

## مقایسه میزان اثربخشی درمان‌های گروهی در اختلال فوبی اجتماعی: سه روش روان‌درمانی رفتاری، شناختی و رفتاری/شناختی

نازیلا آقاخانی<sup>۱</sup>، دکتر زینب خانجانی<sup>۲</sup>، دکتر مجید محمودعلیلو<sup>۳</sup>، محمدحسین حامدی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۳ تیر ۱۳۹۰ تاریخ پذیرش: ۱۲ مرداد ۱۳۹۰

### چکیده

**پیش زمینه و اهداف:** اختلال فوبی اجتماعی یکی از اختلالات اضطرابی است که گروه درمانی رفتاری - شناختی آن، به‌عنوان درمان انتخابی توسط محققان در سال‌های اخیر توجه ویژه‌ای را به خود معطوف کرده است. مطالعه حاضر به بررسی مقایسه‌ای میزان اثربخشی سه روش مختلف درمانی اختلال فوبی اجتماعی می‌پردازد: گروه درمانی رفتاری، گروه درمانی شناختی و گروه درمانی رفتاری/شناختی.

**مواد و روش کار:** پژوهش از نوع تمام آزمایشی با رویکرد پیش‌آزمون - پس‌آزمون بود. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس از میان داوطلبان بود. آزمودنی‌ها شامل ۳۶ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز بودند که براساس مصاحبه تشخیصی بر مبنای (DSM-IV-TR) و پرسش‌نامه فوبی اجتماعی (SPIN) تشخیص اختلال فوبی اجتماعی گرفته بودند. ۱۲ نفر در هر گروه درمانی بودند که به مدت دو ماه، هفته‌ای یکبار با جلساتی ۱/۵ ساعته توسط رهبر گروه و دو کمک درمانگر اداره می‌شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه درمانی رفتاری/شناختی با گروه درمانی شناختی و رفتاری معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0/01$ ). در صورتی که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه درمانی رفتاری و گروه درمانی شناختی معنی‌دار نبود ( $P > 0/01$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** در این مطالعه مشخص گردید که گروه درمانی رفتاری/شناختی به لحاظ میزان اثربخشی مرجح‌تر از دو روش درمانی دیگر است و همچنین مشخص شد که تفاوت معنی‌دار آماری بین دو گروه درمانی رفتاری و گروه درمانی شناختی از لحاظ میزان اثربخشی بر درمان اختلال فوبی اجتماعی وجود ندارد.

**کلید واژگان:** گروه درمانی، اختلال فوبی اجتماعی، گروه درمانی شناختی - رفتاری

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و دوم، شماره چهارم، ص ۲۸۹-۲۸۲، مهر و آبان ۱۳۹۰

آدرس مکاتبه: تبریز، دانشگاه تبریز، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی

Email: aghakhani87@yahoo.com

### مقدمه

قرار گیرند، می‌هراسند. از میان موقعیت‌هایی که باعث اضطراب این افراد می‌شود می‌توان به صحبت کردن در جمع، گردهمایی‌های اجتماعی، ملاقات افراد جدید، خوردن در جمع، ترس از مخالفت با دیگران و نگرانی در ارتباط با صحبت با مراجع قدرت اشاره کرد (۱).

اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۵</sup> که به عنوان فوبیای اجتماعی نیز شناخته می‌شود، اولین بار در اواخر سال‌های ۱۹۶۰ به عنوان یک تشخیص خاص و مستقل مطرح شد. مشخصه اصلی این اختلال، ترس مبالغه آمیز از موقعیت‌های عملکردی اجتماعی در حضور افراد ناآشناست. مبتلایان به این اختلال از این که در موقعیت‌های اجتماعی دچار خجالت‌زدگی شده یا مورد ارزیابی منفی دیگران

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روانشناسی بالینی (نویسنده مسئول)

<sup>۲</sup> دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

<sup>۳</sup> دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد سنجش و اندازه‌گیری

<sup>۵</sup> Social Anxiety

پژوهش گارسیا<sup>۷</sup> (۲۰۰۴) در اسپانیا روی ۴۴ بیمار دچار حالات اضطرابی مختلف از جمله فوبیای اجتماعی در هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای نشان دهنده تاثیر گروه درمانی رفتاری/شناختی در درمان اختلالات اضطرابی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل بود (۷). پژوهش کامارت<sup>۸</sup> و تریبو<sup>۹</sup> (۲۰۰۶) نیز که روی ۶۰ بیمار مبتلا به فوبیای اجتماعی انجام گرفت نشان دهنده تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری کوتاه مدت در ۱۲ جلسه دو ساعته نسبت به گروه کنترل بود (۸). هربرت<sup>۱۰</sup> و همکاران در آمریکا با انجام شش هفته گروه درمانی رفتاری-شناختی برای فوبیای اجتماعی فراگیر بر روی ۲۶ بیمار نشان دادند که تاثیر این نوع درمان حتی در پیگیری‌های سه ماهه نیز کاملاً قابل توجه بوده است (۹). ویلسون<sup>۱۱</sup> و رپی<sup>۱۲</sup> (۲۰۰۷) در استرالیا در پژوهش خود که بر روی ۳۶ بیمار مبتلا به فوبیای اجتماعی انجام داده بودند، درمان رفتاری - شناختی انفرادی را بکار بردند. آن‌ها جهت تشخیص بیماری از مصاحبه بر مبنای DSM-IV استفاده کرده بودند نتایج پیش آزمون و پس آزمون نشان دهنده تاثیر معنی‌دار این شیوه درمانی در بهبود اختلال فوبیای اجتماعی بود (۱۰).

اسکیف<sup>۱۳</sup> و همکاران (۲۰۰۷) در کانادا در پژوهشی روی ۳۴ بیمار سرپایی مبتلا به فوبیای اجتماعی میزان اثر گذاری درمان رفتاری - شناختی را به صورت فردی و گروهی مورد مقایسه قرار دادند. بیماران شامل ۱۹ زن و ۱۵ مرد بودند. نتایج نشان دهنده تاثیر معنی‌دار گروه درمانی رفتاری-شناختی در مقابل درمان انفرادی رفتاری-شناختی این اختلال بود (۱۱). مطالعات هافمن<sup>۱۴</sup> (۲۰۰۴) و هافمن و همکاران (۲۰۰۴) در آمریکا نیز نشان دهنده تاثیر گروه درمانی شناختی - رفتاری در مقابل گروه درمانی رفتاری صرف اختلال فوبیای اجتماعی است (۱۲، ۱۳). در بررسی مقایسه‌ای اثربخشی گروه درمانی رفتاری صرف با گروه درمانی شناختی صرف این اختلال، پژوهش کلارک<sup>۱۵</sup> و همکاران در سال ۲۰۰۶ که در مورد ۶۳ بیمار فوبیک اجتماعی به دو صورت درمان شناختی و رویارویی بعلاوه آرام سازی انجام شده بود نشان داد که درمان شناختی فوبیای اجتماعی بهتر از رویارویی به همراه آرام سازی عمل می‌کند و برنامه شناختی در مقایسه با درمان رفتاری تاثیر بیشتری در درمان اختلال فوبیای اجتماعی داشت (۱۴). پژوهش

۱۳/۳ درصد جمعیت عمومی از فوبیای اجتماعی در زندگی خود رنج می‌برند، این موضوع باعث می‌شود که فوبیای اجتماعی در ردیف شایع‌ترین اختلالات روان‌شناختی قرار گیرد. فوبیای اجتماعی معمولاً در درون بزرگسالی آغاز می‌شود، با این حال بیشترین میزان شیوع آن در میان جوانان سنین ۱۸-۲۹ سال است. برخلاف بقیه اختلالات اضطرابی که معمولاً نسبت خانم‌ها در آن غالب است، در فوبیای اجتماعی چندان تفاوتی بین زن و مرد دیده نمی‌شود و نسبت آن ۱/۴ است (۲).

درمان‌های روان‌شناختی و دارویی کارآمدی برای اختلال هراس اجتماعی وجود دارد. در حال حاضر درمان انتخابی دارویی آن، فنلزین<sup>۱</sup> و درمان روان‌شناختی انتخابی برای این اختلال خصوصاً نوع فراگیر آن، رفتار درمانی شناختی از طریق گروه درمانی می‌باشد (۳).

در ارتباط با اختلال فوبیای اجتماعی، رویکرد شناختی - رفتاری اساساً بر این فرض مبتنی می‌باشد که اختلال مذکور، به وسیله دو عامل نگهداری می‌شود و تداوم می‌یابد، اولین آن، الگوی تفکری است که به صورتی وسیع، به خودگویی‌های<sup>۲</sup> غلط منتسب می‌شود. خودگویی‌های غلط، یک سبک ناسازگارانه و غیرمنطقی برای تفکر است. این مسأله با بازسازی شناختی، درمان می‌شود. عامل دوم، فقدان فرصت کافی برای شخص مبتلا به فوبیا است تا متوجه شود که چیزی برای ترس وجود ندارد. چرا که این فرد در نتیجه ترس از موقعیت‌هایی که برانگیزاننده اضطراب هستند، فرار یا اجتناب می‌کند. این موضوع نیز از طریق درمان‌های مبتنی بر رویارویی<sup>۳</sup> صورت می‌گیرد (۴).

در مورد میزان اثرگذاری درمان شناختی/رفتاری گروهی و درمان‌های صرف رفتاری و شناختی گروهی بر روی بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی پژوهش‌هایی صورت گرفته است. مطالعه هیمبرگ<sup>۴</sup> و همکاران (۱۹۹۰) در استرالیا روی ۴۹ بیمار مبتلا به فوبیای اجتماعی نشان داد که درمان شناختی/رفتاری گروهی فوبیای اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل، تاثیر معنی‌داری در کاهش اضطراب اجتماعی افراد مبتلا به این اختلال دارد (۵). در مطالعه‌ای بیر<sup>۵</sup> و گارلند<sup>۶</sup> (۲۰۰۵) تاثیر گروه درمانی رفتاری/شناختی بر ۱۳ نوجوان مبتلا به فوبیای اجتماعی در مقایسه با لیست انتظار را بررسی کردند. نتایج نشان دهنده پیشرفت معنی‌دار و قابل ملاحظه گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بود (۶).

7. Garsia

8. Camart

9. Try Bou

10. Herbert

11. Wilson

12. Rapee

13. Schiff

14. Hofmann

15. Clark

1. Phenzazine

2. Self-Talk

3. Exposure

4. Heimberg

5. Bear

6. Garland

در تعامل با افرادی که بیماری مشابهی دارند شکسته شود و موقعیتی پیش بیاید تا این افراد ترس‌های واهی خود را در گروه مورد آزمایش تجربی قرار دهند و از این طریق بتوانند بر آن‌ها غلبه کنند. هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای سه شکل گروه درمانی رفتاری، شناختی و رفتاری/شناختی، از نظر میزان اثربخشی بر درمان اختلال فوبی اجتماعی است. دو فرض اول پژوهش بیانگر این است که گروه درمانی رفتاری/شناختی نسبت به دو روش درمانی دیگر اختلال فوبی اجتماعی تاثیرگذارتر است و فرضیه سوم پژوهش بر این مبناست که گروه درمانی رفتاری موثرتر از گروه درمانی شناختی در درمان این اختلال عمل می‌کند.

اهمیت عملی پژوهش حاضر در این است که چنانچه مشخص شود، یکی از اشکال درمان‌های گروهی مورد مطالعه در این پژوهش به طرز معنی‌داری بر بقیه برتری دارد، آنگاه می‌توان آن شکل از درمان را به‌طور ویژه جهت استفاده در موقعیت‌های بالینی برای درمان اختلال فوبی اجتماعی پیشنهاد نمود. از طرفی همانگونه که ذکر آن رفت، بررسی ادبیات تحقیق در ایران در ارتباط با موضوع حاضر نشان می‌دهد که در این زمینه پژوهشی، کمبودهایی وجود دارد. بنابراین انجام پژوهش‌هایی از این نوع بر روی آزمودنی‌های ایرانی، ضرورتی اجتناب‌ناپذیر است.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تمام‌آزمایشی با رویکرد پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویانی بود که در سال تحصیلی ۸۶-۸۵ مشغول تحصیل در دانشگاه تبریز بودند و در رده سنی ۲۰-۱۸ سال قرار داشتند. این دانشجویان مبتلا به فوبی اجتماعی شناخته شده بودند. این تشخیص از طریق انجام مصاحبه بالینی بر مبنای ملاک‌های این اختلال در<sup>۶</sup> (DSM-IV-TR) و استفاده از پرسش‌نامه فوبی اجتماعی<sup>۷</sup> (SPIN) اتفاق افتاد. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس از میان داوطلبان بود. روش کار به این صورت بود که بعد از دعوت از دانشجویان با ارائه یک آگهی در سطح دانشگاه و بعد از انجام مصاحبه تشخیصی و گرفتن پیش‌آزمون، افراد واجد شرایط در سه گروه ۱۲ نفری برای سه رویکرد درمانی رفتاری، شناختی و رفتاری/شناختی به صورت تصادفی جای داده شدند. در گروه درمانی شناختی از راهنمای درمانی شناختی مایکل

مک اووی<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) بر روی یک نمونه ۱۵۳ نفری از بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی در یک درمانگاه سلامت روانی در استرالیا، تاثیر گروه درمانی رفتاری-شناختی بر بهبود این بیماری را تأیید کرد. علاوه بر آن مک اووی و همکاران در سال ۲۰۰۹ نیز روی یک نمونه ۸۱ نفره از بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی سه نوع درمان شامل<sup>۲</sup> CBGT یا گروه درمانی رفتاری-شناختی،<sup>۳</sup> ATT یا آموزش توجه و<sup>۴</sup> RT یا درمان آرام‌بخشی را مورد مقایسه قرار دادند. از میان این درمان‌ها، CBGT تاثیر معنی‌داری را در درمان بیماری نشان دادند (۱۶،۱۵).

جستجو در ادبیات تحقیق در ایران درخصوص موضوع مورد نظر نتیجه‌چندانی بدست نداد. چرا که پژوهش در این زمینه در ایران بسیار محدود بوده است. با این حال پور احسان و سعید در سال ۲۰۱۰ روی ۱۶ دختر دانشجو که مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی بودند، گروه درمانی شناختی-رفتاری را بکار بردند برای اندازه‌گیری فوبی اجتماعی آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه فوبی اجتماعی (SPIN) را بکار بردند. هشت نفر از آزمودنی‌ها در گروه کنترل و هشت نفر در گروه آزمایش قرار داشتند. پژوهش از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از روش آماری تی انجام گرفت. نتایج نشان دهنده معنی‌داری این روش درمانی نسبت به گروه کنترل بود. این پژوهش در سال ۲۰۰۷ و ۲۰۰۸ در دانشگاه شاهد انجام گرفت (۱۷). وکیلان نیز در سال ۱۳۸۶ به مقایسه دو نوع درمان CBGT به همراه<sup>۵</sup> STT یا آموزش مهارت‌های اجتماعی و CBGT به تنهایی، پرداخت. در این روش به وسیله مصاحبه بالینی بر مبنای DSM-IV و غربالگری آزمودنی‌ها براساس نمرات آزمون SPIN و با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۹ نفر از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد که مبتلا به فوبی اجتماعی بودند، برای درمان انتخاب شدند. بعد از اتمام دوره ۱۲ جلسه‌ای درمان در سه ماه مشخص شد که CBGT+STT اثربخشی بیشتری نسبت به CBGT به تنهایی، در درمان اختلال فوبی اجتماعی دارد (۱۸).

توجه به تاثیراتی که اختلال فوبی اجتماعی در زندگی خانوادگی، شغلی و تحصیلی مراجع می‌گذارد، ضرورت پرداختن به درمان مناسب و مشخص کردن موثرترین نوع درمان برای این افراد را آشکار می‌سازد. از طرفی درمان گروهی این افراد باعث خواهد شد که انزوایی که اغلب در نتیجه بیماری به آن‌ها دست می‌دهد و ایشان را از محافل مختلف دور نگه می‌دارد، در گروه و

<sup>۱</sup>. Mc Evoy

<sup>۲</sup>. Cognitive behavioral group therapy

<sup>۳</sup>. Attention therapy

<sup>۴</sup>. Relaxation therapy

<sup>۵</sup>. Social Skill Training

<sup>۶</sup>. Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder 4 – Text Revision

<sup>۷</sup>. Social Phobia Inventory

سئوال بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۰= به هیچ وجه، ۱= کم، ۲= تا اندازه‌ای، ۳= خیلی زیاد و ۴= بی‌نهایت)، درجه‌بندی می‌گردد. این ابزار می‌تواند به‌عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان در اختلال هراس اجتماعی بکار رود و در نهایت، می‌تواند درمان‌هایی با کارایی متفاوت را از هم تمییز دهد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه به این قرار است که پایایی به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی، برابر ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ می‌باشد. نقطه‌ی برش ۱۹ با کارایی یا دقت تشخیص ۷۹ درصد افراد با اختلال هراس اجتماعی و بدون این اختلال را تشخیص می‌دهد (۲۲). در پژوهشی، مومنی (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۸۸، آلفای نیمه اول و دوم پرسش‌نامه را به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۷۷، همبستگی بین دو نیمه را ۰/۷۷ و ضریب اعتبار آن را به کمک آزمون اسپیرمن- به روان برابر با ۰/۸۷ گزارش کرده است (۲۳). به منظور مقایسه نمرات پس آزمون بین سه گروه، بعد از کنترل و حذف تاثیرات نمرات پیش آزمون از آزمون تحلیل کوواریانس<sup>۷</sup> استفاده گردید.

#### یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش شامل ۱۷ نفر مونث و ۱۲ نفر مذکر بودند. یعنی تنها ۲۹ نفر از بین ۳۶ نفر انتخابی تا پایان درمان، پژوهشگر را همراهی کردند. بعد از افت و ریزش<sup>۸</sup> آزمودنی‌ها که معمول تحقیقات آزمایشی از این دست می‌باشد، ۹ نفر در گروه درمانی رفتاری و در دو گروه درمانی شناختی و رفتاری/شناختی هر کدام ۱۰ نفر باقی ماندند. متوسط سن آزمودنی‌های پژوهش ۲۳-۲۲ سال بود. ۲۶ نفرشان متاهل و ۳ نفر آن‌ها مجرد بودند. میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون آزمودنی‌ها در گروه درمانی رفتاری به ترتیب شامل (SPIN: ۳۳/۲۸،۴/۴)، در گروه درمانی شناختی (SPIN: ۳۳/۲۹،۲/۸)، و در گروه درمانی رفتاری/شناختی (SPIN: ۳۹/۲۵،۸/۹) بودند. به منظور تجزیه و تحلیل یافته‌های پژوهش از روش آماری تحلیل کوواریانس یا Ancova استفاده شد.

در ابتدا آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها انجام گرفت نتایج بدست آمده از این آزمون نشان داد که F مشاهده شده معنی‌دار نمی‌باشد و نتایج حاکی از برقراری مفروضه همگنی واریانس‌هاست. با توجه به نتایج بدست آمده از بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس و برقراری مفروضه‌ها، تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه‌های تحقیق محاسبه گردید که

فری<sup>۱</sup> (۱۹) استفاده شد. این راهنمای درمانی شامل یازده جلسه بود انواع شیوه‌های شناخت درمانی نظیر شناسایی افکار خودآیند منفی، باورهای اصلی منفی، محتوای منفی فکر و خطاهای منطقی و بازسازی شناختی مورد آموزش قرار گرفت. تکالیفی به اعضاء گروه ارائه شد. این تکالیف در طول جلسات و مابین جلسات توسط آزمودنی‌ها انجام می‌گرفت علاوه بر آن انواع روش‌های نگهدارنده درمان جهت تداوم تغییر نیز آموزش داده شد.

در گروه درمانی رفتاری/شناختی از راهنمای درمان شناختی/رفتاری فوبی اجتماعی همبرگ<sup>۲</sup> و بکر<sup>۳</sup> (۲۰) استفاده شد. این راهنمای درمانی نیز شامل ۱۱ جلسه بود که در آن نه تنها از شیوه‌های درمان شناختی مثل آموزش تمرکز بر شناسایی افکار اتوماتیک و گسترش توانایی‌های بازسازی شناختی استفاده شد، بلکه مراجعین برای جلسات مواجهه و رویارویی درون گروهی و برون گروهی نیز آماده می‌شدند. هر رویارویی تا زمانی ادامه پیدا می‌کرد که اضطراب مراجع کاهش می‌یافت و اهداف رفتاری از قبل تعیین شده، مورد وصول قرار می‌گرفت. و نهایتاً در گروه درمانی رفتاری از فن‌های رفتاری راهنمای درمانی لی هی<sup>۴</sup> و هولند<sup>۵</sup> (۲۱) (۲۱) در رویارویی و آموزش جرات ورزی در درمان فوبی اجتماعی استفاده شد. در این راهنمای درمانی، بیشترین تاکید بر استفاده از فن‌های رفتاری از جمله رویارویی و البته آموزش نحوه ارتباط صحیح، قاطعانه و جرات ورزانه با دیگران بود. سخنرانی آموزشی در مورد اضطراب و ترس با تاکید بر فوبی اجتماعی، بررسی ترس‌های اجتماعی مراجعان، پرسش در مورد نشانه‌ها، بررسی رفتارهای اجتنابی و ایمن سازی و آموزش آرمیدگی پیشرونده عضلانی و تنفسی و ارائه تکالیف خانگی از برنامه‌های این شیوه گروه درمانی بود. مدت اجرای برنامه درمانی حدود دو ماه و به تعداد ۱۱ جلسه هفتگی و به مدت ۱/۵ ساعت برای هر گروه با حضور رهبر گروه (نویسنده مسئول) و دو کمک درمانگر آموزش دیده تدارک دیده شد. بعد از اتمام دوره درمان پس آزمون با آزمون (SPIN) مجدداً اجرا شد.

پرسش‌نامه‌ی هراس اجتماعی (SPIN) نخستین بار توسط کانور<sup>۶</sup> و همکاران به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی یا هراس اجتماعی تهیه گردید. این پرسش‌نامه، یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) می‌باشد. هر ماده یا

<sup>۱</sup>. Micheal free

<sup>۲</sup>. Heimberg

<sup>۳</sup>. Bcker

<sup>۴</sup>. Leahy

<sup>۵</sup>. Holland

<sup>۶</sup>. Connor

<sup>۷</sup>. Analysis of Covariance

<sup>۸</sup>. Drop

نتایج مربوط، در جدول شماره ۲ گزارش شده است. با توجه به جدول شماره ۲ مشخص می‌شود که F محاسبه شده برای متغیر گروه برابر با ۶/۶ می‌باشد که با درجه آزادی ۲ در سطح

نتایج مربوط، در جدول شماره ۲ گزارش شده است. با توجه به جدول شماره ۲ مشخص می‌شود که F محاسبه شده برای متغیر گروه برابر با ۶/۶ می‌باشد که با درجه آزادی ۲ در سطح

جدول شماره (۱): فراوانی و درصد فراوانی‌ها به تفکیک گروه‌های درمانی و مشخصات فردی

گروه	مونث	مذکر	مجرد	متاهل	متوسط سن	فراوانی کل	درصد
گروه درمانی رفتاری	۵	۴	۸	۱	۲۲	۹	۳۱
گروه درمانی شناختی	۷	۳	۸	۲	۲۳	۱۰	۳۴.۵
گروه درمانی رفتاری / شناختی	۵	۵	۱۰	۰	۲۲	۱۰	۳۴.۵
کل	۱۷	۱۲	۲۶	۳	-	۲۹	۱۰۰

جدول شماره (۲): تحلیل کوواریانس برای پرسش‌نامه (SPIN)

پرسش‌نامه	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	مجذورات انا
(SPIN)	پیش‌آزمون	۷۱۴/۵	۱	۷۱۴/۵	۲۵/۵	۰.۰۰۰	۰/۵۱
	گروه	۳۷۱/۷	۲	۱۸۵/۸	۶/۶	۰/۰۰۵	۰/۳۵
	خطا	۷۰۰/۲	۲۵	۲۸			
	کل	۲۴۲۸۵	۲۹				

Bon برای کنترل خطای نوع اول با مقدار  $\alpha = \frac{0.05}{3} = 0.017$  محاسبه شده است که نتایج آزمون‌های تعقیبی در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

به منظور بررسی بیشتر و اینکه بین کدام یک از گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد آزمون تعقیبی با استفاده از شیوه Ferroni

جدول شماره (۳): مقایسه‌های چندگانه میانگین‌های سه روش گروه درمانی

میانگین تراز شده	تفاوت میانگین	خطای معیار میانگین	معنی‌داری P	اندازه اثر
۲۲/۷	-۹/۱	۲/۸	۰/۰۰۱	۱/۷
۳۱/۸				
۲۲/۷	-۷/۴	۲/۶	۰/۰۳	۱/۴
۳۰/۱				
۳۰/۱	۱/۵	۲/۴	۰/۹	۰/۳
۳۱/۸				

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین دو روش گروه درمانی رفتاری/شناختی و شناختی در سطح اطمینان بالای ۹۹ درصد ( $P < 0.01$ ) از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. بنابراین یافته اول تحقیق مبنی بر موثر بودن گروه درمانی رفتاری/شناختی

نسبت به گروه درمانی شناختی در درمان اختلال فوبی اجتماعی است. علاوه بر آن با توجه به جدول مشخص است که تفاوت میانگین دو روش گروه درمانی رفتاری/شناختی و رفتاری در سطح  $P < 0.03$  از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان

می‌دهد که گروه درمانی رفتاری/شناختی موثرتر از گروه درمانی رفتاری در درمان اختلال فوبی اجتماعی است.

همان‌گونه که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود، میزان تفاوت ایجاد شده در نمرات پرسش‌نامه فوبی اجتماعی (SPIN) تحت تاثیر دو روش گروه درمانی شناختی و رفتاری در حد ناچیزی می‌باشد از اینرو با توجه به نتایج بدست آمده از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی می‌توان گفت که هیچ تفاوت معنی‌داری بین کارآمدی دو روش شناختی و رفتاری در درمان اختلال فوبی اجتماعی وجود ندارد.

### بحث و نتیجه گیری

یافته نخست پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی رفتاری/شناختی، اثربخش‌تر از روش گروه درمانی شناختی در درمان اختلال فوبی اجتماعی است. هر چند طی بررسی‌های انجام شده و تلاش فراوان پژوهشی یافت نشد که دقیقاً به مقایسه این دو شیوه درمانی در اختلال فوبی اجتماعی بپردازد. ولی پژوهش‌های مختلفی کارآمدی درمان شناختی/رفتاری در درمان اختلال فوبی اجتماعی را طی دوره درمان و پیگیری‌های بعدی درمانی نشان داده‌اند (۷،۹،۱۰،۱۱،۲۴).

مسلم است زمانی که، درمانی هر دو بعد نشانه و تفکر را آماج و هدف خود قرار می‌دهد، موفق‌تر از درمانی عمل خواهد کرد که تنها بر روی نحوه تفکر بیمار اعمال می‌شود. گروه درمانی شناختی/رفتاری تلفیقی است از هر دو درمان شناختی و رفتاری که نه تنها تلاش در تعویض الگوهای فکری ناسالم بیمار با افکار سالم و جدیدتری دارد بلکه از طریق استفاده از فن‌ها و شیوه‌های رفتاری مانند آرام‌سازی عضلانی و تجسمی، آموزش جرأت‌ورزی و البته رویارویی با منبع برانگیزاننده اضطراب، بازی نقش و... سعی می‌کند نشانه‌های بیماری را نیز کاهش دهد (۲۰).

دومین یافته پژوهش حاضر که مبتنی بر اثربخشی درمان گروهی رفتاری/شناختی در مقایسه با گروه درمانی رفتاری اختلال فوبی اجتماعی بود، مورد تأیید قرار گرفت. این یافته با نتایج به‌دست آمده از پژوهش‌های مشابه نیز همسو می‌باشد (۱۲،۱۳).

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، وجود و توجه به دو بعد درمان (تفکر و علائم)، بهتر از نگاه تک بعدی رفتاری به آن است. با مروری بر دیدگاه‌های شناختی در زمینه سبب‌شناسی و درمان اختلال فوبی اجتماعی همچون مدل تمرکز شدید معطوف به خود در موقعیت‌های اجتماعی توسط افراد مبتلا به فوبی اجتماعی (۲۵)، مدل توجه متمرکز بر خود و پیامدهای فیزیولوژیکی آن (۲۶)، مدل وجود باورهای ناکارآمد در مورد نحوه عمل در موقعیت‌های اجتماعی و حتی در مورد خود (۲۷)، دیدگاه مربوط به بازنمایی

ذهنی از ظاهر و رفتار بیرونی توسط خود بیمار در ارتباط با نگرش دیگران نسبت به او (۲۸)، مشخص می‌شود که تأثیر افکار ناکارآمد و بیمارگونه در ایجاد چنین اختلالی، غیرقابل انکار است و به همین جهت استفاده صرف از درمان رفتاری برای اختلال فوبی اجتماعی کافی نیست و بهتر است در ترکیب با درمان شناختی انجام گیرد و به همین جهت است که تحقیقات مؤید برتری درمان رفتاری/شناختی به درمان صرف رفتاری است.

سومین یافته پژوهش حاضر آشکار ساخت که گروه درمانی رفتاری نسبت به گروه درمانی شناختی اختلال فوبی اجتماعی، اثربخش‌تر نمی‌باشد. در این زمینه، پژوهشی که در مورد ۶۳ بیمار فوبیک اجتماعی به دو صورت درمان شناختی و رویارویی به علاوه آرام‌سازی انجام شد، نشان داد که درمان شناختی فوبی اجتماعی، بهتر از رویارویی به اضافه آرام‌سازی عمل می‌کند و برنامه شناختی در مقایسه با درمان رفتاری تأثیر بیشتری در درمان اختلال فوبی اجتماعی دارد (۱۴).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که شاید این موضوع به علامت درمانی در درمان رفتاری و اصلاح شیوه تفکر در درمان شناختی مربوط می‌شود در درمان‌های رفتاری علایم و نشانه‌های بیماری آماج درمان قرار می‌گیرند و شاید به این دلیل است که سرعت کاهش علایم در این نوع درمان بیشتر می‌باشد اما ممکن است نتایج درمانی در طولانی مدت پایدار نباشند و به تدریج علایم جانشین یکدیگر شوند اما در درمان شناختی این تفکر بیمار است که آماج درمان قرار می‌گیرد و تغییر خطاهای شناختی و از همه مهم‌تر اثرگذاری بر روی باورهای اساسی و هسته‌ای منفی بیمار، شیوه مداخله‌ای اصلی در درمان شناختی است و به نظر می‌رسد این مسئله منجر به تداوم تاثیرات درمانی برای مدتی طولانی‌تر شود (۲۹).

تبیین دیگر احتمالی در مورد مؤثر بودن گروه درمانی شناختی به اندازه گروه درمانی رفتاری در پژوهش حاضر شاید این باشد که بیماران یا مراجعین، در پژوهش حاضر همگی از افراد تحصیل کرده جامعه بودند و این مساله باعث اشتیاق آن‌ها در مقابل رویکرد آموزش روانی، که رویکرد حاکم بر هر دو روش رفتاری و شناختی و به ویژه درمان شناختی است، می‌شود و طبیعتاً این موضوع کارآیی درمان شناختی را نیز برای آن‌ها تقریباً همانند درمان رفتاری می‌کرد درحالی که چه بسا اگر مراجعین از افراد با سطح سواد پایین انتخاب می‌شدند، احتمال تاثیر درمان رفتاری نسبت به شناختی بیشتر می‌شد و فرضیه تحقیق را تأیید می‌کرد. البته این مسئله- استفاده صرف از دانشجویان در نمونه آماری- جزو محدودیت‌های این پژوهش نیز به حساب می‌آید. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و البته سایر پژوهش‌های

نمونه پژوهش اشاره کرد که باعث رعایت جانب احتیاط در ارتباط با تعمیم نتایج و یافته‌ها می‌شود. محدودیت بعدی در ارتباط با افت و ریزش آزمودنی‌ها است که معمول پژوهش‌هایی از این دست است. محدودیت بعدی پژوهش در مورد اجرای صرف آن بر روی جامعه دانشجویی بود که نتایج تحقیق را به آسانی قابل تعمیم به سایر اقشار نمی‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی سعی در رفع این محدودیت‌ها شود.

انجام شده در این حوزه می‌توان دریافت که میزان تاثیر رویکرد رفتاری/شناختی در تلفیق به اهم بیشتر و بهتر از رویکرد صرف رفتاری یا شناختی در درمان اختلال فوبی اجتماعی است.

### محدودیت‌ها و پیشنهادها

با این حال پژوهش حاضر نیز همانند دیگر پژوهش‌های مشابه محدودیت‌هایی دارد از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به حجم کم

### References:

- Browin B, Stein DJ. Social anxiety disorder. New York: Marcel Dekker Inc; 2004. P.1.
- Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology: an integrative approach. 6<sup>th</sup> Ed. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning. 2011. P.139.
- Heimberg RG. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biol Psychiatry* 2002; 51:101-8.
- Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford Press; 2004.
- Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA, Kennedy CR, Zollo L, Becker RE. Cognitive- behavioral group treatment of social phobia: comparison to a credible placebo control. *Cog Ther Res* 1990; 14:1-23.
- Bear S, Garland JE. Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 2005; 44:258-80.
- Garsia Sanchez G. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in patients with anxiety disorders. *Psychol Spain* 2004; 8:89-97.
- Camart N, Andre C, Try Bou V, Bourdel MC. Short-term effects of a cognitive- behavioral group therapy in social phobia: evaluation sixty patients. *Encephale* 2006; 32:101-3.
- Herbert JD, Rheingold AA, Goldstein SG. Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Cog Behav Prac* 2002; 9:1-8.
- Wilson JK, Rapee RM. The interpretation of negative social events in social phobia: changes during treatment and relationship to outcome. *Behav Res Ther* 2007; 43:373-89.
- Schif M, Suvak MK, Bieling AM, McCabe PJ, Randi E. Group cohesion in cognitive-behavioral group therapy for social phobia cognitive behavioral group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Behav Res Ther* 2007; 45:687-98.
- Hofmann SG. Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72:392-9.
- Hofmann SG, Moscovitch DA, Jin Kim H, Taylor AN. Changes in self- perception during treatment for social phobia. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72:588-96.
- Clark D, David M, Ehlers A, Hachman A, McManus F, Fennell M et al. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2006; 74:568-8.
- McEvoy PM. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social phobia in a community clinic: a benchmarking. *Behav Res Ther* 2007; 45:3030-40.
- McEvoy PM, Perini SJ. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. *J Anxiety Disord* 2009; 23:519-28.
- Purehsan S, Saeed O. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) on reduction of social phobia. *Proced Soc Behav Sci* 2010; 5:1694-7.

18. Vakilian S. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy and training on reduction of social phobia of students (Dissertation). Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2006. (Persian)
19. Ferry, Michael, A Practical Guide to Cognitive Therapy. Translated by: Mohammadi M, Farnam R. Tehran: Roshd Publications; 1999.
20. Heimberg, RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: basic mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford Press; 2002. P. 149-98.
21. Leahy RL, Holland SJ. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorder. New York: Guilford Press; 2000. P. 168-76.
22. Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherweed A, Foa EB, Weisler RHP. Psychometric properties of the social phobia (SPIN): a new self-rating scale. *Brit J Psychiatry* 2000;17:379-86.
23. Milani M, Shairi M, Ghaedi G, Bakhtiari M, Tavali A. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reduction of social stress. *Iran Psychol Psychiatry* 2008; 15: 42-9. (Persian)
24. Davidson J, Foa RT, Huppert EB, Fluoxetine JD. Comprehensive cognitive behavioral therapy and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61:1005-13.
25. Hartman LM. A meta-cognitive model of social anxiety: implication for treatment. *Clin Psychol Rev* 1983;3:435-56.
26. Hope DA, Gansler AD, Heimberg RG. Attentional Focus and casual attributions in social phobia: implication from social psychology. *Clin Psychol Rev* 1989; 9:49-60.
27. Beck AT, Emery G, Greenbery RL. Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective. New York: Basic Books; 1985.
28. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther* 1997; 35:741-56.
29. Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: a review of meta-analytic findings. *J Clin Psychol* 2004;60(4):429-41.