

## بررسی کارآمد دارودرمانی، درمان‌های شناختی- رفتاری و ترکیب آن‌ها در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی

دکتر حسن توننده‌جانی<sup>۱</sup>، محبوبه احمدپور<sup>۲</sup>

### چکیده

**مقدمه:** اختلال هراس اجتماعی در برخی موقعیت‌های معین و یا در برابر اشیای خاص در حالی که اغلب خطرناک نیستند، بروز می‌کند. این مطالعه به منظور درمان اختلال هراس اجتماعی انجام شد.

**روش‌ها:** این پژوهش نوعی کارآزمایی بالینی بود که سعی داشت تأثیر جداگانه و ترکیبی دو عامل دارودرمانی و درمان‌های شناختی- رفتاری را (در مقایسه با دارونما) مورد سنجش قرار داد. بدین منظور از بین بیماران مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مطب‌های خصوصی روان‌پزشکی شهر نیشابور و مشهد ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال هراس اجتماعی به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی جایگزینی به چهار گروه دارو درمانی، درمان‌های شناختی- رفتاری، درمان ترکیبی و دارونما تقسیم گردیدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از دوره‌ی درمان، و همچنین دو ماه پس از پایان دوره‌ی درمان توسط آزمون‌های هراس اجتماعی Davidson، اضطراب Schpillberger، افسردگی Beck و Hamilton، افکار ناسالم Weismann و Myers، سازگاری اجتماعی California، عزت نفس Eliss-Pope مورد آزمون قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج آزمون Repeated measure ANOVA حاکی از کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی، اضطراب، افسردگی، تغییر افکار ناسالم و افزایش سطح سازگاری اجتماعی و عزت نفس بیماران ( $P < 0/05$ ) بود. نتایج همچنین بیانگر برتری هر یک از درمان‌های دارویی، شناختی- رفتاری و ترکیبی به تنهایی نسبت به دارونما بود ( $P < 0/05$ ). درمان‌های شناختی- رفتاری و ترکیبی نیز نسبت به دارو درمانی برتری داشتند، اما اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری و ترکیبی تفاوت معنی‌داری نداشت ( $P > 0/05$ ).

**نتیجه‌گیری:** به طور کلی می‌توان گفت که دارو درمانی روی نشانه‌های جسمی و خلق بیماران اثر می‌گذارد، اما درمان‌های شناختی- رفتاری به طور عمده روی افکار و تکانه‌های هراس تأثیر دارد و به تدریج به سایر موقعیت‌های واقعی زندگی تعمیم می‌یابد. بنابراین، این دو شیوه‌ی درمان در بسیاری از موارد لازم و ملزوم یکدیگر هستند.

**واژگان کلیدی:** اختلال هراس اجتماعی، دارو درمانی، درمان‌های شناختی رفتاری، درمان ترکیبی، دارونما، اضطراب، افسردگی، سازگاری اجتماعی، عزت نفس، افکار ناسالم

### مقدمه

خود اختلال هراس (Phobia) را داشته و ۳۹ درصد بیماران مبتلا به اختلال هراس دچار اختلال وحشت‌زدگی (Panic disorder) شده‌اند (۲). از این‌رو، شناسایی و پیش‌بینی میزان شیوع این اختلال در جمعیت‌های خاص حایز اهمیت است. هراس اجتماعی (Social phobia) از جمله اختلال‌های اضطرابی است که در آن اضطراب در

بسیاری از افراد از اختلال‌های اضطرابی (Anxiety disorders) رنج می‌برند. بر اساس مطالعات Clark و Forborne برآورده شده است که بین ۲ تا ۳ درصد جمعیت عمومی مبتلا به حالات اضطرابی هستند (۱). بیشتر از ۸۰ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر (General anxiety) در طول زندگی

<sup>۱</sup> استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران

در سه زمینه‌ی دارو درمانی (Pharmacotherapy)، رفتار درمانی (Behavior therapy)، شناخت درمانی (Cognitive therapy) و ترکیب درمان‌های شناختی رفتاری با دارو درمانی بوده است. شیوع قابل ملاحظه‌ی هراس اجتماعی در جمعیت عمومی و پاسخ دهی سریع این اختلال به درمان دارویی سبب شده است که برخی از متخصصان درمان دارویی را به عنوان روش برخورد اول با این اختلال مطرح کنند. تعداد کثیری از مواد دارویی به منظور معالجه‌ی علائم هراس اجتماعی به کار گرفته می‌شود. نظیر این داروها می‌توان به گروه بنزودیازپین‌ها، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز و آرام بخش‌های عمده اشاره کرد (۸).

در درمان رفتاری اختلال هراس اجتماعی، تکنیک‌های مختلفی از جمله غرقه سازی، مواجهه و یا پیش‌گیری از پاسخ، حساسیت زدایی منظم، الگوسازی مشارکتی یا فعال، ایجاد وقفه در فکر یا "ایست فکری" به کار برده شده است (۹). درمان‌هایی که بیشترین اثربخشی را در این بیماران به دنبال داشته‌اند، شیوه‌های مختلف رفتاردرمانی هستند که محور اصلی آن‌ها مواجهه با عامل ترسناک است (۱۰) و به طور مستقیم از یافته‌های روان‌شناسی تجربی، به خصوص کارهای Wolpe و Lang درباره‌ی حساسیت زدایی منظم حاصل آمده است (۱۱). این درمان بر این فرض استوار است که اکثر رفتارهای نابهنجار اکتسابی هستند، در نتیجه آن چه را که فرا گرفته‌ایم می‌توانیم از یاد ببریم (۱۲).

در رویکرد پردازش اطلاعات و دیدگاه شناختی اعتقاد بر این است که اساس اختلال‌های اضطرابی آشفتگی‌ها و نگرانی‌هایی است که فرد در رابطه با

برخی موقعیت‌های معین و یا در برابر اشیای خاص در حالی که اغلب خطرناک نیستند، بروز می‌کند. ویژگی اصلی هراس اجتماعی ترس آشکار و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است که ممکن است موجب شرمندگی شوند. در نتیجه، فرد از این موقعیت‌ها و اشیاء به طور جدی اجتناب می‌کند و یا با اضطراب شدید آن‌ها را تحمل می‌کند (۳). این اضطراب به طور عمده در روابط بین فردی ایجاد می‌شود، اما با هر علتی که ایجاد شود موجب کاهش کارآمدی مهارت‌های اجتماعی می‌شود (۴). اجتناب، ترس، یا اضطراب انتظاری (Expectation anxiety) از رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی به طور قابل ملاحظه‌ای در کارکرد روزمره، شغلی، تحصیلی و اجتماعی شخص تداخل ایجاد می‌کند (۵). بنابراین برای افزایش مهارت‌های اجتماعی، کاهش اضطراب و کمک به بهبود عملکرد تحصیلی، اجتماعی و بین فردی بیماران انجام چنین پژوهش‌هایی ضروری است.

مقابله با هراس اجتماعی می‌تواند در بهبود عملکرد افراد و کاهش اضطراب موقعیتی (Conditional anxiety) آن‌ها اهمیت فراوانی داشته باشد (۶). Heimberg و Barlow گزارش دادند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی با وجود تمایل به شروع و ادامه‌ی تعامل اجتماعی، به علت نداشتن مهارت‌های اجتماعی لازم و یا به دلیل خجالتی بودن، نمی‌توانند تعامل اجتماعی مناسبی داشته باشند و بنابراین گوشه‌گیر می‌شوند (۷). از این رو، افزایش یا اصلاح مهارت‌های اجتماعی و بین فردی این بیماران در بهبود عملکرد آن‌ها مؤثر است و حاکی از اهمیت و ضرورت این گونه تحقیقات می‌باشد.

مطالعات درمانی در مورد این اختلال به طور کلی

و به ویژه اختلال هراس اجتماعی بودند. پژوهش Daniel و همکاران (۲۲) و Jarrett و همکاران (۲۳) حاکی از کارآمد بیشتر درمان‌های شناختی- رفتاری نسبت به دارودرمانی و دارونما در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران و افزایش سطح عزت نفس و سازگاری اجتماعی آن‌ها بود. تحقیقات Simpson و همکاران (۲۴)، Hamamci (۲۵)، Chen و همکاران (۲۶)، Marks و همکاران (۲۷) و Hersen و Bellack (۲۸) حاکی از کارآمد بیشتر درمان ترکیبی (درمان‌های شناختی- رفتاری همراه با دارو درمانی) در مقایسه با درمان‌های شناختی- رفتاری و دارو درمانی به تنهایی بود. Foa و همکاران (۶) و Salkovskis (۲۹) نیز این برتری را تأیید کردند. در پژوهش Evans و همکاران (۳۰) نتایج مثبت‌تر درمان‌های شناختی رفتاری در مقایسه با رویکرد روان‌کاوی کوتاه‌مدت و درمان رفتاری به تنهایی گزارش شد. نتایج پژوهش Turner و Beidel (۳۱)، Goldenberg و Goldenberg (۳۲) و Bandura (۳۳) اثربخشی روش حساسیت‌زدایی تدریجی در کاهش اضطراب و هراس اجتماعی را تأیید می‌کنند. Slicker مهارت‌های شناختی رفتاری را برای افراد مبتلا به هراس اجتماعی به دلیل ضعف مهارت‌های اجتماعی آن‌ها مفید می‌داند (۳۴).

Elliott و Gresham آموزش مهارت‌های اجتماعی و نیز بازسازی شناختی را در افزایش احساس خودکفایی برای شروع و ادامه‌ی تعامل‌های اجتماعی مؤثر یافتند (۳۵). Brand و Brinich گزارش دادند که آموزش‌های جرأت‌آموزی در پیشرفت تحصیلی، محبوبیت و کاهش هراس اجتماعی دانش‌آموان تأثیر مثبتی دارد (۳۶). Ballard اثربخشی روش جرأت‌آموزی و آموزش مهارت‌های اجتماعی را بر

خطر یا تهدید احساس می‌کند. از این رو، ممکن است به این گونه محرک‌ها و تهدیدها بیشتر توجه شود و پردازش بیشتری در مورد آن‌ها در حافظه انجام شود (۷). الگوهای شناختی بر این فرض تأکید دارند که بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی موقعیت‌های اجتماعی را تهدید کننده تر از سایر افراد تعبیر می‌کنند. نتایج یک تحقیق نشان داد که بیماران مبتلا به هراس اجتماعی تعبیرهای منفی را بیشتر گزارش می‌کنند و ارزیابی‌های منفی این بیماران از عملکردشان حداقل تا حدودی تحریف شده است (۱۳). Beadle گزارش دادند که مبتلایان به هراس اجتماعی در افکار خود ارزشیابی‌های منفی‌تری را گزارش می‌کنند (۱۴). مطالعات Caciopp و همکاران حاکی از آن بود که بخشی از برآوردهای مبتلایان به هراس اجتماعی درباره‌ی میزان خطرناک بودن موقعیت‌های اجتماعی بر ادراک پاسخ هیجانی خودشان مبتنی است (۱۵).

Clark و Wells دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر الگوی شناختی آن‌ها ترس از ارزیابی منفی آزمودنی‌ها را بیشتر از سایر روش‌های روان‌شناختی کاهش می‌دهد (۱۶). Stangier و همکاران نیز گزارش دادند که الگوی شناخت درمانی Clark و Wells باعث کاهش معنی‌دار هراس اجتماعی آزمودنی‌ها می‌شود (۱۷). Hayward و همکاران گروه درمانی شناختی- رفتاری را در درمان نوجوانان دختر مبتلا به هراس اجتماعی مؤثر یافتند (۱۸). Wells معتقد است که مداخله‌های فراشناختی در درمان اختلال هراس اجتماعی مؤثر می‌باشند (۱۹). پژوهش Fisher و Wells (۲۰) و Rees و van Koesveld (۲۱) نیز حاکی از اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری و مداخله‌های فراشناختی در درمان اختلال‌های اضطرابی

تدریجی و برتری شناخت درمانی را مورد تأیید قرار داده‌اند. Lassiter نشان داد که مداخله‌های شناختی-رفتاری به شیوه‌ی گروهی می‌تواند در افزایش سطح خلق و اصلاح شیوه‌ی پردازش اطلاعات بیماران مؤثر واقع شود (۶۶).

نریمانی و رفیق ایرانی (۶۷) و خدایاری و همکاران (۶۸) اثربخشی روش‌های شناختی-رفتاری را بر سلامت روانی؛ ثمری و لعلی فاز (۶۹) تأثیر جرأت‌آموزی و حساسیت‌زدایی تدریجی را بر قاطعیت دانشجویان؛ کویانی و همکاران (۷۰) و ناظمیان و همکاران (۷۱) اثربخشی شناخت درمانی را بر کیفیت زندگی گزارش دادند. نتایج تحقیق مسعودی علوی و همکاران (۷۲)، حسینی نسب و همکاران (۷۳)، رحیمی و همکاران (۷۴) بیانگر اثربخشی شیوه‌های جرأت‌ورزی و سایر فنون شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های هراس، افسردگی و اضطراب این بیماران بود. نجمه (۷۵) طی پژوهشی دریافت که شناخت درمانی (در مقایسه با دارو درمانی) در کاهش اضطراب و افسردگی بیماران کارآمد بیشتری دارد. منوچهری و همکاران (۷۶) اثربخشی مشاوره‌ی شناختی عاطفی به شیوه‌ی گروهی را بر سلامت روانی و کاهش علائم اضطرابی نشان داده است. عطاری و همکاران (۶۳) آموزش‌های گروهی مهارت‌های اجتماعی و مداخله‌های شناختی را در عزت نفس و سازگاری فردی-اجتماعی نوجوانان مؤثر یافتند. فتحی (۷۷) در تحقیقی اثربخشی شناخت درمانی بر کاهش افکار منفی ناهشیارانه، نگرش‌های ناکارآمد، افسردگی و اضطراب را در سطح بالایی برآورد کردند. با توجه به اطلاعات پیش گفته، می‌توان گفت که هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی کارآمد تکنیک‌های

روی گروهی از دانشجویان مبتلا به اضطراب و هراس اجتماعی گزارش داد (۳۷).

نوع دیگری از رفتار درمانی پیشنهاد شده برای هراس اجتماعی، جرأت‌آموزی (Assertive training) با روش چند محتوایی است (۳۸). گروهی از محققان مانند Emmelkamp و همکاران (۳۹)، Rachman و همکاران (۴۰)، Salkovskis (۴۱)، Hersen و Bellack (۲۸) و همکاران (۴۳)، اثربخشی جرأت‌آموزی در هراس اجتماعی را تأیید کردند. پژوهش‌های Durham (۴۴)، Chambless و Gillis (۴۵)، شریف و وداد (۴۶) و Dobson (۴۷) نشان داد که درمان‌های شناختی-رفتاری در درمان بیماران مبتلا به هراس اجتماعی کارآمدتر از درمان‌های دارویی و دارونما است. Schinke و همکاران (۴۸)، Emery (۴۹) و Campbell (۵۰)، Errecart و همکاران (۵۱)، Florsheim (۵۲)، Gurney (۵۳) و Salkovskis و همکاران (۵۴) و Kahn (۵۵) اثربخشی یک برنامه‌ی چند محتوایی شناختی رفتاری را در کاهش اضطراب و هراس اجتماعی و افزایش مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس و روابط آزمودنی‌ها با همسالانشان را گزارش دادند.

Strauss (۵۶) آموزش کنترل اضطراب را یک جزء اصلی‌درمان رفتاری اختلال‌های اضطرابی معرفی می‌کند. پژوهش‌های متعددی مانند Hughes (۵۷)، Blackburn و Davidson (۵۸)، Eysenck (۵۹)، Chapman و همکاران (۶۰)، Linden و همکاران (۶۱)، Kanner و همکاران (۶۲)، عطاری و همکاران (۶۳)، Dalglish و Watts (۶۴) و Goodstein و Lanyon (۶۵) اثربخشی روش حساسیت‌زدایی

دارو درمانی، درمان‌های شناختی-رفتاری و ترکیب آن‌ها (در مقایسه با دارونما) در درمان یا کاهش علائم هراس اجتماعی، اضطراب موقعیتی، افسردگی، افکار ناسالم و بالا بردن سطح عزت نفس و سازگاری اجتماعی مبتلایان به هراس اجتماعی بود.

## روش‌ها

این پژوهش نوعی کارآزمایی بالینی بود که هدف آن مقایسه‌ی اثربخشی روش‌های دارو درمانی، درمان‌های شناختی-رفتاری به تنهایی و ترکیب آن‌ها در مقایسه با دارونما در درمان مبتلایان به هراس اجتماعی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش متشکل از کلیه‌ی بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مطب‌های خصوصی روان‌پزشکی شهر نیشابور و مشهد بود (به دلیل محدودیت در دسترسی به این بیماران از دو شهر انتخاب شدند). نمونه‌ی این پژوهش شامل ۶۰ بیمار مرد و زن داوطلب مجرد و متأهل ۱۵ تا ۴۵ سال که مبتلا به اختلال هراس اجتماعی بودند. بیماران طی سه ماهه‌ی آخر سال ۱۳۸۹ و بر اساس نمره‌ی آزمون هراس اجتماعی و مصاحبه‌ی بالینی مبتنی بر DSM-IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> Edition) که توسط همکار روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی در محیط کلینیک و در شرایط یکسان انجام می‌شد سرند سازی شدند. بیماران باید طی سال گذشته فقط مبتلا به اختلال هراس اجتماعی می‌بودند و مبتلا به اختلال‌های عضوی مغز، اختلال‌های شناختی یا اختلال‌های روان‌پریشی نبودند و تا به حال هیچ نوع درمان روان‌شناختی را دریافت نکرده بودند. بیماران با حداقل تحصیلات مقطع ابتدایی وارد مطالعه شدند.

افراد شرکت‌کننده در مطالعه بر مبنای نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی جایگزینی به چهار گروه تقسیم شدند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از دوره‌ی درمان و همچنین دو ماه پس از پایان دوره‌ی درمان توسط آزمون‌های هراس اجتماعی، اضطراب، افسردگی، افکار ناسالم، سازگاری اجتماعی و عزت نفس به صورت انفرادی در شرایط یکسانی مورد آزمون قرار گرفتند. سپس، هر گروه به طور جداگانه و به صورت گروهی در معرض متغیر مستقل مربوط قرار داده شدند. برای گروه دارو درمانی، درمان‌های شناختی-رفتاری و گروه درمان ترکیبی، در هر هفته دو جلسه‌ی یک و نیم ساعته تشکیل شد. جلسات درمانی برای گروه‌ها در شهر نیشابور و مشهد به طور مستقل اما با محتوای یکسان برگزار شد. برای گروه دارونما هیچ‌گونه مداخله‌ی درمانی صورت نگرفت و این گروه در پایان دوره‌ی درمان جهت دارودرمانی و سایر خدمات روان‌شناختی ارجاع داده شدند. روش‌های درمان به صورت گروهی اجرا شد. تعداد جلسات درمانی برای هر گروه ۱۳ تا ۱۵ جلسه بود که در پایان دوره‌ی درمان آزمودنی‌ها مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. در درمان‌های شناختی-رفتاری و گروه درمان ترکیبی از تکنیک‌های متعددی بنا به تشخیص درمانگر استفاده شد.

## ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه‌ی هراس اجتماعی: این پرسش‌نامه‌ی ۳۸ سؤالی خودسنجی در برگرفته‌ی سوال‌هایی است که جنبه‌های شناختی، جسمی و رفتارهای مربوط به اختلال هراس اجتماعی را ارزیابی می‌کند و توسط مشاور (۷۸) و بر مبنای پرسش‌نامه‌ی Davidson ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای دو خرده‌مقیاس

**پرسش‌نامه‌ی افسردگی Hamilton:** در سال ۱۹۶۰ توسط Hamilton برای ارزیابی شدت افسردگی توسط درمان‌گر ساخته شد. این مقیاس دارای ۲۱ ماده است. بعد از مصاحبه‌ی روانی با بیمار خود، مصاحبه کننده هر ماده را روی یک مقیاس پنج قسمتی یا سه قسمتی نمره گذاری می‌کند. این مقیاس در سال ۱۹۶۰ با گزارشی از موقعیت آن با روش تحلیل عوامل و هنجاریابی به دست آمده بر روی ۴۱ بیمار مرد منتشر گردید. از نظر پایایی ضریب همبستگی محاسبه شده میان دو ارزیاب در مورد ۷۰ بیمار ۰/۹۰ بود. در مطالعه‌ی دیگری، این ضریب معادل ۰/۹۴ گزارش شده است. اعتبار و پایایی اطلاعات به دست آمده از مقیاس درجه بندی شده‌ی Hamilton برای افسردگی همبستگی زیادی را با اطلاعات حاصل از برنامه‌ی مصاحبه‌ی تشخیص بهداشت روانی انستیتو ملی نشان داده است (۸۳). در مطالعه‌ی فتی ثبات درونی این ابزار ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است (۸۲). همچنین، خجسته مهر ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله‌ی یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده است (۷۹). آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهش حاضر ۰/۷۸ به دست آمد.

**پرسش‌نامه‌ی اضطراب حالت-صفت Schpillberger:** این پرسش‌نامه‌ی خودسنجی توسط Schpillberger تدوین شده است. در این پژوهش از نسخه‌ی ترجمه شده‌ی آن توسط مهرام (۸۴) استفاده شد. این آزمون دارای ۴۰ عبارت است و ویژگی اضطراب را به دو صورت "حالت" و "صفت" می‌سنجد. پایایی مقیاس اضطراب حالت ۰/۹۱ و

هراس اجتماعی و گذر هراسی است و پاسخ دهی به سؤال‌های این آزمون به صورت درجه بندی صفر تا ۶ (از هرگز تا همیشه) می‌باشد (هرگز = صفر، خیلی کم = ۱، کم = ۲، گاهی اوقات = ۳، زیاد = ۴، خیلی زیاد = ۵، همیشه = ۶). پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است (۷۹).

**پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck:** این مقیاس در سال ۱۹۶۱ توسط Beck تدوین شد، دارای ۲۱ ماده است و جنبه‌های مختلف افسردگی را بررسی می‌کند. برای محاسبه‌ی نمره‌ی آزمونی در این پرسش‌نامه، مجموع درجه بندی‌های مشخص شده با یکدیگر جمع می‌شود. چنانچه آزمودنی در یک قسمت چند جمله را علامت زده باشد، باید نمره‌ی یک جمله را به حساب آورد (جمله‌ای که بالاترین نمره را دارد). اگر نمره‌ی آزمودنی بین صفر تا ۹ باشد، بهنجار تلقی می‌شود. نمره‌ی ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف تا متوسط، نمره‌ی ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط تا شدید و نمره‌ی ۳۰ تا ۶۳ نشان دهنده‌ی افسردگی بسیار شدید در نظر گرفته می‌شود (۸۰). Beck پایایی کلی سؤال‌ها را در حدود ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ و پایایی کلی سؤال‌ها با روش همبستگی Spearman-Brown را در حدود ۰/۹۳ گزارش کرده است.

Weckowicz با استفاده از روش Coder-Richardson پایایی نمرات را با دو بار اجرای این آزمون با فاصله‌ی یک ماه ۰/۷۸، با فاصله‌ی ۳ ماه ۰/۷۴ و برای بیمار روانی با فاصله‌ی ۳ هفته ۰/۴۸ گزارش کرده است (۸۱). ضریب همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون پرسش‌نامه‌ی افسردگی Beck و مقیاس درجه بندی افسردگی Hamilton تقریباً  $r = ۰/۶۶$  گزارش شده است (۸۲).

استفاده از فرمول شماره ی ۲۰ کودر ریچاردسون ۰/۸۱ برآورد کرد (۸۶). Stephens و Jonbert ضریب اعتبار آزمون را از طریق بازآزمایی روی ۸۶ نفر ۰/۵۴ و با استفاده از فرمول شماره ی ۲۰ Coder-Richardson ۰/۸۱ برآورد کردند (۸۶).

**پرسش‌نامه‌ی عزت نفس کوپر اسمیت Ellis-Pope:** آزمون عزت نفس Ellis-Pope دارای ۶۰ سؤال است و در پنج مقیاس کلی، تحصیلی، خانوادگی، جسمانی و اجتماعی عزت نفس را می‌سنجد. علاوه بر این، دارای یک مقیاس دروغ سنج نیز می‌باشد. شیوه‌ی نمره‌گذاری برای این آزمون به این صورت است که برای گزینه‌های تقریباً همیشه، گاهی اوقات و تقریباً هیچ‌گاه به ترتیب نمرات صفر، ۱، ۲ در نظر گرفته می‌شود و برای سؤال‌هایی که داخل پرانتز هستند نمره‌گذاری بر عکس است. یعنی تقریباً = ۰ گاهی اوقات = ۱ و تقریباً هیچ‌گاه = ۲ می‌باشد. ضریب پایایی آزمون بر اساس روش‌های همسانی درونی، تحلیل عوامل، روش‌های دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ و نیز روش لوپ (حذف سؤال و محاسبه‌ی پایایی) برابر با ۰/۸۶ گزارش شد (۸۷).

**مقیاس افکار ناسالم Weismann و Myers:** این مقیاس به وسیله‌ی Weismann و Myers تهیه شد و دارای ۴۰ ماده است. در این مقیاس پاسخ‌ها روی یک مقیاس ۷ درجه‌ای از "کاملاً مخالف" تا "کاملاً موافق" درجه‌بندی می‌شود. به منظور نمره‌گذاری این مقیاس سؤال‌های ۴۰، ۳۷، ۳۵، ۳۰، ۲۹، ۲۴، ۱۷، ۱۲، و ۲ از کاملاً موافق هشتم (نمره ی ۱) تا کاملاً مخالف هشتم (نمره ی ۷) و بقیه‌ی سؤال‌ها بر عکس نمره‌گذاری می‌شوند. اعتبار درونی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۹۰ و پایایی آن ۰/۷۳ در فاصله ی ۶

پایایی مقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰ به دست آمده است. برای مجموع آزمون، پایایی مقیاس ۰/۹۴ به دست آمده است (۸۴). جهت مطالعه ی روایی، از شیوه ی ملاکی همزمان استفاده شده است که بر اساس این مطالعه در هر دو مورد مقیاس اضطراب حالت و صفت و همچنین کل آزمون تفاوت‌های معنی‌داری در سطوح ۰/۰۱ و ۰/۰۵ بین گروه هنجار و ملاک و بر اساس مقایسه‌ی میانگین‌ها حاصل شده است.

**پرسش‌نامه‌ی سازگاری اجتماعی California:** این پرسش‌نامه در سال ۱۹۳۹ ساخته شد و در سال ۱۹۵۳ مورد تجدید نظر قرار گرفت. شامل ۱۸۰ سؤال دو گزینه‌ای از نوع (بله-خیر) است، اما در این تحقیق از فرم ۹۰ سؤالی آن استفاده شد. این آزمون به منظور سنجش جنبه‌های مختلف سازگاری افراد در زندگی به کار برده می‌شود. دارای دو قطب سازگاری شخصی و سازگاری اجتماعی است. در زمینه‌ی سازگاری اجتماعی شش مقیاس فرعی که هر یک دارای پانزده سؤال است وجود دارد. بنابراین، شش نمره‌ی اختصاصی مربوط به عامل‌های قالب‌های اجتماعی، مهارت‌های اجتماعی، علایق ضد اجتماعی، روابط مدرسه‌ای، روابط خانوادگی و روابط اجتماعی است و همچنین، یک نمره به عنوان سازگاری اجتماعی کلی از نمره‌های مقیاس‌های فرعی به دست می‌آید. اعتبار و پایایی برای مقیاس سازگاری شخصی در حدود ۰/۸۹ تا ۰/۹۱ و برای مقیاس سازگاری اجتماعی در حدود ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ گزارش شده است. این ضرایب برای مقیاس‌های فرعی آزمون در دامنه‌ی ۰/۶۰ تا ۰/۸۷ و برای کل آزمون ۰/۹۲ تا ۰/۹۳ قرار دارد (۸۵). آخوندی ضریب اعتبار آزمون را از طریق بازآزمایی روی ۸۶ نفر از دانش‌آموزان عادی تهران ۰/۵۴ و با

ذکر است که نتایج و جداول ارایه شده در این مقاله بر اساس آزمون های One way ANOVA و Repeated measure ANOVA می باشد.

#### یافته ها

نتایج پرسش نامه ی هراس اجتماعی Davidson در گروه های مورد مطالعه و در زمان های مورد نظر در جدول ۱ نشان داده شده است.

با توجه به نتایج جدول ۱، ادعای محقق مبنی بر این که شیوه های مختلف درمان در کاهش علائم هراس اجتماعی بیماران مؤثر بوده و درمان ترکیبی نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی اثربخشی بیشتری داشته است، تأیید می شود. در جدول ۲، تفاوت شاخص کل افسردگی در گروه ها و در زمان های مورد مطالعه نشان داده شده است.

هفته ارزیابی شده است (۸۸). ضریب همبستگی مقیاس افکار ناسالم در جمعیت ایرانی با آزمون افسردگی Beck برابر با ۰/۳۱، آزمون افسردگی Hamilton برابر با ۰/۳۹ و آزمون ناامیدی برابر با ۰/۳۶ بوده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون برابر با ۰/۸۵ و ضریب پایایی با روش دو نیمه کردن و با استفاده از فرمول تصحیح Spearman-Brown برابر ۰/۹۴ گزارش شده است (۸۹).

در پایان، داده ها با روش های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی توسط آزمون ANOVA و با کمک نرم افزار SPSS (SPSS Inc, Chicago, IL) تجزیه و تحلیل شد.

نتایج بر اساس آزمون های One way ANOVA، Paired-t،  $\chi^2$ ، Repeated measure ANOVA و آزمون تعقیبی شفه مورد بررسی قرار گرفت. لازم به

جدول ۱. خلاصه ی نتایج آزمون Repeated measure ANOVA نمره های پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پی گیری پرسش نامه ی هراس

اجتماعی Davidson

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P
گروه	۶۷۶۳/۷۹	۳	۲۲۵۷/۹۳	۹/۶۷	< ۰/۰۰۱
خطای گروه	۴۱۹۸۶/۳۴	۱۸	۲۳۳۲/۵۷		
زمان	۳۴۲۷/۲۴	۲	۱۷۱۳/۶۲	۹/۲۷	< ۰/۰۰۱
خطای زمان	۲۲۱۸/۴۲	۱۲	۱۸۴/۸۷		
تعامل زمان	۱۱۲۱/۱۳	۶	۱۸۶/۸۶	۲۴/۳	< ۰/۰۰۱
خطای اثرات متقابل	۲۷۶/۸۷	۳۶	۷/۶۹		

جدول ۲. خلاصه ی نتایج آزمون Repeated measure ANOVA نمره های پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پی گیری شاخص کل علائم

افسردگی (مجموع نمرات پرسش نامه ی افسردگی Beck و Hamilton)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P
گروه	۱۷۲۹۴/۸۳	۳	۵۷۶۴/۹۴	۲۰/۶۱	< ۰/۰۰۱
خطای گروه	۵۰۳۶	۱۸	۲۷۹/۷۸		
زمان	۳۴۵۸۶/۵۸	۲	۱۷۲۹۳/۲۹	۳۶۳/۹۲	< ۰/۰۰۱
خطای زمان	۵۷۰/۲۵	۱۲	۴۷/۵۲		
تعامل زمان و گروه	۱۱۱۳۸/۶۷	۶	۱۸۵۶/۴۵	۶۵/۴۸	< ۰/۰۰۱
خطای اثرات متقابل	۱۰۲۰/۵۰	۳۶	۲۸/۳۵		



جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون Repeated measure ANOVA شاخص کل علائم اضطرابی (مجموع نمرات خرده آزمون های اضطراب حالت و اضطراب صفت (Schpilberger)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P
گروه	۱۶۳۲۴/۷۶	۳	۵۴۴۱/۵۹	۲۶/۴۴	< ۰/۰۰۱
خطای گروه	۳۷۰۴/۲۴	۱۸	۲۰۵/۷۹		
زمان	۲۹۶۷۸/۱۷	۲	۱۴۸۳۹/۰۸	۱۵۶/۰۶	< ۰/۰۰۱
خطای زمان	۱۱۴۱	۱۲	۹۵/۰۸		
تعامل زمان و گروه	۸۳۴۱/۴۵	۶	۱۳۹۰/۲۴	۱۴/۴۸	< ۰/۰۰۱
خطای اثرات متقابل	۳۴۵۶/۰۵	۳۶	۹۶/۰۰۱		

نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی در افزایش سازگاری اجتماعی آن ها اثر بخشی بیشتری داشت.

در جدول ۵ نتایج مربوط به نمره ی کل پرسش نامه ی عزت نفس نشان داده شده است.

با توجه به نتایج جدول ۵، شیوه های مختلف درمان بر افزایش عزت نفس بیماران مبتلا به هراس اجتماعی مؤثر بود و درمان ترکیبی نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی بر افزایش عزت نفس آن ها اثر بخشی بیشتری داشت.

جدل ۶ نتایج مربوط به افکار ناسالم را نشان می دهد. نتایج جدول ۶ حاکی از این است که شیوه های مختلف درمان در تغییر افکار ناسالم بیماران مبتلا به هراس اجتماعی مؤثر بود و درمان های شناختی- رفتاری نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی در تغییر افکار ناسالم آن ها اثر بخشی بیشتری داشت.

یافته های جدول ۲ بیانگر این است که شیوه های مختلف درمان در کاهش علائم افسردگی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی مؤثر بود و درمان ترکیبی در کاهش افسردگی آن ها اثر بخشی بیشتری نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی داشته است.

در جدول ۳ نتایج مربوط به اضطراب نشان داده شده است. با توجه به تفاوت معنی دار میانگین های مورد مقایسه، ادعای محقق در مورد اثر بخشی شیوه های مختلف درمان در کاهش علائم اضطراب بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و برتری درمان ترکیبی نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی در کاهش نشانه های اضطراب آن ها تأیید می شود.

نتایج جدول ۴ حاکی از این است که شیوه های مختلف درمان در افزایش سازگاری اجتماعی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی مؤثر بود و درمان ترکیبی

جدول ۴. آزمون Repeated measure ANOVA نمره های پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری پرسش نامه ی سازگاری اجتماعی California (نمره ی کل مقیاس)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P
گروه	۱۳۷/۸۹	۳	۴۵/۹۶	۶/۰۵	< ۰/۰۰۲
خطای گروه	۱۳۶/۷۷	۱۸	۷/۶۰		
زمان	۶۱/۲۵	۲	۳۰/۶۳	۵/۱۳	۰/۴۸۵
خطای زمان	۷۱/۶۷	۱۲	۵/۹۷		
تعامل زمان و گروه	۷۹/۸۰	۶	۱۳/۳	۳/۲۸	۰/۰۵۲
خطای اثرات متقابل	۱۴۶/۱۱	۳۶	۴/۰۶		

جدول ۵. خلاصه ی نتایج آزمون Repeated measure ANOVA نمره های پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری پرسش نامه ی عزت نفس Eliss-Pope (نمره ی کل مقیاس)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P
گروه	۹۴/۸۶	۳	۳۱/۶۲	۴/۹۸	< ۰/۰۲۶
خطای گروه	۱۱۴/۳۶	۱۸	۶/۳۵		
زمان	۸۱/۸۳	۲	۴۰/۹۲	۴/۲۱	< ۰/۰۲۴
خطای زمان	۸۶/۶۲	۱۲	۹/۷۲		
تعامل زمان و گروه	۶۹/۶۵	۶	۱۱/۶۱	۳/۹۲	۰/۱۴۷
خطای اثرات متقابل	۱۰۶/۶۱	۳۶	۲/۹۶		

جدول ۶. خلاصه ی نتایج آزمون Repeated measure ANOVA نمره های پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پی گیری پرسش نامه ی افکار ناسالم و ایسمن

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار P
گروه	۱۶۹/۷۷	۳	۵۶۵۹	۵/۳۱	< ۰/۰۰۱
خطای گروه	۱۹۱۶۸/۶۷	۱۸	۱۰۶۴/۹۳		
زمان	۲۱۸۶۲/۰۹	۲	۱۰۹۳۱/۰۵	۷۱/۰۰۴	< ۰/۰۰۱
خطای زمان	۱۸۴۷/۴۰	۱۲	۱۵۳/۹۵		
تعامل زمان و گروه	۲۲۵۵۶/۸۶	۶	۳۷۵۹/۴۸	۲۲/۶۹	< ۰/۰۰۱
خطای اثرات متقابل	۵۹۶۴/۹۸	۳۶	۱۶۵/۶۹		

## بحث

همان طور که پیش از این گفته شد، در این تحقیق شش ملاک بهبودی (کاهش علایم هراس اجتماعی، اضطراب، افسردگی، تغییر افکار ناسالم و افزایش سطح سازگاری اجتماعی و عزت نفس) در نظر گرفته شده بود. هر یک از درمان ها به تنهایی در مقایسه با گروه دارونما در بهبود آزمودنی ها مؤثر بوده اند. یافته های مربوط به اثر بخشی دارو درمانی هماهنگ با نتایج تحقیقات Steketee (۸)، Marks و همکاران (۲۷)، Foa و همکاران (۶)، Salkovskis (۲۹)، Hersen و Bellack (۲۸)، Simpson و همکاران (۲۴)، Chen و همکاران (۲۶)، Jarrett و همکاران (۲۳) و Daniel و همکاران (۲۲) بود. در درمان هراس اجتماعی دو رویکرد شناختی

رفتاری و دارو درمانی در سال های اخیر توجه قابل ملاحظه ای را به خود جلب کرده اند. این دو رویکرد درمانی این فرض اساسی را در ذهن بر می انگیزند که دستکاری رفتار اکتسابی و اصلاح افکار ناهشیارانه ی آزمودنی همراه با تغییرات محیطی و ایجاد تغییرات زیست شیمیایی زیر ساخت این افکار و رفتارهای اجتنابی به پیامدها و نتایج مثبت تر از هر یک به تنهایی می انجامد.

هر یک از این دو رویکرد درمانی به تنهایی در مقایسه با گروه دارونما در درمان اختلال هراس اجتماعی مؤثر بودند. درمان دارویی در شاخص هایی مانند هراس اجتماعی، افسردگی و اضطراب مؤثر بود، اما در تغییرات شناختی بیماران اثر چندانی نداشت. رویکرد شناختی رفتاری و درمان ترکیبی در این زمینه

ساختارها را شناسایی و اصلاح می‌نماید و مانع از اجتناب شناختی می‌شوند (۳۹).

یافته‌های مربوط به اثر بخشی بیشتر درمان ترکیبی در شاخص‌های بهبودی نسبت به دارو درمانی و درمان‌های شناختی- رفتاری به تنهایی با نتایج تحقیقات Turner و Beidel (۳۱) Hamamci (۲۵)، Willmuth (۳۸)، Meichenbaum (۴۰) Heimberg و همکاران (۴۳) Durham، (۴۴) Chambless و Gillis (۴۵)، شریف و وداد (۴۶) و نجمه (۷۵) هماهنگ و همسو بود. اما اثر بخشی درمان ترکیبی در تغییر افکار ناسالم همانند درمان‌های شناختی- رفتاری بود و برتری خاصی نداشت. عدم تفاوت این دو رویکرد درمانی در شاخص‌های بهبودی ممکن است ناشی از دوره‌ی کوتاه مدت درمان باشد. از سوی دیگر، اثر این درمان‌ها به استثنای شاخص افسردگی و اضطراب در سایر موارد بسیار پایدارتر از دارودرمانی است و در درازمدت موفق‌تر هستند. به طور کلی، می‌توان گفت که دارو درمانی روی علائم جسمی و خلق بیماران اثر می‌گذارد و از شدت افسردگی و اضطراب آن‌ها می‌کاهد، اما درمان‌های شناختی- رفتاری به طور عمده روی افکار و تکانه‌های هراس تأثیر می‌گذارند و به تدریج به سایر موقعیت‌های واقعی زندگی تعمیم می‌یابند. بنابراین، این دو شیوه‌ی درمان در بسیاری از موارد لازم و ملزوم یکدیگر هستند. این یافته‌ها در راستای پژوهش‌های گذشته مانند Foa و همکاران (۶) Heimberg و Barlow (۷) Turner و Beidel (۳۱)، Hersen و Bellack (۲۸)، Strauss (۵۶) و Hughes (۵۷) بود.

عدم تفاوت سه روش فوق در کاهش سطح افسردگی بیماران به طور عمده به این دلیل است که

اثر بخشی بیشتری داشتند. ممکن است نقایص مهارت‌های اجتماعی و ارزش‌های اجتماع‌پسند از جمله علل هراس اجتماعی باشند و آموزش‌های شناختی-رفتاری در مورد به کارگیری مهارت‌های فوق در موقعیت‌های زندگی واقعی تا حدودی به سایر رفتارها تعمیم یابد و در نهایت کاهش نشانه‌های هراس، افزایش سطح سازگاری اجتماعی و عزت نفس را به دنبال داشته باشند. یافته‌های مربوط به اثر بخشی درمان‌های شناختی- رفتاری در شاخص‌های بهبودی با نتایج تحقیقات Walker و همکاران (۹) Clark و Wells (۱۶)، Stangier و همکاران (۱۷)، Wells (۱۹)، Fisher و Wells (۲۰)، Rees و van Koesveld (۲۱)، Evans و همکاران (۳۰)، Elliott و Gresham (۱۶)، Brand و Brinich (۳۶)، عطاری و همکاران (۶۳)، خدایاری و همکاران (۸)، ثمری و لعلی‌فاز (۶۹)، کاویانی و همکاران (۷۰) و ناظمیان و همکاران (۷۱) هماهنگ و همسو بود.

اعتقاد بر این است که وجود ساختارهای (طرح‌واره‌ها) حافظه به اقتضای تناسبشان با نشانه‌های تهدید بدنی و اجتماعی موجب سوگیری توجه بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی به سمت این نشانه‌ها شده و سپس پردازش آگاهانه‌ی بیشتری روی این نشانه‌ها صورت می‌گیرد. تبیین Hollander این است که آزمودنی‌ها ممکن است به طور موقت از محتوای معنایی نشانه‌های هراس آگاه می‌شوند، اما در جریان زندگی به سرعت آن را از یاد می‌برند. و بالاخره، آخرین تبیین این است که ممکن است پدیده‌ی "اجتناب شناختی" مانع از به خاطر ماندن نشانه‌هایی شود که بیشتر مورد پردازش قرار می‌گیرند. موفقیت درمان‌های شناختی- رفتاری در درمان هراس اجتماعی به این دلیل است که این

افسردگی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی ثانوی بر اختلال هراس آن ها می باشد، در حالی که روش های فوق متمرکز بر کاهش علائم اضطرابی و هراس هستند. از سوی دیگر، موفقیت درمان دارویی به این دلیل است که داروهای مورد استفاده ضد افسردگی هستند و در صورتی که همراه با درمان شناختی- رفتاری به کار برده شوند تغییر افکار ناسالم (از جمله افکار افسرده ساز) را تسهیل می کنند [Foa و همکاران (۶)، Marks و همکاران (۲۷) و Emmelkamp و همکاران (۳۹)].

نتایج مربوط به ارزیابی های دوره ی پی گیری بیانگر این است که اثربخشی این روش ها ثبات نداشته و از اثربخشی آن ها در دوره ی پی گیری کاسته شده است. شاید علت کاهش اثرات درمانی روش های فوق مربوط به بی ثباتی و ناپایداری آن ها باشد. در جریان پژوهش های مختلف مشخص شده است که روش های رفتاری تنها نشانه های اضطرابی را در کوتاه مدت کاهش می دهند، اما اثرات درمانی ریشه ای بر جا نمی گذارند. علت کاهش علائم اضطرابی بیماران گروه دارونما می تواند ناشی از اثرات ارزیابی دوره ی پی گیری، متغیرهای پیش بینی نشده مانند انجام درمان های دارویی و دیگر روش های درمانی باشد (۴۰). بازگشت علائم بیماری تحت تأثیر عوامل آشکار ساز از جمله مواردی است که در درمان اختلال هراس اجتماعی مهم تلقی می شود. جایگزینی درمان های شناختی- رفتاری و تداوم جلسات پی گیری، راه پیش گیری از عود مجدد این بیماری در نظر گرفته می شود (۳۹).

با توجه به این که سازگاری اجتماعی و عزت نفس در دراز مدت حاصل می شود، به علت کوتاه بودن مدت این پژوهش، ناچیز بودن یا عدم تفاوت

تأثیر روش های فوق در متغیر وابسته نامتحمل نیست. اما موفقیت درمان ترکیبی در بهبود این شاخص ها قابل توجه بود. ماهیت شناختی اختلال هراس اجتماعی نسبت به دارو درمانی چندان پاسخ نمی دهد؛ چرا که داروهای مورد استفاده در این اختلال بیشتر علائم بدنی افسردگی و اضطراب را کاهش می دهند و اثر چندان بر ماهیت شناختی اختلال ندارند.

به طور کلی، نتایج این پژوهش نظریه ی عده ای از پژوهشگران (برای مثال، Foa و همکاران (۶)، Heimberg و Barlow (۷)، Salkovskis و همکاران (۵۴)، Meichenbaum (۴۰) و Strauss (۵۶) را مورد تأیید قرار داد و نشان داد که روش های شناختی- رفتاری به سه دلیل روش های مؤثری می باشند. نخست آن که، دارو درمانی و درمان های شناختی- رفتاری، درمان های چند محوری می باشند که اجزای آن همگی از روش هایی تشکیل شده اند که در کاهش علائم اضطرابی (بر اساس نظریه ی بازداری متقابل) مؤثر هستند. دوم آن که، زیر بنای روش های رفتاری نوعی روش رویارویی است که ممکن است در ابتدا و در چند جلسه سطح علائم اضطرابی را افزایش دهند، اما با گذشت زمان و به تدریج با تکرار، تمرین و آرام سازی عضلانی باعث کاهش علائم اضطرابی خواهد شد. سوم آن که، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی این روش ها در درمان اختلال هراس اجتماعی بود که علائم اضطرابی در آن مربوط به یک اضطراب موقعیتی است و اضطراب صفت مد نظر نبود. شاید بتوان گفت که یکی از دلایل مؤثر بودن شیوه های گروهی آموزش های شناختی- رفتاری، زیربنای آموزشی آن ها است؛ چرا که در این شیوه ها هم بر جنبه های شناختی و هم بر ابعاد رفتاری تأکید می شود.

پژوهش و عدم توجه به وضعیت خلقی آزمودنی‌ها از جمله محدودیت‌های این تحقیق بود که توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی مورد توجه قرار گیرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله از طرح پژوهشی به قرارداد شماره‌ی ۱-۲۵۷۱۰ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور استخراج شده است. لازم می‌دانم از زحمات بی‌دریغ همکاران خوبم آقایان دکتر حسینی (ریاست محترم واحد)، دکتر مهرآذین (معاونت محترم پژوهش)، دکتر احمد زنده دل، دکتر حمید نجات، ابوالفضل تفضلی، و سرکار خانم‌ها منصوره شریعتی (مدیر آموزش)، مهری سلیمانی (کارشناس آموزش)، نسرين کمال‌پور، محبوبه احمدپور و محبوبه راد تشکر و قدردانی نمایم.

از سوی دیگر، برای اثربخشی بیشتر آموزش‌ها به زمان بیشتری نیاز است. همچنین، کنترل عوامل اثرگذار مهم دیگری مانند افزایش حجم نمونه، در نظر گرفتن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها، انجام ارزیابی‌های حین درمان، استفاده از درمان‌گران متفاوت، توجه به سطح تحصیلات و شغل آزمودنی‌ها، در نظر گرفتن سطح عزت نفس و شرایط اجتماعی قبلی آزمودنی‌ها، کنترل شرایط اقتصادی و اجتماعی خانواده‌ها، رویکردهای تربیتی خانواده، سبک زناشویی والدین، روابط اجتماعی متقابل آزمودنی‌ها با همسالانشان، الگوهای آموزشی و نظام اجتماعی و کنترل وضعیت هوشی آزمودنی‌ها می‌توانند در اثربخشی بیشتر روش‌های درمانی مؤثر باشند. کم بودن حجم نمونه، سطح تحصیلی آزمودنی‌ها، ابزارهای

### References

1. Clark DM, Forborne KJ. The science and practical methods of cognitive behavior therapy. One version. Trans: Kaviani H. Tehran: Roshd publications; 2001.
2. Blackburn IM, Davidson KM. Cognitive therapy for depression and anxiety: a practitioner's guide. Trans: Toozandehjani H. Mashhad: Astan Ghods Razavi publications; 1995.
3. Sadouk B, Sadouk V. A Summary of Psychology. Trans: Pourafkari N. Tehran: Shahr Ab Publications; 1994.
4. Davidson JR. Social anxiety disorder under scrutiny. *Depress Anxiety* 2000; 11(3): 93-8.
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, TX: Amer Psychiatric Pub; 2000.
6. Foa EB, Kozak MJ, Steketee GS, McCarthy PR. Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *Br J Clin Psychol* 1992; 31(Pt 3): 279-92.
7. Heimberg RG, Barlow DH. New developments in cognitive-behavioral therapy for social phobia. *J Clin Psychiatry* 1991; 52(Suppl): 21-30.
8. Steketee G. Treatment of obsessive compulsive disorder. New York: Guilford Press; 2007.
9. Walker HM, Hops H, Fiegenbaum E. Deviant classroom behavior as a function of combinations of social and token reinforcement and cost contingency. *Behavior Therapy* 1976; 7(1): 76-88.
10. Greist JH. An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53(Suppl): 38-41.
11. Wolpe J, Lang PJ. A Fear Survey Schedule for Use in Behaviour Therapy. *Behav Res Ther* 1964; 2: 27-30.
12. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27(6): 677-82.
13. Goldfried MR, Davison GC. Clinical behavior therapy. New York: Holt Rinehart & Winston; 1976.
14. Beadle DC. Social anxiety disorder in children and adolescents symposium. Proceedings of the 20<sup>th</sup> National Conference for the Anxiety Disorder; 2000; Washington D.C.
15. Cacioppo JT, Glass CR, Merluzzi TV. Self statement and self evaluation a cognitive response. *Analysis modification de Conducta* 2001; 20: 325-34.
16. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Leibowitz MR, Hope DA, Schneier FR, editors. Social phobia: diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press; 1995.

17. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behav Res Ther* 2003; 41(9): 991-1007.
18. Hayward C, Killen JD, Kraemer HC, Taylor CB. Linking self-reported childhood behavioral inhibition to adolescent social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37(12): 1308-16.
19. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. London: Guildford Press; 2009.
20. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2008; 39(2): 117-32.
21. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2008; 39(4): 451-8.
22. Daniel R, Strunk B, Melissa A. Cognitive therapy. In: Ellis A, Grieger R, editors. *Handbook of rational-emotive therapy*. New York: Springer; 2010.
23. Jarrett RB, Vittengl JR, Doyle K, Clark LA. Changes in cognitive content during and following cognitive therapy for recurrent depression: substantial and enduring, but not predictive of change in depressive symptoms. *J Consult Clin Psychol* 2007; 75(3): 432-46.
24. Simpson JS, Carlson LE, Trew ME. Effect of group therapy for breast cancer on healthcare utilization. *Cancer Pract* 2001; 9(1): 19-26.
25. Hamamci Z. Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *The Arts in Psychotherapy* 2006; 33(3): 199-207.
26. Chen TH, Lu RB, Chang AJ, Chu DM, Chou KR. The evaluation of cognitive-behavioral group therapy on patient depression and self-esteem. *Arch Psychiatr Nurs* 2006; 20(1): 3-11.
27. Marks IM, Stern RS, Mawson D, Cobb J, McDonald R. Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: i. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 1-25.
28. Hersen M, Bellack AS. *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. New York: Plenum Press; 2001.
29. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behav Res Ther* 1985; 23(5): 571-83.
30. Evans DR, Hearn MT, Saklofske D. Anger, arousal, and systematic desensitization. *Psychol Rep* 1973; 32(2): 625-6.
31. Turner SM, Beidel DC. *Treating obsessive-compulsive disorder*. New York: Pergamon Press; 2008.
32. Goldenberg I, Goldenberg H. Family therapy. In: Corsini RJ, Wedding D, editors. *Current psychotherapies*. 2005.
33. Bandura A. *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman; 1997.
34. Slicker EK. Relationship of Parenting Style to Behavioral Adjustment in Graduating High School Seniors. *Journal of Youth and Adolescence* 2004; 27(3): 345-72.
35. Elliott SN, Gresham FM. Social Skills Interventions for Children. *Behav Modif* 1993; 17(3): 287-313.
36. Brand AE, Brinich PM. Behavior problems and mental health contacts in adopted, foster, and nonadopted children. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40(8): 1221-9.
37. Ballard EM. Effects of a social skills training program on social adjustment of persons with head injuries [PhD Thesis]. Illinois Institute of Technology; 1993.
38. Willmuth ME. Cognitive-behavioral and insight-oriented psychotherapy of an eleven-year-old boy with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychother* 1988; 42(3): 472-8.
39. Emmelkamp PMG, Visser S, Hoekstra RJ. Cognitive therapy vs exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research* 2012; 12(1): 103-14.
40. Meichenbaum D. Therapist manual for cognitive behavior modification. Unpublished manuscript: University of Waterloo; 2012.
41. Salkovskis PM. Obsessions and compulsions. In: Scott J, Williams MG, Beck AT, editors. *Cognitive Therapy in Clinical Practice: An Illustrative Casebook*. London: Rutledge; 1999.
42. Rachman S, Marks IM, Hodgson R. The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modelling and flooding in vivo. *Behav Res Ther* 1973; 11(4): 463-71.
43. Heimberg RG, Ervin BA, Arbuckle J, Schneider F, Liebowitz M. Social anxiety implications for anger and management. *Proceedings of the 33<sup>rd</sup> Annual Convention of the Association for the Advancement of Behavioral Therapy*; 2001; New Orleans.
44. Durham RC. Treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of health line* 2002; 95: 176-81.
45. Chambless L, Gillis M. Cognitive therapy of anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical psychology* 1993; 61: 611-9.
46. Sharif F, Veadad F. The Relationship Between Mental Health and Quality of Life of Hemodialysis Patients Referred to Hospitals Affiliated to Shiraz University of Medical Sciences. *Iran Journal of Nursing* 2007; 20(51): 61-9.
47. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57(3): 414-9.

48. Schinke SP, Schilling RF, Barth RP, Gilchrist LD, Maxwell JS. Stress-management intervention to prevent family violence. *Journal of Family Violence* 1986; 1(1): 13-26.
49. Schwoeri LD. The impact of divorce on family patterns of behavior, children's social adjustment, and parenting [Thesis]. 1998.
50. Emery G, Campbell J. Rapid relief from emotional distress. New York: Fawcett; 2007.
51. Errecart MT, Walberg HJ, Ross JG, Gold RS, Fiedler JL, Kolbe LJ. Effectiveness of Teenage Health Teaching Modules. *Journal of School Health* 1991; 61(1): 26-30.
52. Florsheim PW. Family and cultural factors in the psychosocial adjustment of Chinese adolescent immigrants. Evanston, IL: Northwestern University; 2007.
53. Gurney PW. Enhancing self-esteem by the use of behavior modification techniques. *Contemporary Educational Psychology* 1987; 12(1): 30-41.
54. Salkovskis PM, Jones DR, Clark DM. Respiratory control in the treatment of panic attacks: replication and extension with concurrent measurement of behaviour and pco<sub>2</sub>. *Br J Psychiatr* 1986; 148: 526-32.
55. Kahn RHC. The effect of a group support intervention program on depression, social adjustment, and self-esteem of adolescents in an overseas American international school [Thesis]. Washington, DC: Catholic University of America; 1989.
56. Strauss CC. Behavioral Assessment and Treatment of Overanxious Disorder in Children and Adolescents. *Behav Modif* April 1988; 12(2): 234-51.
57. Hughes J. Cognitive Behavior Therapy with in Social. Oxford: Pergamum Press; 2005.
58. Blackburn IM, Davidson KM. Cognitive therapy for depression and anxiety. London: Wiley-Blackwell; 2012.
59. Eysenck HJ. A model for personality. New York: Springer-Verlag; 1981.
60. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The Vital Link between Chronic Disease and Depressive Disorders. *Centers for Disease Control and Prevention* 2005; 2(1): 1-10.
61. Linden W, Stossel C, Maurice J. Psychological interventions for patients with coronary artery disease: a meta-analysis. *Arch Intern Med* 1996; 156: 745-52.
62. Kanner S, Hamrin V, Grey M. Depression in adolescents with diabetes. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2003; 16(1): 15-24.
63. Atari YA, Shehni YM, Kouchaki AM, Beshlideh K. Investigating the effectiveness of social skills training on individual- social adjustment of juvenile delinquents in gonbad kavuos. *Journal of Education and Psychology* 2005; 12(3): 25-46.
64. Dagleish T, Watts FN. Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression. *Clinical Psychology Review* 1990; 10(5): 589-604.
65. Goodstein LD, Lanyon RT. Adjustment of Behavior and Personality. Tempe, Arizona: Arizona State University; 1995.
66. Lassiter E. An assessment of the relationship between student perception of school effectiveness and student achievement and social adjustment in zoned comprehensive public high schools [Thesis]. Baltimore, Maryland: Morgan State University; 1995.
67. Narimani M, Rafigh Irani S. A survey of relationship between coping styles and mental health in patients undergoing hemodialytic treatment. *The Journal of Fundamentals of Mental Health* 2008; 10(2): 117-22.
68. Khodayari MF, Abedini Y, Akbari SZ, Ghojari BB, Sohrabi F, Younesi SJ. Cognitive-behavioral interventions effectiveness on prisoners' psychological health. *Journal of Behavioral Sciences* 2009; 2(4): 283-90.
69. Samari AA, La'lifaz A. The study of effectiveness of life skills training on family stress and social acceptance. *The Journal of Fundamentals of Mental Health* 2005; 7(25-26): 47-62.
70. Kaviani H, Javaheri F, Boheirani H. The effectiveness of cognition therapy based on mind awareness for decreasing of negative automatic thoughts, inefficient attitude, depression and anxiety. *Advances in Cognitive Science* 2005; 7(1): 49-59.
71. Nazemian F, Ghafari F, Fotoukian Z, Pour Ghaznin T. Evaluation of stressors and coping methods among haemodialysis patient. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2006; 49(93): 293-8.
72. Masoudi Alavai N, Sharifi KH, Akbarzadeh Z. Depression and anxiety in patients undertaken renal replacement therapy in kashan during 2008. *Journal of Kashan University of Medical Sciences* 2009; 12(4): 46-51.
73. Hoseininasab D, Ahmadian F, Ravanbakhsh H. Relation of child - rearing practices with self-efficacy and mental health of students. *Studies in Education and Psychology* 2008; 9(1): 21-38.
74. Rahimi AR, Shamsai F, Zarabian M, Sedehi M. Efficacy of Pharmacotherapy and Cognitive Therapy, Alone and in Combination in Major Depressive Disorder. *Scientific Journal of Hamadan University of Medical Sciences* 2008; 15(1): 16-21.
75. Najmeh H. The effect of muscular training and cognition therapy on anxiety rate of people suffering from heart-failure. *Hormozgan Medical Journal* 2007; 11(1): 33-50.
76. Manouchehri K, Zandipour T, Pourshahriari T,

- Mirdamadi SR. The study of effectiveness of cognitive, emotive, behavioral group counseling on mental health of infertile women. *Counseling Research and Development* 2007; 5(20): 9-22.
77. Fathi F. The study of effect of both group social skills training method and Beck group cognitive therapy method for increasing of self-esteem [MA Thesis]. Tehran: Tehran Allame University; 1999.
78. Moshaveri AH. The study of effect of group cognitive-behavioral therapy on social phobia symptoms in new coming students of Esfahan University [MA Thesis]. Isfahan: Isfahan University; 2003.
79. Khojasteh mehr M. The study of effect of parents relationships quality on social adjustment of girl secondary schools students at third grade in Hamadan [MA Thesis]. Tehran: Tehran Tarbiat Moallem University; 1993.
80. Beck AT, Weishaar ME. Cognitive therapy. In: Corsini R, Wedding D, editors. *Current psychotherapies*. 4<sup>th</sup> ed. Itasca, IL: FE Peacock; 1989.
81. Pashasharifi H, Nikkhoo M. *Mental assessment manual*. Tehran: Roshd publications; 1995.
82. Fata L. The comparison of efficiency of facing with avoidance of answer, Klomipramin and combination of these for curing of obsessive disorder [MA Thesis]. Tehran: Tehran Medical Sciences University; 1992.
83. Bech P, Gram LF, Dein E, Jacobsen O, Vitger J, Bolwig TG. Quantitative rating of depressive states. *Acta Psychiatr Scand* 1975; 51(3): 161-70.
84. Mahram B. The norming of Schpilberger state-trait anxiety test in Mashhad [MA Thesis]. Mashhad: Mashhad Ferdowsi University; 1993.
85. Toozandehjani H, Sedighi K. The study of effectiveness of cognitive-behavioral trainings of self-esteem on social adjustment of high school students in Neyshabur. Neyshabur: Islamic Azad University of Neyshabur; 2006.
86. Akhoundi A. The study of relationship of social percept support with social adjustment of students in Tehran [MA Thesis]. Tehran: Tarbiat Moallem University; 1997.
87. Emami T, Fatehizade M. The study and comparison of scientific methods of self-esteem increasing at secondary school students in Isfahan. Isfahan: Education administration of Isfahan; 2000.
88. Toozandehjani H, Kamalpour N. *Cognitive-behavioral therapy of children in schools*. Mashhad: Son bole and Aein Tarbiat publications; 2005.
89. Ghasemi harandi A. The effect of social skills training on adjustment rate of orphanage centers' pseudo family children [MA Thesis]. 1997.



## The Efficacy of Pharmacotherapy, Cognitive-Behavioral Therapies and Their combination on Patients with Social Phobia Disorder

Hassan Toozandehjani PhD<sup>1</sup>, Mahbobeh Ahmadpoor<sup>2</sup>

### Abstract

**Background:** This clinical trial was conducted in order to assess treatment of social phobia disorder. Social phobia is an anxiety disorder that appears in some certain situations or against specific objects that are not commonly known as dangerous.

**Methods:** This clinical trial assessed the separate and combined effects of pharmacotherapy and cognitive-behavioral therapies (in comparison with placebo). Therefore, among the patients who referred to psychology centers and private psychiatry practices in Neyshabur and Mashhad, Iran, 60 patients with social phobia disorder were selected by accessible sampling. The subjects were randomly divided into pharmacotherapy, cognitive-behavioral therapies, combined therapy and placebo groups. The subjects were tested before, immediately after and 2 months after the end of the treatment course. Davidson Social Phobia, Schpillberger Anxiety, Hamilton-Beck Depression, Weismann-Myers Automatic Thought, California Social Adjustment and Eliss-Pope Self-Esteem tests were used to evaluate the patients.

**Findings:** The results of repeated measures one-way analysis of variance (ANOVA) showed decreased symptoms of social phobia, anxiety, and depression, change in automatic thought, and increased social adjustment and self-esteem levels among patients. The results also indicated the superiority of pharmacotherapy, cognitive-behavioral and combined therapies over placebo. Cognitive-behavioral and combined therapies were better than pharmacotherapy. However, the effectiveness of cognitive-behavioral and combined therapies had no significant differences.

**Conclusion:** Generally, pharmacotherapy affects physical and mood symptoms, but cognitive-behavioral therapies mainly affect thoughts and phobia impulse and gradually other real life situations. Therefore, these methods of therapy are interdependent.

**Keywords:** Social phobia disorder, Pharmacotherapy, Cognitive-behavioral therapies, Combined therapy, Placebo, Anxiety, Depression, Social adjustment, Self-esteem, Automatic thought

<sup>1</sup> Assistant Professor, Department of Educational Sciences, School of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

<sup>2</sup> Department of General Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

**Corresponding Author:** Hassan Toozandehjani PhD, Email: h.toozandehjani@ymail.com