مقاله پژوهشی

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

نازیلا آقاخانی[۱]، دکتر زینب خانجانی[۲]، دکتر مجید محمودعلیلو[۳]، محمدحسین حامدی[۴]

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 اثرگذاری 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 پیش آزمون – پس آزمون بود. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه گیری در دسترس از میان داوطلبان بود. آزمودنی‌ها شامل ۳۶ نفر از دانشجویان دانشگاه تبریز بودند که براساس مصاحبه تشخیصی برمبنای(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 پیش آزمون و پس آزمون گروه درمانی رفتاری/شناختی با گروه درمانی شناختی و رفتاری معنی‌دار می‌باشد($P<۰/۰۱$). در صورتی که تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون در گروه درمانی رفتاری و گروه درمانی شناختی معنی‌دار نبود($P>۰/۰۱$).

بحث و نتیجه گیری: در این مطالعه مشخص گردید که گروه درمانی رفتاری/شناختی به لحاظ میزان اثرگذاری مرجح تر 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 اثرگذاری 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 روان شناسی

Email: aghakhani87@yahoo.com

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی[۵] 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 این‌که در موقعیت‌های اجتماعی دچار خجالت‌زدگی شده یا مورد ارزیابی منفی دیگران 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).

---

[۱] کارشناس ارشد روانشناسی بالینی (نویسنده مسئول)

[۲] دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز

[۳] دانشیار روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه تبریز

[۴] کارشناس ارشد سنجش و اندازه گیری

[۵] Social Anxiety

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

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

درمان‌های روان‌شناختی و دارویی کارآمدی برای اختلال هراس اجتماعی وجود دارد. در حال حاضر درمان انتخابی داروئی آن، فنلزین[1] و درمان روان‌شناختی انتخابی برای این اختلال خصوصاً نوع فراگیر آن، رفتار درمانی شناختی از طریق گروه درمانی می‌باشد (۳).

در ارتباط با اختلال فوبی 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 به‌صورتی وسیع، به خودگویه‌های[2] غلط منتسب می‌شود. خودگویه‌های 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[3] صورت می‌گیرد (۴).

در مورد میزان اثرگذاری درمان شناختی/رفتاری گروهی و درمان‌های صرف رفتاری و شناختی گروهی بر روی بیماران مبتلا به فوبی اجتماعی پژوهش‌هایی صورت گرفته است. مطالعه هیمبرگ[4] و همکاران(۱۹۹۰)در استرالیا روی ۴۹ بیمار مبتلا به فوبی اجتماعی نشان داد که درمان شناختی/رفتاری گروهی فوبی اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل، تاثیر معنی‌داری در کاهش اضطراب اجتماعی افراد مبتلا به این اختلال دارد (۵). در مطالعه‌ای بیر[5] و گارلند[6](۲۰۰۵) تاثیر گروه درمانی رفتاری/شناختی بر ۱۳ نوجوان مبتلا به فوبی 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).

پژوهش گارسیا[7](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[8] و تریبو[9] (۲۰۰۶) (۲۰۰۶) نیز که روی ۶۰ بیمار مبتلا به فوبی اجتماعی انجام گرفت نشان دهنده تاثیر گروه درمانی شناختی-رفتاری کوتاه مدت در ۱۲ جلسه دو ساعته نسبت به گروه کنترل بود (۸). هربرت[10] 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[11] و رپی[12] (۲۰۰۷) در استرالیا در پژوهش خود که بر روی ۳۶ بیمار مبتلابه فوبی اجتماعی انجام داده بودند، درمان رفتاری – شناختی انفرادی را بکار بردند.آن‌ها جهت تشخیص بیماری از مصاحبه برمینای DSM-IV استفاده کرده بودند نتایج پیش آزمون و پس آزمون نشان دهنده تاثیر معنی‌دار این شیوه درمانی در بهبود اختلال فوبی اجتماعی بود (۱۰).

اسکیف[13] و همکاران(۲۰۰۷) در کانادا در پژوهشی روی ۳۴ بیمار سرپایی مبتلا به فوبی 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[14] (۲۰۰۴) و هافمن و همکاران (۲۰۰۴) در آمریکا نیز نشان دهنده تاثیر گروه درمانی شناختی – رفتاری در مقابل گروه درمانی رفتاری صرف اختلال فوبی اجتماعی است (۱۲،۱۳). در بررسی مقایسه‌ای اثربخشی گروه درمانی رفتاری صرف با گروه درمانی شناختی صرف این اختلال، پژوهش کلارک[15] 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 فوبی اجتماعی بهتر از رویارویی به همراه آرام‌سازی عمل می‌کند و برنامه شناختی در مقایسه با درمان رفتاری تاثیر بیشتری در درمان اختلال فوبی اجتماعی داشت (۱۴). پژوهش

1. Phenelzine
2. Self-Talk
3. Exposure
4. Heimberg
5. Bear
6. Garland
7. Garsia
8. Camart
9. Try Bou
10. Herbert
11. Wilson
12. Rapee
13. Schiff
14. Hofmann
15. Clark

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

مک اووی[1](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 تائید 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 CBGT[2] یا گروه درمانی رفتاری – شناختی، ATT[3] یا آموزش توجه و RT[4] یا درمان آرام‌بخشی را مورد مقایسه قرار دادند. از میان این درمان‌ها، CBGT تاثیر معنی‌دارتری را در درمان بیماری نشان دادند (۱۶،۱۵).

جستجو در ادبیات تحقیق در ایران درخصوص موضوع مورد نظر نتیجه چندانی بدست نداد. چرا که پژوهش در این زمینه در ایران بسیار محدود بوده است. با این حال پور احسان و سعید در سال ۲۰۱۰روی ۱۶ دختر دانشجو که مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی بودند، گروه درمانی شناختی – رفتاری را بکار بردند برای اندازه گیری 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 پیش آزمون و پس آزمون 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). وکیلیان نیز در سال ۱۳۸۶ به مقایسه دو نوع درمان CBGT به همراه STT[5] یا آموزش مهارت‌های اجتماعی و CBGT به تنهایی، پرداخت. در این روش به وسیله مصاحبه بالینی برمبنای DSM-IV و غربالگری آزمودنی‌ها براساس نمرات آزمون SPIN و با استفاده از روش نمونه گیری 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 اثرگذاری 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 در تعامل با افرادی که بیماری مشابه ای 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 اجتناب ناپزیر است.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع تمام آزمایشی با رویکرد پیش آزمون و پس آزمون 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 ۳۰-۱۸ 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 (DSM-IV-TR)[6] و استفاده از پرسش‌نامه فوبی اجتماعی[7] (SPIN) اتفاق افتاد. روش نمونه گیری به صورت نمونه گیری 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 پیش آزمون، 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

[1].Mc Evoy
[2].Cognitive behavioral group therapy
[3].Attention therapy
[4].Relaxation therapy
[5].Social Skill Training

[6] .Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder 4 – Text Revision
[7]. Social Phobia Inventory

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

فری[1] (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 هیمبرگ[2] و بکر[3] (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 [4] و هولند[5] (۲۱) (۲۱) در رویارویی و آموزش جرات ورزی دردرمان فوبی اجتماعی استفاده شد. در این راهنمای درمانی، بیشترین تاکید براستفاده 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 آزمونی با آزمون (SPIN) مجدداً اجرا شد.

پرسش‌نامه‌ی هراس اجتماعی (SPIN) نخستین بار توسط کانور[6] 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 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 کارآیی 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 کارآیی یا دقت تشخیص ۷۹درصد 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[7] 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[8] 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 وپس 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. باتوجه به نتایج بدست آمده از بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس و برقراری مفروضه‌ها، تحلیل کوواریانس برای بررسی فرضیه‌های تحقیق محاسبه گردید که

[1].Micheal free
[2]. Heimberg
[3] .Bcker
[4] .Leahy
[5].Holland
[6]. Connor
[7]. Analysis of Covariance
[8].Drop

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

نتایج مربوط، در جدول شماره۲ 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 (P<۰/۰۰۵) از لحاظ آماری معنی‌دار است. بنابراین بهبود فوبی اجتماعی در بین سه روش گروه درمانی متفاوت و از نظر آماری معنی‌دار می‌باشد.

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	مجذور اتا
(SPIN)	پیش آزمون	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				

به منظور بررسی بیشتر و اینکه بین کدام‌یک از گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد آزمون تعقیبی با استفاده از شیوه Ferroni Bon برای کنترل خطای نوع اول با مقدار $\alpha=\frac{۰/۰۵}{۳}=۰/۰۱۷$ محاسبه شده است که نتایج آزمون‌های تعقیبی در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

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

		میانگین تراز شده	تفاوت میانگین	خطای معیار میانگین	معنی‌داری P	اندازه اثر
(SPIN)	گروه درمانی شناختی/ رفتاری	۲۲/۷	-۹/۱	۲/۸	۰/۰۰۱	۱/۷
	گروه درمانی شناختی	۳۱/۸				
	گروه درمانی شناختی/ رفتاری	۲۲/۷	-۷/۴	۲/۶	۰/۰۳	۱/۴
	گروه درمانی رفتاری	۳۰/۱				
	گروه درمانی رفتاری	۳۰/۱	۱/۵	۲/۴	۰/۹	۰/۳
	گروه درمانی شناختی	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<۰/۰۱) 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<۰/۰۳) از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

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 اجتماعی‌ست. 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 جرأت ورزی و البته رویارویی با منبع برانگیزاننده اضطراب، بازی نقش و... سعی می‌کند نشانه‌های بیماری را نیز کاهش دهد (۲۰).

دومین بافته پژوهش حاضر که مبتنی بر اثربخشی درمان گروهی رفتاری/ شناختی در مقایسه با گروه‌درمانی 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 گروه‌درمانی رفتاری نسبت به گروه‌درمانی 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 ست 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 شناختی‌ست، می‌شود و طبیعتاً این موضوع کارآیی درمان شناختی را نیز برای آن‌ها تقریباً همانند درمان رفتاری می‌کرد درحالی‌که 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- جزوء محدودیت‌های این پژوهش نیز به حساب می‌آید. بنابراین با توجه به نتایج پژوهش حاضر و البته سایر پژوهش‌های

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

انجام شده در این حوزه می‌توان دریافت که میـزان تـاثیر رویکـرد رفتاری/شناختی در تلفیق به اهم بیشتر و بهتـر از رویکـرد صـرف 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 نمونه پژوهش اشاره کرد که باعث رعایت جانب احتیاط در ارتبـاط با تعمیم نتایج و یافته‌ها می‌شود. محـدودیت بعـدی در ارتبـاط بـا افت و ریزش آزمودنی‌ها ست که معمول پژوهش‌هایی از این دست است. محدودیت بعدی پژوهش در مورد اجرای صـرف آن بـر روی جامعه دانشجویی بود که نتایج تحقیق را به آسانی قابل تعمیم بـه سایر اقشار نمی‌کند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی سـعی در رفع این محدودیت‌ها شود.

References:

1. Browin B, Stein DJ. Social anxiety disorder. New York: Marcel Dekker Inc; 2004. P.1.
2. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology: an integrative approach. 6th Ed. Belmont, CA: Wadsworth, Cengage Learning. 2011. P.139.
3. Heimberg RG. Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. Biol Psychiatry 2002; 51:101-8.
4. Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York: Guilford Press; 2004.
5. 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.
6. 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.
7. Garsia Sanchez G. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy in patients with anxiety disorders. Psychol Spain 2004; 8:89-97.
8. Camart N, Andre C, Try Bou V, Bourdel MC. Short-term effects of a cognitive- behavioral group therapy in social phobia: evaluation sixty patients. Enccephale 2006; 32:101-3.
9. Herbert JD, Rheingold AA, Goldstein SG. Brief cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. Cog Behav Prac 2002; 9:1-8.
10. 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.
11. 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.
12. Hofmann SG. Cognitive mediation of treatment change in social phobia. J Consult Clin Psychol 2004; 72:392-9.
13. 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.
14. 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.
15. McEvoy PM. Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social phobia in a community clinic: a benchmarking. Behav Res Ther 2007; 45:3030-40.
16. 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.
17. Purehsan S, Saeed O. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) on reduction of social phobia. Proced Soc Behav Sci 2010; 5:1694-7.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]

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. Heinberg, 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 Psycol 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.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-04-25]