواجهه درمانی به تنهایی» درمان به‌صورت گروهی و به‌طور یک روز در هفته و به مدت دو ساعت در هر جلسه و کلاً ۱۲ جلسه، مطابق کتابچه‌ی راهنمای درمان (لی هی و هالند، ۲۰۰۰) که قبلاً تهیه شده بود، توسط پژوهشگر اجرا شد.

با اقتباس از کارهای انجام گرفته‌ی قبلی (تورک، همیبرگ و هوپ، ۲۰۰۱)، در فرایند درمان تا دو جلسه غیبت برای آزمودنی‌ها مجاز شمرده می‌شد و با ۳ جلسه غیبت، آزمودنی می‌بایستی از مطالعه حذف می‌شد.

بعد از این که دوازده جلسه‌ی درمان شناختی - رفتاری گروهی و نیز مواجهه درمانی به انجام رسید، مجدداً تمام آزمودنی‌های پژوهش (افراد گروه‌های آزمایشی و گروه کنترل) از نظر متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفتند. به این ترتیب پرسشنامه‌های مربوطه، به عنوان پس آزمون^۱ در مورد تمام آزمودنی‌ها که در انتهای مداخله‌ی درمانی ۸ نفر در هر گروه بودند، اجرا شد و داده‌های به دست آمده از پیش آزمون و پس آزمون آماده‌ی تحلیل آماری شدند.

1- posttest

برای تجزیه و تحلیل اطلاعات دموگرافیک آزمودنی‌ها از روش‌های پارامتریک آمار توصیفی، و برای تجزیه و تحلیل تفاوت گروه‌های مورد مطالعه در جهت تأیید یا رد فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس^۱ (ANCOVA) استفاده شد.

هر چند آزمودنی‌ها به شیوه‌ی کاملاً تصادفی به گروه‌های مورد مطالعه اختصاص داده شده بودند، با این حال جهت اطمینان بیشتر و برای کنترل آماری متغیرهای بیگانه و حذف پراش^۲ اصل از آن‌ها (هومن، ۱۳۸۵)، استفاده از تحلیل کوواریانس مناسب تشخیص داده شد.

تحلیل داده‌های پژوهش با نرم‌افزار برنامه‌ی آماری SPSS انجام گرفت. برای زدودن پراش^۳ مزاحم از روی متغیرهای وابسته و نیز برای افزایش دقت تحلیل، ابتدا تحلیل کوواریانس بر روی داده‌های مربوط به پیش‌آزمون گروه‌های مورد مقایسه انجام گرفت و سپس مقایسه‌های لازم، بر روی مقادیر تعدیل شده‌ی مربوط به پیش‌آزمون اجرا شد. فیشر^۴ (۱۹۴۸؛ به نقل از هومن، ۱۳۸۵) معتقد است که استفاده کردن از تحلیل کوواریانس (ANCOVA) منجر به کاهش واریانس خطا و افزایش توان آزمون‌های آماری می‌شود.

یافته‌ها

همه‌ی آزمودنی‌ها دامنه‌ی سنی و تحصیلات مشابهی داشتند و در زمان انجام پژوهش در مقطع کارشناسی رشته‌های بهداشت دانشکده‌ی بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران تحصیل می‌کردند. در انتهای پژوهش، آزمودنی‌ها از نظر زیر گروه‌های تشخیصی شامل ۹ نفر از نوع منتشر و ۱۵ نفر از نوع غیرمنتشر بودند و توزیع آن‌ها در سه گروه مورد مطالعه وضعیت نسبتاً مشابهی داشت، از نظر وجود تشخیص‌های توأم، با توجه به اعمال ملاک‌های شمول و عدم شمول در انتخاب آزمودنی‌ها هیچ‌کدام از آن‌ها اختلال توأم در

1- analysis of covariance (ANCOVA)
3- variation

2- variation
4- Fisher

محور یک نداشتند و در محور دو فقط یک نفر از آن‌ها اختلال شخصیت اجتنابی نیز داشت که به طور تصادفی در گروه کنترل لیست انتظار قرار گرفته بود.

توصیف آماری خصوصیات دموگرافیک آزمودنی‌ها در جداول ۱ و ۲ آمده است.

جدول شماره (۱) فراوانی و درصد جنسیت افراد مورد مطالعه

گروه‌ها	جنسیت	مرد فراوانی (درصد)	زن فراوانی (درصد)
درمان شناختی - رفتاری گروهی		۴ (۵۰)	۴ (۵۰)
مواجهه درمانی		۵ (۶۲/۵)	۳ (۳۷/۵)
گروه کنترل لیست انتظار		۵ (۶۲/۵)	۳ (۳۷/۵)

جدول شماره (۲) میانگین و انحراف معیار سن در سه گروه آزمودنی‌های مورد مطالعه

گروه‌ها	سن	SD	\bar{X}
درمان شناختی = رفتاری گروهی		۲	۲۲/۵
مواجهه درمانی		۰/۵۱	۲۱/۶۲
گروه کنترل لیست انتظار		۱/۶۴	۲۲/۸۷
کل		۱/۵۱	۲۲/۳۳

از آنجا که در پژوهش حاضر از تحلیل کوواریانس استفاده شده است، برای مقایسه‌های دو تایی نیز به جای آزمون t از تحلیل کوواریانس استفاده شد. همچنین مقایسه‌های دوگروهی مربوط به تحلیل‌های تعقیبی^۱، با تحلیل کوواریانس انجام شد و برای کاهش احتمال ارتکاب به خطای نوع اول از اصلاح بون فرون^۲ برای آلفا استفاده شد (استیونس^۳، ۲۰۰۳؛ سرمد، ۱۳۸۴).

1- post hoc
3- Stevens

2- bonferroni correction

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های سه گروه مورد مطالعه را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابزارهای اندازه‌گیری نشان می‌دهد.

جدول شماره (۳) میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس	گروه‌ها درمان شناختی-رفتاری گروهی		مواجهه درمانی		کنترل	
	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	\bar{X}
SPIN	۸/۳۹	۳۶/۲۵	۱۳/۸۰	۳۵/۲۵	۱۰/۴۴	۳۵
	۶/۹۲	۱۸/۶۲	۱۲/۲۰	۱۷/۲۵	۱۱/۰۸	۳۳/۶۲
BAI	۷/۸۱	۱۷	۹/۴۸	۱۹/۵	۱۱/۲۳	۱۶/۶۲
	۴/۳۲	۱۰/۱۲	۸/۵۶	۱۰/۲۵	۱۱/۱۲	۱۷/۱۲
BDI-2	۶/۷۳	۱۵/۷۵	۸/۱۴	۱۷/۵	۸/۴۳	۱۷
	۲/۱۹	۹/۶۲	۹/۰۱	۱۱/۱۲	۶/۳۲	۱۷

SPIN، پرسشنامه‌ی فوبی اجتماعی؛ BAI، پرسشنامه‌ی اضطراب بک؛ BDI-2، پرسشنامه‌ی افسردگی بک - نسخه‌ی ۲

در ارتباط با این فرضیه که مواجهه درمانی از لحاظ اثر بخشی بر کاهش شدت اختلال اضطراب اجتماعی، تفاوت معنی‌داری با درمان شناختی - رفتاری گروهی ندارد، نتایج نشان داد که این دو روش درمانی تفاوت معنی‌داری باهم ندارند (جدول ۳).

جدول شماره (۴) تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی فوبی اجتماعی در دو گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عامل بین‌گروهی (group)*	۲/۳۵	۱	۲/۳۵	۰/۰۴۳	۰/۸۴

* در تحلیل کوواریانس، اثر عامل بین‌گروهی یا همان Between-subject effects را با group نشان می‌دهند.

نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی SPIN نشان می‌دهد که بین نمرات پس‌آزمون این پرسشنامه در دو گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۴) و لذا فرضیه‌ی اول پژوهش تأیید می‌شود.

از آن‌جا که پرسشنامه‌ی SPIN شدت اختلال اضطراب اجتماعی را می‌سنجد (کانور و دیگران، ۲۰۰۰)، مطابق این قسمت از یافته‌های پژوهش می‌توان گفت که از نظر اثربخشی درمان بر کاهش شدت اختلال اضطراب اجتماعی، مواجهه درمانی تفاوت معنی‌داری با درمان شناختی - رفتاری گروهی ندارد.

در ارتباط با این فرضیه که درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار منجر به کاهش اضطراب کلی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند، نتایج نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون پرسشنامه‌ی BAI در سه گروه از آزمودنی‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۵).

جدول شماره (۵) تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی اضطراب بک در سه گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی، مواجهه درمانی، و کنترل لیست انتظار، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عامل بین‌گروهی (group)	۳۶۴/۱۰	۲	۱۸۲/۰۵	۹/۰۵	۰/۰۰۲

بدنبال این تحلیل، دو مقایسه دو گروهی براساس فرضیه دوم صورت گرفته که در جدول‌های ۶ و ۷ آمده است.

جدول شماره (۶) تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی اضطراب بک در دو گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی و کنترل لیست انتظار، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عامل بین‌گروهی (group)	۲۱۲/۹	۱	۲۱۲/۹	۱۵/۸۸	۰/۰۰۲

نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی BAI نشان می‌دهد که بین نمره‌های

پس‌آزمون این پرسشنامه در دو گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی و کنترل لیست انتظار تفاوت معنی‌داری در سطح $P=0/002$ وجود دارد (جدول ۶) و لذا قسمت اول فرضیه‌ی دوم تأیید می‌شود.

جدول شماره (۷) تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی اضطراب بک در دو گروه مواجهه درمانی و کنترل لیست انتظار، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عامل بین‌گروهی (group)	۳۴۱/۱۲	۱	۳۴۱/۱۲	۱۶/۳۱	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی BAI نشان می‌دهد که بین نمره‌های پس‌آزمون این پرسشنامه در دو گروه مواجهه‌درمانی و کنترل لیست انتظار تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۷) و لذا قسمت دوم فرضیه‌ی دوم نیز در سطح معنی‌داری $P=0/001$ تأیید می‌شود.

در ارتباط با این فرضیه که درمان شناختی - رفتاری گروهی در مقایسه با مواجهه‌درمانی و گروه کنترل لیست انتظار، منجر به کاهش افسردگی در اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود، نتایج نشان داد که بین نمرات پس‌آزمون پرسشنامه‌ی BDI-II در سه گروه از آزمودنی‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد (جدول ۸).

جدول شماره (۸) تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی افسردگی بک در سه گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی، مواجهه درمانی، و کنترل لیست انتظار، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عامل بین‌گروهی (group)	۲۱۸/۷۵	۲	۱۰۹/۲۷	۵/۳۸	۰/۰۱

برای مشخص کردن این که تفاوت معنی‌دار بین کدام یک از گروه‌ها وجود دارد، مقایسه‌های دو تایی بین گروه‌های مورد مطالعه انجام گرفت و برای کاهش احتمال

ارتکاب به خطای نوع اول در مقایسه‌های دو گروهی از اصلاح بون فرونی استفاده شد. نتایج این تحلیل‌ها در جدول‌های ۹، ۱۰ و ۱۱ آمده است.

جدول شماره (۹) تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی افسردگی بک در دو گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عامل بین‌گروهی (group)	۱/۲۵	۱	۰/۰۴۳	۰/۸۴

نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی BDI-II نشان داد که بین نمره‌های پس‌آزمون این پرسشنامه در دو گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۹). بر اساس این یافته می‌توان گفت این دو روش درمانی به یک اندازه منجر به کاهش میزان افسردگی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌گردند.

جدول شماره (۱۰) تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی افسردگی بک در دو گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی و کنترل لیست انتظار، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عامل بین‌گروهی (group)	۱۸۲/۸۰	۱	۱۷/۸۹	۰/۰۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی BDI-II نشان داد که بین نمره‌های پس‌آزمون این پرسشنامه در دو گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی و کنترل لیست انتظار تفاوت معنی‌داری در سطح $P=0/001$ وجود دارد (جدول ۱۰).

جدول شماره (۱۱) تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی افسردگی بک در دو گروه مواجهه درمانی و کنترل لیست انتظار، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
عامل بین‌گروهی (group)	۱۵۷/۱۰	۱	۸/۱۹	۰/۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس نمرات پرسشنامه‌ی BDI-II، نشان داد که پس از اصلاح بون فرونی ($F(3,17) = 0.5\%$)، بین نمره‌های پس‌زمون این پرسشنامه در دو گروه مواجهه درمانی و کنترل لیست انتظار تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P = 0.01$; جدول ۱۱). این یافته نشان می‌دهد که مواجهه درمانی در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار به طور معنی‌داری منجر به کاهش میزان افسردگی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

میانگین و انحراف معیار نمرات گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای وابسته در جدول ۳ آمده است. با ملاحظه‌ی این جدول می‌توان تصویر نسبتاً روشنی از وضعیت گروه‌ها در قبل و بعد از مداخله‌ی درمانی به دست آورد.

یکی از فرضیه‌های پژوهش حاضر مبین این بود که مواجهه درمانی از لحاظ اثر بخشی بر کاهش شدت اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت معنی‌داری با درمان شناختی - رفتاری گروهی ندارد. نتایج تحلیل آماری صحت این فرضیه را تأیید کرد و تفاوت بین دو گروه مورد مقایسه معنی‌دار نبود ($P = 0.84$; جدول ۴).

هر چند احتمال این که پژوهش حاضر نتوانسته باشد تفاوت معنی‌دار ممکن بین اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی را نشان بدهد، برابر با صفر نیست، اما پژوهش‌های انجام گرفته در رابطه با اثربخش بودن مواجهه درمانی نشان می‌دهند که این تکنیک درمانی به خودی خود مداخله‌ی مؤثری در اختلال اضطراب اجتماعی است و به نظر می‌رسد که باید در درمان اختلال اضطراب اجتماعی جایگاه بهتری به مواجهه درمانی داده شود. در این رابطه هوگ^۱، بلام هوف^۲، هلستروم^۳، هولم^۴، و هامیل^۵ (۲۰۰۳) در یک مطالعه‌ی کنترل شده با ۳۲۸ بیمار اختلال اضطراب اجتماعی

1- Haug
2- Hellstrom
5- Humble

2- Blomhoff
4- Holme

اجتماعی و با یک سال پیگیری دریافتند که مواجهه درمانی به تنهایی بهتر از دارونما، سرتراپین، و ترکیب مواجهه با سرتراپین است.

پژوهش حاضر در این یافته که تفاوت معنی‌داری در اثر بخشی بین دو روش درمانی شناختی - رفتاری گروهی (CBGT) و مواجهه درمانی مشاهده نشد، مشابهت و همسویی بسیار زیادی با پژوهش هوپ، هیمبرگ و براچ^۱ (۱۹۹۵) دارد. این محققین در پژوهشی که با آزمودنی‌های مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و در سه گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی، مواجهه درمانی، و کنترل لیست انتظار انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ضمن این که دو گروه فعال درمان نسبت به گروه کنترل لیست انتظار به طور معنی‌دار و قابل ملاحظه‌ای بهبود پیدا کردند، تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی این دو روش درمان نبود. املکمپ و دیگران (۱۹۸۵) در پژوهشی با ۳۴ بیمار اختلال اضطراب اجتماعی به نتیجه‌ی مشابهی رسیدند و مضافاً این که در پژوهش آن‌ها مواجهه‌ی زنده در حیطه‌ی علامت جسمی تپش قلب اثربخشی بیشتری در مقایسه با درمان عقلانی - هیجانی^۲ داشت. البته املکمپ و همکاران در این پژوهش کلاً شش جلسه‌ی درمان از هر دو روش برای بیماران ارائه کردند و این تعداد جلسات برای اختلال اضطراب اجتماعی به ویژه اگر درمان از نوع شناختی باشد کافی نخواهد بود (تورک و دیگران، ۲۰۰۱).

از آن دسته از پژوهش‌ها که یافته‌ی اول پژوهش حاضر به سمت و سوی تأیید آن‌ها نرفت، می‌توان از پژوهش جاستر و هیمبرگ (۱۹۹۵) نام برد. جاستر و هیمبرگ (۱۹۹۵) در مطالعه‌ی مروری^۳ خودشان و با استناد به مدل‌های شناختی در مفهوم‌سازی اختلال اضطراب اجتماعی که عمدتاً به نقش هر دو جزء شناختی و رفتاری اختلال تأکید می‌کنند، به مؤثرتر بودن ترکیب دو تکنیک مواجهه و بازسازی شناختی معتقد هستند. البته قابل ذکر است که یافته‌ی پژوهش حاضر مغایرتی با نظرگاه کلی جاستر و

1- Bruch
3- review

2- rational-emotive therapy

هیمبرگ ندارد. زیرا این محققین گزارش کرده‌اند که هر چند در مطالعه مروری خود شان مزایای زیادی از لحاظ معنی‌داری بالینی^۱ برای ترکیب مواجهه و بازسازی شناختی یافته‌اند، اما هنوز در این رابطه که کدامیک از این دو جزء درمان اثر بیشتری دارد یا این که آیا واقعاً لازم است که این دو تکنیک در ادغام با همدیگر استفاده شوند یا نه، نظر قطعی نمی‌توان داد (جاستر و هیمبرگ، ۱۹۹۵؛ تیلور، ۱۹۹۶).

اهمیت درمان‌های مواجهه‌ای در اختلال‌های اضطرابی و به ویژه اختلال اضطراب اجتماعی به قدری زیاد است که به چالش گرفتن اثر مواجهه درمانی در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و یا به‌کاربردن تکنیک‌های شناختی صرف در این اختلال چندان منطقی به نظر نمی‌رسد. در پژوهش حاضر هدف اصلی به چالش گرفتن و یا زیر سؤال بردن اثرات درمان شناختی - رفتاری و یا مواجهه درمانی به تنهایی نبود. هدف این بود که ضرورت کاربرد پروتکل کامل درمان شناختی - رفتاری گروهی هیمبرگ در مقایسه با مواجهه درمانی به تنهایی بررسی شود. هر چند در پژوهش حاضر در میزان اثر بخشی این دو روش بر کاهش شدت اختلال تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($P=0/84$)، اما در مراجعه به جدول ۳ در بخش یافته‌ها ملاحظه می‌شود که آزمودنی‌های درمان شناختی - رفتاری گروهی در مقایسه با آزمودنی‌های گروه مواجهه درمانی به طور یکدست و همسان کاهش علائم نشان داده‌اند. همان‌طور که در این جدول نشان داده شده‌است، انحراف معیار نمرات SPIN در پس‌آزمون گروه اول برابر با $S=6/92$ و انحراف معیار گروه دوم برابر با $S=12/20$ می‌باشد. از طرفی قضاوت قطعی مبنی بر برابری این دو درمان احتیاج به یک مطالعه‌ی پیگیری نیز دارد که در این پژوهش انجام نگرفته است.

معنی و مفهوم این قسمت از یافته‌های پژوهش حاضر این است که اگر هدف از درمان صرفاً کاهش شدت اختلال اضطراب اجتماعی باشد، این دو روش درمان تفاوتی باهم ندارند. یکی دیگر از یافته‌های این پژوهش این است که درمان شناختی - رفتاری گروهی و

1- clinically significant

مواجهه درمانی، هردو در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار منجر به کاهش معنی‌دار میزان اضطراب کلی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند. اضطراب کلی در پژوهش حاضر با پرسشنامه‌ی اضطراب بک (BAI) سنجیده شده است. این یافته نیز همسو و هماهنگ با یافته‌های اتو^۱، پولاک^۲، گولد^۳، وورستون^۴، و مک آردل^۵ (۲۰۰۰)؛ هوپ، هیمبرگ و براچ (۱۹۹۵) و املکمپ و دیگران (۱۹۸۵) می‌باشد. محققین در پژوهش‌های یاد شده به این نتیجه رسیدند که هر دوی درمان شناختی - رفتاری استاندارد و مواجهه درمانی به تنهایی منجر به کاهش اضطراب کلی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند.

یافته‌ی مربوط به میزان افسردگی که در فرضیه‌ی سوم پژوهش مطرح شده نشان می‌دهد که مواجهه درمانی در اختلال اضطراب اجتماعی در این حیطه نیز با درمان شناختی - رفتاری گروهی برابری می‌کند. یعنی درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی، هر دو در مقایسه با گروه کنترل لیست انتظار به طور معنی‌داری منجر به کاهش میزان افسردگی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی شدند، اما در مقایسه با همدیگر تفاوت معنی‌داری نداشتند (جدول ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱). کلاً این قسمت از یافته‌های پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش اسکولینگ و املکمپ (۱۹۹۶) و هوپ، هیمبرگ و براچ (۱۹۹۵) که قبلاً در مورد آن‌ها توضیح داده شد، می‌باشد. از آن‌جا که افسردگی حالتی است که اجزاء شناختی زیادی دارد (بک، ۱۹۶۷)، لذا انتظار می‌رفت که درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با مواجهه درمانی منجر به تغییرات بیشتری بشود. در توجیه یافته‌های این پژوهش در مورد افسردگی دلایل احتمالی چندی مطرح است. یکی از این دلایل فقدان پیگیری در پژوهش حاضر است. اگر نتایج به دست آمده برای مدتی مثلاً شش ماه پیگیری می‌شد، شاید تفاوت‌ها

1- Otto
3- Gold
5- Mc Ardele

2- Pollack
4- Worthinton

خودشان را نشان می‌دادند. از طرفی هر چند در درمان‌شناختی - رفتاری گروهی هیمبرگ برای اختلال اضطراب اجتماعی، مداخله‌ی مستقیمی برای رفع افسردگی به جز در موارد معدود صورت نمی‌گیرد (تورک، هیمبرگ و هوپ، ۲۰۰۱)، اما در اغلب موارد میزان افسردگی بیمار نیز کاهش می‌یابد. این پدیده با توجه به تعامل بسیار نزدیک میان انواع اختلال‌های روانی و به‌ویژه تعامل میان اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های خلقی (سادوک و ساودوک، ۲۰۰۵) قابل توجیه است. دلایل احتمالی دیگر در توجیه نتایج مربوط به افسردگی در این پژوهش می‌تواند شدت افسردگی در آزمودنی‌ها باشد. از آن‌جا که در این پژوهش اختلال اضطراب اجتماعی می‌بایستی تشخیص اصلی برای آزمودنی‌ها شناخته می‌شد و ممکن بود درجات بالای افسردگی در فرایند درمان مداخله بکند (هیمبرگ، ۲۰۰۱)، لذا از همان ابتدا افرادی که نمره‌ی افسردگی آن‌ها در BDI-II بیشتر از ۳۰ بود کنار گذاشته شد. این کار به نوبه خود منجر به این می‌شود که آزمودنی‌هایی وارد فرایند درمان بشوند که افسردگی آن‌ها ثانوی بر اضطراب اجتماعی است، زیرا شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد اختلال اضطراب اجتماعی احتمال ابتلاء فرد به افسردگی را در طول عمرش چهار برابر کرده (اشنایر^۱، هیکلمن^۲، و گارفیکل^۳، ۱۹۹۲) و آسیب‌پذیری فرد را در مقابل افسردگی و سوء مصرف مواد بیشتر می‌کند (کسلر، استنگ^۴، ویتچن^۵، استاین، و والترز^۶، ۱۹۹۹؛ استاین و دیگران، ۲۰۰۱). در این صورت محتمل و منطقی است که اختلال اضطراب اجتماعی بیمار با هر روش درمانی که بهبود پیدا بکند منجر به کاهش افسردگی نیز خواهد شد.

به عنوان یک نتیجه‌گیری کلی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، هر دو روش درمان شناختی - رفتاری گروهی هیمبرگ و مواجهه

1- Schneier
3- Garfinkel
5- Wittchen

2- Heckelman
4- Stang
6- Walters

درمانی انتخاب‌های خوبی هستند و از نظر اثربخشی بر کاهش شدت کلی اختلال تفاوت معنی‌داری با همدیگر ندارند. از طرفی، معلوم شد که هر دو روش درمانی در مقایسه با عدم درمان منجر به کاهش میزان اضطراب کلی و افسردگی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند.

از محدودیت‌های این پژوهش اجرای کلیه‌ی جلسات درمان توسط یک نفر بود در حالی که تورک، هیمبرگ و هوپ (۲۰۰۱) برای جلوگیری از خستگی مفرط درمانگر پیشنهاد می‌کنند که درمانگر و کمک درمانگر اداره‌ی جلسات درمان را برعهده بگیرند. از آنجایی که نمونه‌ی مورد مطالعه دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بودند، لازم است تعمیم یافته‌ها به مراجعه‌کنندگان به درمانگاه‌ها و مراکز بهداشت روان با احتیاط صورت گیرد. احتمال سوگیری در قضاوت درمانگر که خود ارزیابی هم می‌نمود، در چنین پژوهش‌های مداخله‌ای برابر صفر نیست، هر چند که در جریان اجرای پژوهش سعی شد که این اثر به حداقل ممکن برسد.

مسلماً اگر پژوهش حاضر می‌توانست یک پیگیری ۶ ماهه نیز داشته باشد بهتر بود، اما به دلیل محدودیت زمانی این کار در طرح پژوهش نبود.

تاریخ دریافت نسخه‌ی اولیه‌ی مقاله: ۸۷/۸/۲۸

تاریخ دریافت نسخه‌ی نهایی مقاله: ۸۸/۳/۲۰

تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۴/۱۱

References

منابع

- بختیاری، مریم (۱۳۷۹). بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بدشکلی بدن، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- بخشانی، نورمحمد (۱۳۷۲). بررسی اثربخشی روش رفتاری - شناختی در درمان حالات اضطرابی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- سرمد، زهره. (۱۳۸۴). آمار استنباطی: گزیده‌ای از تحلیل‌های آماری تک متغیری، تهران، سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا؛ جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای (SCID) DSM-IV. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، سال ششم، شماره اول و دوم، ۲۲-۱۰.
- عبدی، رضا (۱۳۸۲). سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- غرایبی، بنفشه (۱۳۸۲). تعیین وضعیت‌های هویتی و ارتباط آن با سبک‌های هویتی و افسردگی در نوجوانان تهران، پایان‌نامه دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- فتی، لادن (۱۳۸۲). ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش-شناختی اطلاعات هیجانی، مقایسه دوچارچوب مفهومی، پایان‌نامه دکترای

- تخصصی روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- گراث-مارنات، گری (۱۳۷۹). *راهنمای سنجش روانی*، ترجمه: حسن پاشا شریفی و محمدرضا نیکخو. تهران: انتشارات رشد.
- هومن، حیدرعلی (۱۳۸۵). *تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری*. تهران: انتشارات پیک فرهنگ.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed., Text Revision), Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4th ed.), Washington, DC: Author.
- Ballenger, J.C., Davidson, J.R., Lecrubier, Y., et al. (1998). Consensus Statement on Social Anxiety Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(17), 54-60.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*, New York: Harper & Row.
- Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*, New York: Basic Books.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Garbin, M. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory, Twenty-five Years of Evaluation, *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Brown, T.A., Campbell, L.A., Lehman, C.L., Grisham, J.R., & Mancill, R.B. (2001). Current and Lifetime Comorbidity of the DSM-IV Anxiety and Mood Disorders in a Large Clinical Sample, *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.
- Connor, K.M., Davidson, J.R.T., Churchill, L.R., Sherwood, A., Foa, E. & Weisler, R. H. (2000). Psychometric Properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New Self-rating Scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Crozier, W.R., & Alden, L.E. (2005). *The Essential Handbook of Social*

Anxiety for Clinicians. John Wiley & Sons Ltd.

- Davison, G.C., Neale, J. M., Kring, A.M. (2004). *Abnormal Psychology* (9th ed.), John Wiley and Sons Inc.
- Emmelkamp, M.G., Mersch, P., Vissa, E., Van der Helm, M. (1985). Social Phobia: A Comparative Evaluation of Cognitive and Behavioural Interventions, *Behaviour Research and Therapy*, 23, 365-369.
- Haug, T.T., Blomhoff, S., Hellstrom, K., Holme, I., Humble, M., Madsbu, H. P., & Wold, J. E. (2003). Exposure Therapy and Sertraline in Social Phobia: 1 Year Follow-up of a Randomized Controlled trial, *British Journal of Psychiatry*, 182, 312-318.
- Heimberg, R.G., & Becker, R.E. (2001). *Nature and Treatment of Social Fears and Phobia*. New York: Guilford Press.
- Hope, D.A., Heimberg, R.G., & Bruch, M.A. (1995). Dismantling Cognitive-behavioral Group Therapy for Social Phobia, *Behaviour Research and Therapy*, 33 (6), 637-650.
- Juster, H.R., & Heimberg, R.G. (1995). Social Phobia: Longitudinal Course and Long-term Outcome of Cognitive-Behavioral Treatment, *Psychiatric Clinic of North America*, 18(4), 821-842.
- Kazdin, A.E. (1986b). The Evaluation of Psychotherapy: Research Design and Methodology, In S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3rd ed), New York: John Wiley & Sons.
- Kessler, R.C., Mc Gonagle, K.A., Zhao, S., et al. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R.C., MC Gonagle, K.A., Zhao. S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U., & Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Kessler, R.C., Stang, P., Wittchen, H.U., Stein, M., Walters, E.E. (1999). Lifetime Co-morbidities between Social Phobia and Mood Disorders in

- the U.S National Comorbidity Survey, *Psychological Medicine*, 29(3), 555-567.
- Leahy, R.L., & Holland, S.J. (2000). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, New Work: Guilford Press.
- Montgomery, S.A. (1999). Social Phobia: Diagnosis, Severity and Implications for Treatment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249 (1), 51-56.
- Otto, M.W., Pollack, M.H., Gould, R.A., Worthinton, J.J., McArdele, E.T., & Rosenbaum, J.F. (2000). A Comparison of the Efficacy of Clonazepam and Cognitive-behavioral Group Therapy for the Treatment of Social Phobia, *Journal of Anxiety Disorders*, 14(4), 345-358.
- Reich, J., & Hofmann, S.G. (2004). State Personality Disorder in Social Phobia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 160, 139-144.
- Rowa, K. & Antony, M.M. (2005). Psychological Treatments for Social Phobia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 308-316.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2005). *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (8th ed.), Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*, (10th ed.) Pp. 598-604), Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins.
- Schneier, F.R., Johnson, J., Horing, C.D., Liebowitz, M.R. (1992). Social Phobia. Comorbidity and Morbidity in an Epidemiologic Sample, *Archives of General Psychiatry*, 49 (4), 282-288.
- Scholing, A., & Emmelkamp, M.G. (1993). Exposure with and without Cognitive Therapy for Generalized Social Phobia: Effects of Individual and Group Treatment, *Behaviour Research and Therapy*, 31(7), 667-681.
- Scholing, A., & Emmelkamp, M.G. (1996). Treatment of Generalized Social Phobia: Results at Long-term Follow-up, *Behaviour Research and Therapy*, 34, 447-452.
- Stein, M.B., Fuetsch, M., Muller, N., Hofler, M., Lieb, R., Wittchen, H.U., (2001). Social Anxiety Disorder and the Risk of Depression: A Prospective Comorbidity Study of Adolescents and Young Adults,

فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز }

سال چهارم شماره ۱۵، پاییز ۱۳۸۸ }

Archives of General Psychiatry, 58(3), 251-256.

Stevens, J. (2003). *Applied Multivariate Statistics for Social Sciences* (4th ed.). Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey.

Steer, R.A., Clark, D.A., Beck, A.T. & Renier, W.F. (1999). Common and Specific Dimensions of Self-reported Anxiety and Depression: The BDI-II Versus the BDI-I. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 189-191.

Taylor, S. (1996). Meta-analysis of Cognitive Behavioral Treatments for Social Phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 1-9.

Turk, C.L., Heimberg, R.G., & Hope, D. A. (2001). *Social Anxiety Disorder*, In : H.D. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of Psychological Disorders; A Tep-by-step Treatment* (3rd.ed.pp:114-153). New York: Guilford Press.