

# مقایسه اثربخشی گروه‌درمانی بین فردی و گروه‌درمانی شناختی - رفتاری در کاهش علائم افسردگی همراه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

آزاده طاولی<sup>۱\*</sup>، عباسعلی الهیاری<sup>۲</sup>، پرویز آزاد فلاح<sup>۳</sup>، علی فتحی آشتیانی<sup>۴</sup>، مهدیه ملیانی<sup>۵</sup>

۱. دکتری روانشناسی، استادیار دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۳. دکترای روانشناسی، دانشیار دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.
۴. دکترای روانشناسی، استاد مرکز تحقیقات علوم و رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.
۵. دکترای روانشناسی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی گروه درمانی بین فردی و گروه درمانی شناختی - رفتاری در کاهش علائم افسردگی همراه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی صورت گرفت.

**روش:** طرح از نوع آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروهی بود. مشارکت‌کنندگان پژوهش حاضر، دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بودند. از این جامعه ۴۰ مراجع انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفره کاربندی درمان گروهی شناختی - رفتاری و درمان گروهی بین فردی جایگزین شدند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه هراس اجتماعی، پرسشنامه افسردگی بک-۲ و مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر DSM-IV بود. داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** تحلیل داده‌ها مشخص کرد که بین اثربخشی گروه‌درمانی بین فردی و گروه‌درمانی شناختی - رفتاری در کاهش افسردگی همراه با هراس اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که اثربخشی درمان بین فردی بر کاهش افسردگی ( $f=16/2, p=0/001$ ) و نشانه‌های هراس اجتماعی ( $f=12/4, p=0/002$ ) بیشتر از درمان شناختی - رفتاری است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** یافته‌های مطالعه حاضر حاکی از آن هستند که با توجه به اثربخشی بیشتر درمان بین فردی در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری بر علائم افسردگی همراه با هراس اجتماعی، لذا جهت درمان اختلال اضطراب اجتماعی بویژه در حضور نشانه‌های افسردگی همراه، درمان بین فردی، درمان ترجیحی در نظر گرفته می‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان بین فردی، درمان شناختی - رفتاری، اختلال اضطراب اجتماعی، علائم افسردگی همراه

\*Email: a.tavoli@alzahra.ac.ir

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی  
بالینی  
و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۲، پیاپی ۲۷  
پاییز و زمستان ۱۳۹۵  
صص: ۱۱۵-۱۲۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۴/۱۵

Biannual Journal of

Clinical  
Psychology  
& Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No. 2, Serial 27

Autumn & Winter  
2016-2017

pp.: 115-124

## مقدمه

هراس اجتماعی (اختلال اضطراب اجتماعی)، چهارمین اختلال روانی شایع [۱] با ترس شدید از ارزیابی منفی در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی مشخص می‌گردد [۲]. هراس اجتماعی به میزان قابل ملاحظه‌ای با سایر اختلالات روانپزشکی همایند می‌باشد [۳]. اصطلاح اختلالات همایند که توسط فین استین معرفی شده است، به حضور همزمان دو یا چند اختلال در بیمار اشاره دارد [۴]. پژوهش در زمینه اختلالات همراه بسیار مهم است، چرا که همراهی اختلالات از طریق تأثیر بر تشخیص، ارزیابی پیش‌آگهی، انتخاب درمان و پیامدهای درمان بیماری اولیه، بر جریان کار بالینی تأثیر می‌گذارد [۵].

چارتر و همکارانش [۳] مطرح نمودند که ۵۲٪ مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی در طول دوره زندگی خود حداقل یک اختلال روانی دیگر و ۲۷٪ آنها دو اختلال روانی دیگر را تجربه می‌کنند. در مطالعه‌ای دیگر نیز براون و همکاران [۶] در مصاحبه‌های انجام شده از ۱۱۲۷ بیمار سرپایی نشان دادند که ۴۶٪ از بیمارانی که تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را دریافت کرده بودند، ملاک‌های یک اختلال محور I دیگر را هم داشتند. آنها همچنین گزارش کردند که اختلال افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال همراه در میان افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی می‌باشد و شروع هراس اجتماعی به طور معمول قبل از بروز افسردگی روی می‌دهد. بروز دوره‌های افسردگی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی بی‌نهایت ناتوان‌کننده است. مشخص شده است که ناتوانی اجتماعی و نرخ خودکشی در افراد مبتلا به هراس اجتماعی و افسردگی همراه بیشتر از افراد مبتلا به هراس اجتماعی بدون افسردگی همراه می‌باشد [۷].

مطالعات زیادی برای ارائه درمان‌های مؤثر برای اختلال اضطراب اجتماعی صورت گرفته است [۸] و روش‌های درمانی متنوعی شامل انواع درمان‌های دارویی و روانشناختی جهت بهبود اختلال اضطراب اجتماعی ارائه شده‌اند و به لحاظ تجربی نیز مورد تأیید واقع شده‌اند. از جمله مداخلات روانی برای هراس اجتماعی که بیش از همه مورد پژوهش و بررسی قرار گرفته‌اند، درمان‌های شناختی-رفتاری هستند [۹]. این پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی بالای درمان شناختی-رفتاری در درمان اختلال اضطراب اجتماعی [۱۰] و حجم اثر بالای این نوع مداخله [۱۱، ۱۲] می‌باشد. با این حال تعدادی از افراد مبتلا به هراس اجتماعی از CBT سودی نمی‌برند و پس از اتمام جلسات درمانی کاهش قابل ملاحظه‌ای در علائم آنها دیده

نمی‌شود [۱۳]. در فراتحلیلی که در ایران در زمینه اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری بر افسردگی انجام گردید، حجم اثر ۰/۴۷ گزارش گردید که اثر نه‌چندان قدرتمندی را برای درمان‌های شناختی-رفتاری در اختلال افسردگی نشان می‌دهد [۱۴].

در زمینه عدم اثربخشی بهینه درمان شناختی-رفتاری، محققان به بررسی نقش افسردگی همراه با هراس اجتماعی پرداختند. چمبلس، ترن و گلاس [۱۵] در مطالعه‌ای بر روی ۶۲ بیمار مبتلا به هراس اجتماعی تحت گروه درمانی شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی هیمبرگ، اثرات چندین متغیر را در پیامد درمانی درمان شناختی-رفتاری مورد بررسی قرار دادند. نتایج این پژوهش نشان داد که از تمام متغیرهای مورد بررسی، شدت علائم افسردگی قدرتمندترین پیش‌بین موفقیت درمانی می‌باشد، به عبارت دیگر، بیمارانی که نمرات آنها در پرسشنامه افسردگی بک در ارزیابی پیش از درمان بالاتر باشد، کمتر احتمال دارد که از درمان سود ببرند.

در حقیقت درک رابطه بین افسردگی و هراس اجتماعی، حائز اهمیت است. این روابط همواره در ادبیات پژوهشی، از جمله در مطالعات اپیدمیولوژیک [۱، ۱۶] و همچنین در تحقیقات متعددی که بر روی اختلالات همزمان در بین بیماران سرپایی انجام شده [۶، ۱۷، ۱۸] مد نظر بوده است. با این حال، اکثر مطالعات اخیر در زمینه رابطه بین افسردگی همراه و پیامد درمان انجام شده است و مطالعات معدودی به بررسی اثربخشی درمان برای اختلال اضطراب اجتماعی اولیه در کاهش علائم افسردگی همراه که هدف مستقیم درمان نمی‌باشد، پرداخته‌اند. یکی از این مطالعات توسط ملیانی<sup>۱</sup> و همکاران [۱۹] انجام شده است. آنها در پژوهشی که بر روی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام دادند، نشان دادند که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی هیمبرگ که بر نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی متمرکز است، علائم افسردگی همراه با اختلال اضطراب اجتماعی را نیز به طور معناداری کاهش می‌دهد.

اروین و همکاران [۲۰] در بررسی تأثیر اختلالات همراه در شدت علائم و پاسخ به درمان شناختی-رفتاری، سه گروه از بیماران مبتلا به هراس اجتماعی شامل بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بدون اختلال همراه، بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی و یک اختلال اضطرابی همراه، بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی و یک اختلال خلقی همراه را مورد مقایسه قرار دادند. آنها نشان دادند که درمان

<sup>۱</sup> Melyani, M.

با اضطراب اجتماعی به طور دقیق سنجیده و در انتخاب و اجرای روش های درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی به تأثیر روش درمانی بر افسردگی همراه نیز توجه ویژه ای معطوف شود [۱۵ و ۲۵]. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان بین فردی برای هراس اجتماعی در کاهش علائم افسردگی همراه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و مقایسه آن با اثربخشی درمان شناختی-رفتاری انجام شده است.

## روش

### نوع پژوهش

نوع پژوهش حاضر آزمایشی و از نوع طرح های پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه کاربندی و گمارش تصادفی است.

### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** جامعه آماری در برگزیده بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی است.

**ب) نمونه پژوهش:** آزمودنی های پژوهش بدین صورت انتخاب شدند که پس از اعلان جلسات در سایت متخصصین، از دانشجویان دختر عضو این سایت که متقاضی و علاقمند به شرکت در گروه درمانی و ساکن تهران بودند، ثبت نام به عمل آمد. سپس افراد داوطلب از لحاظ اضطراب اجتماعی مورد سنجش واقع شدند. بر اساس نمرات مقیاس اضطراب اجتماعی<sup>۱</sup> و مصاحبه بالینی تعداد ۴۰ نفر از دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی از بین افراد متقاضی کمک، شناسایی و به صورت تصادفی در دو گروه گمارده شدند. ملاک های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به اضطراب اجتماعی، جنس مؤنث و رضایت به مشارکت در پژوهش. ملاک های خروج از مطالعه عبارت بودند از: سابقه اختلال سایکوتیک یا دوقطبی در طول عمر، سابقه ابتلا به اختلال های شخصیت اسکیزوئید و اجتنابی، اختلال وسواس- اجبار، وحشتزدگی و فکر خودکشی در ۶ ماه اخیر، سوء مصرف مواد یا الکل، مصرف داروی روان گردان و روان درمانی طی ماه اخیر.

### شیوه اجرای پژوهش

پس از انتخاب آزمودنی های پژوهش بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی و مصاحبه بالینی ساخت یافته بر اساس راهنمای تشخیصی - آماری اختلالات روانی<sup>۲</sup>، آنها به تصادف در دو گروه کاربندی درمان گروهی شناختی -

شناختی-رفتاری ویژه اضطراب اجتماعی، منجر به کاهش علائم افسردگی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی می شود ولی این کاهش علائم افسردگی تنها در مواردی معنادار بوده است که شدت علائم افسردگی فرد در حد اختلال افسردگی اساسی بوده است و در مواردی که شدت افسردگی در حد اختلال افسردگی اساسی نبوده، درمان شناختی- رفتاری بر علائم افسردگی همراه تأثیر چندانی نداشته است [۲۰].

یافته های این مطالعات اشاره می کنند که مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال خلقی همراه، احتمالاً از درمان مخصوص اختلال اضطراب اجتماعی و درمان جانبی که افسردگی را بطور مستقیم هدف قرار داده، نفع می برند [۲۰]. با در نظر گرفتن اثرات افسردگی بر پیامدهای درمانی در درمان شناختی-رفتاری، عده ای از محققین نیز به بررسی اثربخشی درمان بین فردی- روش درمانی که نخستین بار جهت درمان افسردگی طراحی شد [۲۱]، برای اختلال اضطراب اجتماعی پرداختند و در گام نخست اثربخشی آن را در علائم اضطرابی و افسردگی همراه با هراس اجتماعی به اثبات رساندند [۲۲]. همچنین در مطالعات متعاقب، به مقایسه تأثیر درمان بین فرد با سایر درمان های روانشناختی معتبر چون درمان شناختی پرداخته شده است [۲۲، ۲۳، ۲۴].

لیپسیتز و همکاران [۲۳] در یک کارآزمایی بالینی تصادفی، ۷۰ بیمار مبتلا به اضطراب اجتماعی را تحت ۱۴ جلسه درمان بین فردی و درمان حمایتی قرار دادند و نشان دادند که بیماران هر دو گروه بهبود قابل ملاحظه ای در نتیجه درمان نشان دادند و درمان بین فردی در مقیاس ترس از ارزیابی منفی نسبت به درمان حمایتی اثربخش تر بود اما در مقیاس های اضطراب اجتماعی لیپوئیتز و افسردگی یک تفاوت معناداری بین دو گروه وجود نداشته است. بورگی و همکاران [۲۴] در مطالعه خود به مقایسه اثربخشی درمان بین فردی و شناخت درمانی در قالب گروهی بر روی علائم اضطراب اجتماعی و افسردگی در ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به هراس اجتماعی مقیم در بخش های یک کلینیک اختلالات روانی پرداختند. نتایج مقایسه این دو روش درمانی حاکی از آن بود که هر دو درمان بهبود معناداری را در نمرات اضطراب اجتماعی و افسردگی بیماران ایجاد کرده و هیچ تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان بین فردی و شناخت درمانی بر روی علائم افسردگی وجود ندارد.

با توجه به نقش افسردگی همراه در فرایندها و نتایج درمانی هراس اجتماعی، ضروری است که افسردگی همراه

<sup>۱</sup> SPIN  
<sup>۲</sup> SCID

در زمینه روش های درمانی مذکور دوره آموزشی را طی کرده و تحت سرپرستی متخصصین آن رویکرد درمانی، فعالیت بالینی داشتند، تحت درمان گروهی قرار گرفتند. در انتهای جلسه دوازدهم کلیه آزمودنی ها توسط پرسشنامه های پژوهش مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. در ادامه شرح مختصری از عناوین جلسات در هر دو روش آمده است (جدول های ۱ و ۲).

رفتاری و درمان گروهی بین فردی جایگزین شدند، سپس مقیاس های پژوهش را تکمیل نمودند. بدین صورت دو گروه مورد بررسی و مقایسه در این پژوهش عبارت بودند از: ۱) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تحت روان درمانی بین فردی گروهی [۲۶] و ۲) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تحت روان درمانی شناختی - رفتاری گروهی [۲۷]. هر گروه کاربندی طی ۱۲ هفته و توسط دو روان درمانگر که

جدول ۱. خلاصه ساختار جلسات درمان IPT

جلسه اول	برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی، ایجاد پیوستگی گروهی، خلاصه ای از طرح درمانی.
جلسه دوم	تبیین اختلال اضطراب اجتماعی در چارچوب ابعاد زیستی-روانی-اجتماعی، تعریف علائم افراد به عنوان بخشی از یک اختلال شناخته شده (sick role)
جلسه سوم	ارزیابی روابط بین فردی گذشته و روابط کنونی، تکمیل سیاهه روابط بین فردی، برقراری ارتباط بین هراس اجتماعی و روابط بیمار، کمک به بیماران برای مشارکت و تعامل با اعضای گروه
جلسه چهارم	فرمول بندی حیطه بین فردی و تعیین یک حیطه نایمینی نقش و یک هدف بین فردی کاملاً اختصاصی به عنوان یک هدف ابتدایی
جلسه پنجم	تحلیل تعاملات و ارتباطات افراد، تسهیل ابراز واکنش های هیجانی نسبت به آنچه که در درون و بیرون از گروه تجربه می کنند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی
جلسه ششم و هفتم	آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن از طریق فرایندهای زیر: -تغییر انتظارات منفی و اضطراب قبل از یک رویداد بین فردی -آماده کردن بیمار برای آن رویداد به وسیله در نظر گرفتن گزینه های راهبردی بین فردی -رسیدگی به تجربه های بیمار بعد از آن رویداد.
جلسه هشتم	کار روی موضوع های بین فردی انفعال، عدم قاطعیت، ابراز خشم، ترس از مخالفت.
جلسه نهم	افزایش مهارت های بین فردی مانند ابراز نیازها و احساسات و ارائه بازخورد به واکنش های دیگران کار روی آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در تعامل اجتماعی
جلسه دهم	تحریک جرأت مندی و خودمختاری در صورت اجتناب گروه از تمرکز بر مشکلات بین فردی، ارزیابی کار روی نایمینی نقش، تصریح تغییرات کسب شده در عملکرد نقش و تصریح پیامدهای تغییر
جلسه یازدهم	بررسی پیشرفت درمان، آماده سازی برای انتقال و خاتمه گروه، آموزش چگونگی جلوگیری از انزوای اجتماعی و دریافت حمایت اجتماعی، تحکیم تغییرات حاصله و آماده کردن او جهت مقابله با تجارب و موقعیت های چالش انگیز آینده
جلسه دوازدهم	ابراز احساسات در مورد خاتمه درمان و ارائه شاخص های هشدار جهت مراجعه به درمانگر

جدول ۲. خلاصه ساختار جلسات درمان CBT

جلسه اول	برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی، ایجاد پیوستگی گروهی توضیح مشکل فرد در قالب اضطراب اجتماعی، خلاصه ای از طرح درمانی
جلسه دوم	معرفی مارپیچ پایین رونده اضطراب، ارائه سبب شناسی اضطراب اجتماعی، ارائه منطق سه مؤلفه درمان، تکلیف "واکنش به شروع طرح درمانی"
جلسه سوم	مرور تکلیف خانگی، ساخت سلسله مراتب ترس و اجتناب، توضیح و تمرین خود بازبینی، تخصیص تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مرور تکلیف ، افکار خود-آیند و هیجانات ناشی از آنها، مروری مقدماتی بر مهارت های بازسازی شناختی، شناسایی افکار خود-آیند و هیجانات ناشی از آنها، تخصیص تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مرور تکلیف خانگی، تعیین خطاهای تفکر، به چالش گذاشتن افکار خود-آیند، استفاده از پاسخ های عاقلانه، تخصیص تکلیف خانگی، آماده سازی برای اولین جلسه رویارویی
جلسه ششم و هفتم	مرور تکلیف، مرور منطق رویارویی تدریجی و منظم، انجام رویارویی درون جلسه ای، تکلیف خانگی
جلسه هشتم	مرور تکلیف خانگی، ارائه چندین نکته تکمیلی درباره رویارویی های بعدی، انجام رویارویی درون جلسه ای، بررسی پرسش های مراجع و پاسخ گویی به آنها، تخصیص تکلیف
جلسه نهم و دهم	مرور تکلیف، توضیح منطق بازسازی شناختی پیشرفته، باورهای بنیادین، کشف و به چالش گذاشتن باورهای بنیادین، تخصیص تکلیف خانگی
جلسه یازدهم و دوازدهم	ارزیابی پیشرفت، تصمیم گیری درباره درمان های تکمیلی، بحث درباره احتمال عود و پیشگیری از آن، توضیح فرآیند پایان، بررسی انتظارات از بعد از پایان گرفتن درمان، آگاهی بخشی درباره هیجانات مختلف درباره پایان گرفتن درمان

## ابزار های پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه هراس اجتماعی، پرسشنامه پرسشنامه پرسشنامه افسردگی بک-۲، مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر DSM-IV-TR استفاده شد.

**۱) پرسشنامه هراس اجتماعی:** پرسشنامه هراس اجتماعی یک مقیاس خودسنجی است که توسط کانور و همکاران [۲۸] به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. هر ماده یا سؤال این پرسشنامه ۱۷ سؤالی، براساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای: (اصلاً: ۰، بی نهایت: ۴) نمره گذاری می شود. کانور و همکاران [۲۸] نقطه برش ۱۹ را جهت غربالگری اختلال اضطراب اجتماعی گزارش نمودند. اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برابر با ۰/۹۴ گزارش شده است [۲۶]. در ایران نیز این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۳۸۲ از نظر ویژگیهای روانسنجی بررسی و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته بطوری که همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاسهای فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیکی معادل ۰/۸۰ گزارش شده است [۲۷].

**۲) پرسشنامه افسردگی بک-۲:** پرسشنامه افسردگی بک-۲ یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی است که به منظور ارزیابی شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان به کار می رود [۳۰]. اعتباریابی این مقیاس در ایران توسط دابسون و محمدخانی [۳۱] انجام شده است و ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ برای این مقیاس گزارش شده است. نتایج حاصل از تحلیل عاملی، سنجش اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک-۲ حکایت از کارایی آن دارد. شواهد مربوط به تحلیل عاملی نشان داد که از کل پرسشنامه سه عامل قابل استخراج است. تحلیل مؤلفه های اساسی پرسشنامه به ترتیب برابر با ۴۳/۴۳۶، ۴۳/۶۴۱، ۴۹/۲۳۲ بودند.

## ۳) مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر

DSM-IV: مصاحبه مذکور بر مبنای ملاک های تشخیصی DSM-IV و به منظور تشخیص اختلالات روانی به صورت ساخت یافته طراحی شده است و نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را تأیید می نماید. پایایی و قابلیت اجرای نسخه

فارسی این ابزار در پژوهش شریفی و همکاران [۳۲] تأیید شده است، به طوری که توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی متوسط تا خوب (کاپای بالاتر از ۰/۶)، توافق کلی برای کل تشخیص های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمده است و اکثر مصاحبه کنندگان قابلیت اجرای نسخه فارسی این مصاحبه را مطلوب گزارش کرده اند.

## شیوه تحلیل داده ها

به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره به منظور کنترل اثر پیش آزمون و مقایسه دو گروه مورد مطالعه در متغیرهای اضطراب اجتماعی و افسردگی استفاده شد.

## نتایج

از مجموع ۴۰ آزمودنی داوطلب درمان در جلسه آغازین ۴ نفر از گروه درمان بین فردی و ۶ نفر از گروه شناختی-رفتاری در اواسط درمان انصراف دادند و در نهایت ۳۰ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. جزئیات داده های جمعیت شناختی دو گروه آزمودنی در جدول شماره ۳ آمده است. در مجموع، آزمودنی ها در دامنه سنی ۱۸-۳۱، با میانگین سنی ۲۳/۳ و انحراف معیار ۳/۶۷ قرار داشتند، اکثر بیماران مورد مطالعه مجرد (۷۳ درصد) و دانشجوی کارشناسی (۷۶/۷ درصد) بودند و از نظر جنسیتی نیز همه مؤنث بودند.

بعلاوه میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها در پرسشنامه هراس اجتماعی و افسردگی در پیش آزمون و پس آزمون در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره نشان می دهد که با کنترل آماری واریانس پیش آزمون، تفاوت بین میانگین نمرات پس آزمون دو گروه مورد مطالعه در دو متغیر افسردگی و هراس اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر، اثربخشی درمان بین فردی بر کاهش افسردگی ( $p=0/001$ )،  $f=16/2$  و نشانه های هراس اجتماعی ( $p=0/002$ )،  $f=12/4$ ، بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است (جدول ۵).

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی-رفتاری گروهی و گروه درمانی بین فردی گروهی در کاهش علائم افسردگی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گردید. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از بین این دو شیوه روان درمانی، درمان بین فردی گروهی در اثربخشی بر نشانه های هراس اجتماعی و نیز افسردگی

<sup>1</sup> BDI-II

در پروتکل درمان به عنوان هدف منظور نشده بودند، مرتبط بود.

به طور کلی در طول دوره درمان حتی اگر این علائم کانون تمرکز درمان ارائه شده نباشد، کاهش قابل توجهی در شدت اختلالات همراه ایجاد می شود [۳۸]. موسکویچ و همکاران [۳۹] نشان دادند که در طول درمان اضطراب اجتماعی، افسردگی نیز بهبود می یابد. اگرچه مشخص شده است که اضطراب و افسردگی به شیوه ای غیر متقابل تغییر می یابند، بطوریکه اضطراب اجتماعی به طور کامل تعدیل کننده کاهش افسردگی است (و ۹۱٪ بهبود افسردگی را تبیین می کند)، در حالی که کاهش افسردگی تنها تا اندازه ای تعدیل کننده کاهش اضطراب اجتماعی است (و ۶٪ بهبود افسردگی را تبیین می کند).

حال این سوال مطرح می شود که درمان هایی با طراحی خاص اختلالات اضطرابی چگونه منجر به تغییر در علائم خلقی همراه می گردند، در حالی که این نشانه های خلقی در کانون تمرکز درمان قرار نداشته اند. در این بخش ابتدا مکانیزم های زیربنایی تأثیر درمان هراس اجتماعی اولیه بر علائم افسردگی همراه مطرح می شوند تا در پرتو آگاهی از مکانیزم های مذکور، تبیین های احتمالی برای نتیجه اصلی این پژوهش یعنی برتری درمان بین فردی بر درمان شناختی-رفتاری در زمینه کاهش نشانه های افسردگی همراه مشخص گردد.

کوکس و همکاران [۴۰] مطرح کردند که ممکن است اضطراب اجتماعی منتشر و افسردگی دارای بیماری پذیری ارثی شخصیتی - شناختی مشترکی باشند و این وجه اشتراک می تواند نقش مهمی را در فهم مکانیزم های اضطراب اجتماعی و افسردگی بازی کند. در این راستا کلارک و ولز [۴۱] به مشخصات مشترک بین افسردگی و اختلال اضطراب اجتماعی اشاره کرده و مطرح کردند که افسردگی و هراس اجتماعی هر دو اختلالاتی مزمن هستند و عطف توجه بیش از حد بر محرک های منفی مربوط به خود در هر دو دیده می شود و بسیاری از افراد مبتلا به هراس اجتماعی مانند افراد مبتلا به افسردگی، باورهای منفی در مورد ارزشمندی خود دارند. به طور خاص، کلارک و ولز پیشنهاد می کنند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی بیشتر احتمال دارد که نقش ناظر انتقادکننده رفتار اجتماعی خود را اتخاذ نموده و این امر نه تنها موجب تخریب عملکرد واقعی فرد در موقعیت های اجتماعی می گردد، بلکه همچنین ممکن است با گذشت زمان، منجر به شکل گیری ساخت های شناختی منفی در مورد خود گردد. از اشتراکات دیگر این دو اختلال می توان به نیمرخ هیجانی

همراه، مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری گروهی است.

جدول ۳. اطلاعات جمعیت شناختی گروه های درمان شناختی-رفتاری و درمان بین فردی

متغیر	درمان شناختی-رفتاری	درمان بین فردی
سن (میانگین/انحراف استاندارد)	۲۴/۱ (۴/۱)	۲۲/۵ (۳/۱)
وضعیت تاهل	مجرد	۱۰ (۳۳/۳)
	متاهل	۴ (۱۳/۳)
	مطلقه	۰ (۰)
مقطع تحصیلی	کارشناسی	۱۱ (۳۶/۷)
	کارشناسی ارشد	۱ (۳/۳)
	دکتری	۲ (۶/۷)

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار نمره های پیش آزمون و پس آزمون افسردگی و هراس اجتماعی در گروه های مورد بررسی

مقیاس	درمان شناختی-رفتاری (N=۱۴)	درمان بین فردی (N=۱۶)
BDI-II	پیش آزمون	۱۹/۴ (۸/۲)
	پس آزمون	۱۴/۲ (۷/۴)
SPIN	پیش آزمون	۲۷/۹ (۸/۳)
	پس آزمون	۱۶/۹ (۵/۴)

جدول ۵. تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی و هراس اجتماعی در دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان بین فردی، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	F	سطح معناداری	ضریب ضریب اتا	توان آزمون
عامل گروهی	افسردگی	۱۶/۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۰/۹۷
	هراس اجتماعی	۱۲/۴۷	۰/۰۰۲	۰/۵۲	۰/۹۲

یافته مربوط به اثربخشی درمان ویژه هراس اجتماعی بر علائم افسردگی همراه با نتایج مطالعات تسائو و همکاران [۳۳، ۳۴، ۳۵]، کراسک و همکاران [۳۶]، آلن و همکاران [۳۷] و ملیانی و همکاران [۱۹] همسو می باشد. در مطالعات تسائو [۳۳، ۳۴، ۳۵]، اثرات درمان شناختی - رفتاری برای اختلال پانیک بر فراوانی و شدت بیماری های همراه در بیماران مبتلا به پانیک مورد بررسی قرار گرفت و در هر سه مطالعه، کاهش قابل توجهی در میزان اضطراب منتشر، هراس اجتماعی و افسردگی همراه پس از درمان شناختی - رفتاری پانیک، گزارش شده است. نتایج مطالعه آلن و همکاران [۳۷] نیز نشان داد که اجرای درمان شناختی - رفتاری با کاهش در علائم اضطرابی و افسردگی همراه که

در تبیین برتری درمان بین فردی در کاهش نشانه های اضطراب اجتماعی، همچنین می توان به تأثیر فرمت درمان گروهی و نقش آن در پیامد درمانی اشاره نمود. درمان گروهی برای تحقق مفاهیم و اهداف خاص مدل بین فردی مناسب تر است. بین حیطه تمرکز بین فردی - موضوع های نایمینی نقش اجتماعی- و فعالیت های گروهی در گروه درمانی همخوانی بالایی وجود دارد. چند رفتار از نقش اجتماعی مطلوب (به عنوان مثال، خودافشایی مسائل شخصی و ابراز نیازها و ...) رفتارهایی هستند که در درمان های گروهی دنبال می شوند و روی آنها تمرین می شود. این در حالی است که تحقیقات متعددی که در زمینه مقایسه درمان شناختی-رفتاری گروهی و انفرادی صورت گرفته است، به یافته های متناقضی منتج شده است و در برخی مطالعات گزارش شده است که تمرکز درمان شناختی-رفتاری بیشتر به صورت درون روانی است و از این رو در مقایسه با درمان بین فردی تناسب کمتری با فعالیت های گروهی دارد [۲۴].

بر خلاف تصور سابق مبنی بر برتری فرمت گروهی درمان شناختی-رفتاری بر فرمت انفرادی [۴۶]، شواهد نشان داده اند که درمان شناختی-رفتاری انفرادی سریع تر به نتیجه می رسد و در نتیجه بر درمان شناختی-رفتاری گروهی برتری دارد [۴۷، ۴۸]. مطالعه فراتحلیل آدرکا [۴۹] نیز برتری درمان شناختی-رفتاری انفرادی بر گروهی را صرفنظر از پروتکل مورد استفاده تأیید کرد و تبیین این برتری را در تخصیص توجه و زمان بیشتر به ویژگی های اختصاصی اضطراب و راهبردهای مقابله ای هر بیمار در درمان شناختی-رفتاری انفرادی عنوان نمود. به علاوه این احتمال نیز مطرح شده است که افراد تحت روان درمانی گروهی، به جای چالش با شناخت های مربوط به اضطراب اجتماعی شان، آنها را تصدیق و روند درمان را کندتر کنند [۵۰].

نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه بورگی و همکاران [۲۴] در زمینه مقایسه اثربخشی درمان بین فردی و درمان شناختی بر علائم افسردگی همراه با هراس اجتماعی مغایرت داشت. آنها طی مطالعه ای، اثربخشی درمان بین فردی اقامتی و درمان شناختی-رفتاری اقامتی را بر روی دو گروه از بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی بستری در بخش های یک کلینیک اختلالات روانی مقایسه کردند. نتایج مقایسه این دو روش درمانی حاکی از آن بود که هر دو درمان بهبود معناداری را در نمرات اضطراب اجتماعی بیماران ایجاد کرده و هیچ تفاوت معناداری بین پاسخ به دو درمان وجود ندارد. یک تبیین احتمالی مغایرت یافته های

منفی شدید و هیجانات مثبت ضعیف [۴۲، ۴۳] و رفتارهای حاکی از بازداری مانند اجتناب و عدم قاطعیت [۴۴] اشاره نمود.

در زمینه برتری درمان بین فردی در کاهش نشانه های افسردگی همراه در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می توان به ماهیت روش های درمانی درمان بین فردی برای هراس اجتماعی و درمان شناختی-رفتاری برای هراس اجتماعی اشاره نمود. هر دو روش درمانی مذکور، از جمله روش های روان درمانی هستند که هدف اصلی شان کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی و بهبود عملکرد بیمار می باشد [۲۶] و اثربخشی آنها در کاهش نشانه های هراس اجتماعی در مطالعات متعدد تأیید شده است [۱۳، ۲۲]. با وجود برخی شباهت ها بین درمان بین فردی و درمان شناختی-رفتاری تفاوت های عمده ای بین آنها وجود دارد، از جمله آنکه مکانیزم تغییر در درمان بین فردی، بهبود بافت بین فردی و در درمان شناختی-رفتاری اصلاح تحریف های شناختی می باشد، کانون تمرکز اکثر جلسات درمان بین فردی، نایمینی نقش در روابط بین فردی کنونی و در CBT، شناخت های مربوط به موقعیت های اضطراب زا می باشد و همچنین تفاوت هایی در زمینه تأکید بر کاربرد فونونی چون تحلیل تعاملات و ارتباطات و ترغیب ابراز عواطف در درمان بین فردی و درمان شناختی-رفتاری وجود دارد [۲۶].

هری استک سالیوان [۴۵] و سایر نظریه پردازان بین فردی معتقد بودند که ناآرامی های بین فردی، انعکاسی از شخصیت فرد هستند و با نشانه های روانپزشکی در ارتباط اند. سالیوان [۴۵] معتقد بود که یک مولفه مهم اختلال روانپزشکی، ایجاد و تداوم مشکل در تعاملات بین فردی شخص است. همسو با این نظریه، درمان بین فردی بر کمک رساندن به بیماران برای افزایش درک شان از رویدادهای بین فردی که افسردگی آنها را راه اندازی کرده و چگونگی تغییر الگوهای ارتباطی و تعاملی شان متمرکز می شود و به این طریق می تواند تغییراتی در علائم آنها ایجاد نماید. منطبق بر راهنمای درمانی درمان بین فردی برای هراس اجتماعی در صورت وجود اختلال افسردگی اساسی همراه، درمانگر بایستی اختلال افسردگی را نیز به عنوان بخشی از فرمول بندی درمان در نظر بگیرد. با توجه به اینکه روان درمانی بین فردی درمان شناخته شده با اثربخشی خاص افسردگی است و بسیاری از مشکلات بین فردی (انتقال نقش، مشاجره ها در نقش) برای هر دو اختلال مشترک هستند، IPT می تواند منافع ویژه ای برای بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی داشته باشد [۴۳].

پژوهش‌هایی مشابه با نمونه‌هایی از جوامع بالینی و با حجم بیشتر و جامع‌تر تکرار شود تا قابلیت تعمیم نتایج بیشتر گردد.

#### منابع

- 1- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*: 62, 593-602.
- 2- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed. Author, Washington, DC.
- 3- Chartier, M.J., Walker, J.R. & Stein, M.B. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 728-734.
- 4- Feinstein, A.R. (1970). The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chronic Dis*: 23, 455-468.
- 5- Kaplan, M.H., Feinstein, A.R. (1974). The importance of classifying initial co-morbidity in evaluating the outcome of diabetes mellitus. *J Chronic Dis*: 27, 387-404.
- 6- Brown, T.A.; Casmpbell, L.A.; Lehman, C.L.; Grisham, J.R. & Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of The DSM IV anxiety and mod disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*: 110, 49-58.
- 7- Lecrubier, Y. (1998). Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management. *Journal of Clinical Psychiatry*: 17, 33-38.
- 8- Jørstad-Stein, E.C., Heimberg R.G. (2009). Social Phobia: An Update on Treatment. *Psychiatr Clin North Am*: 32, 641-63.
- 9- Hofmann, S.G., Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 454-476). New York: Guilford Press.
- 10- Pilling, S., Mayo-Wilson, E., Mavranzouli, I., Kew, K., Taylor, C., Clark, D.M., Guideline Development, G. (2013). Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance. *BMJ*: 346.
- 11- Acarturk, C., Cuijpers, P., van Straten, A., de Graaf, R. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychol. Med*: 39, 241-254.

مطالعه حاضر با مطالعه بورگی [۲۴] در رابطه با خصوصیات آزمودنی‌ها و ماهیت درمان بستری می‌باشد. به عبارت دیگر، نمونه مورد بررسی آن مطالعه شامل بیماران مبتلا به هراس اجتماعی شدیدی بود که در مراجعات قبلی به مراکز درمانی مختلف بهبود نیافته بودند. این در حالی است که آزمودنی‌های مطالعه حاضر از میان دانشجویان مشغول به تحصیل انتخاب شده و از لحاظ شدت علائم و نرخ آسیب و افت عملکرد پایین‌تر از شرکت‌کنندگان مطالعه بورگی و همکاران [۲۴] بودند. با توجه پایین بودن سطح ناتوانی و بدکنشی کلی بیماران مورد بررسی می‌توان انتظار داشت که درمان بین فردی در کاهش علائم هراس اجتماعی مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری عمل نماید، زیرا همانطور که بورگی و همکاران [۵۱] در مطالعه اخیر خود نشان داده‌اند، افت عملکرد اجتماعی کمتر پیش بین نتیجه درمانی بهتر در درمان بین فردی است و اگر عملکرد عمومی و شناختی بیمار شدیداً دچار اختلال شده باشد، درمان بین فردی اثربخشی ضعیفی در پی خواهد داشت. تأثیر شدت علائم افسردگی در ارزیابی قبل از درمان بر نتیجه درمانی درمان بین فردی و درمان شناختی-رفتاری در یافته‌های اروین و همکاران [۲۰] نیز مطرح شده است.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد که اثربخشی درمان بین فردی بر نشانه‌های افسردگی همراه با اضطراب اجتماعی اولیه بیشتر از درمان شناختی-رفتاری است، از این رو درمان بین فردی جهت درمان اختلال اضطراب اجتماعی بویژه در حضور نشانه‌های افسردگی همراه، درمان ترجیحی در نظر گرفته می‌شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، عدم ارزیابی پیگیری است. همانطور که براون و همکاران [۳۶] گزارش کردند، ممکن است با گذشت زمان از میزان کاهش علائم همراه کاسته شود. لذا پایداری تأثیر این روش‌های درمانی بر افسردگی همراه در این مطالعه مشخص نشده است. همچنین، افرادی که طی یک ماه اخیر تحت روان‌درمانی قرار داشته‌اند، از پژوهش حاضر خارج شدند و با توجه به اینکه شرکت در روان‌درمانی در فاصله‌های زمانی بیش از یک ماه نیز امکان اثرگذاری بر نتایج تحقیق حاضر را دارد، لذا در تفسیر نتایج لازم است این محدودیت در نظر گرفته شود. همچنین محدود بودن نمونه مورد بررسی به دانشجویان دختر ممکن است تعمیم یافته‌های آن به سایر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، شامل بیماران جنس مذکر و بویژه بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روان‌درمانی را که از علائم شدیدتر و اختلالات همراه بیشتر رنج می‌برند، محدود نماید. از این رو پیشنهاد می‌شود که



- 22- Lipsitz, J.D., Markowitz, J.C., Cherry, S., Fryer, A.J. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatry*: 156, 1814-6.
- 23- Lipsitz, J.D., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, M., et al. (2008). Randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*: 25, 542-553.
- 24- Borge, F.M., Hoffart, A., Sexton, H., Clark, D.M., Markowitz, J.C., McManus, F. (2008). Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*: 22, 991-1010.
- 25- Lincoln, T.M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., Von Wittleben, I., Schroeder, B., et al. (2005). Who comes, who stays who profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in a short intervention for social phobia. *Psychotherapy Research*: 15, 210-225.
- 26- Lipsitz, J.D., Markowitz, J.C., Cherry, S. (1997). Manual for interpersonal psychotherapy of social phobia. New York: Columbia University College of Physicians and Surgeons (Unpublished manuscript).
- 27- Hope, D.A., Heimberg, R.G., Juster, H., Turk, C.L. (2000). Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (Client workbook). New York: Oxford University Press.
- 28- Connor, K.M., Jonathan, R.T., Davidson, L., Churchill, E., Sherwood, A., Weisler, R.H., Foa, E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): *The British Journal of Psychiatry*; 176, 379-386.
- ۲۹- عبدی، محمد. (۱۳۸۲). سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به هراس اجتماعی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انیستیتو روانپزشکی تهران.
- 30- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- ۳۱- دابسون کیت؛ محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه علمی پژوهشی توانبخشی، شماره ۶، صص ۸۲-۸۸.
- 12- Powers, M.B., Sigmarsson, S.R., Emmelkamp, P.M.G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatment for social anxiety disorder. *Int. J. Cogn. Ther*: 1, 94-113.
- 13- Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A., Schneier, F.R., Holt, C.S., Welkowitz, L.A., Juster, H.R., Campeas, R., Bruch, M.A., Cloitre, M., Fallon, B. & Klein, D.F. (1998). Cognitive-behavioural group treatment for social phobia: Effectiveness at five- year follow up. *J Cognitive Research and Therapy*: 17, 325-339.
- ۱۴- آقایی الهام، عابدی احمد، جمالی پافلهه سمیه (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری بر میزان نشانه های افسردگی (ایران ۱۳۸۹-۱۳۸۰). روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، شماره ۶، صص ۶۹-۸۰.
- 15- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*: 11, 221-240.
- 16- Regier, D.A., Rae, D. S., & Narrow, W. E. (1998). Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *British Journal of Psychiatry*: 173, 24-28.
- 17- Alpert, J.E., Fava, M., Uebelacker, L. A., Nierenberg, A. A., Pava, J. A., Worthington III, J. J., Rosenbaum, J. F. (1999). Patterns of Axis I comorbidity in early-onset versus late-onset major depressive disorder. *Biological Psychiatry*: 46, 202-210.
- ۱۸- رضایی فاطمه، نشاط دوست حمیدطاهر، وکیلی زارچ نجمه، امرا بابک، مولوی حسین (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به آسپم. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، شماره ۷، صص ۲۳-۳۲.
- 19- Melyani, M., Bakhtiari, M., Tavoli, A., Ghaedi, G.H., Allahyari, A.A., Roshan, R. The Effects of Cognitive-Behavior Group Therapy for Social phobia Disorder on Depression. In Press.
- 20- Erwin, B.A., Heimberg, R. G., Juster, H., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*: 40, 19-35.
- 21- Klerman, G.L., Dimascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., Paykel, E.S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*: 131, 186-191.

- Liebowitz MR, Hope DA, Schneier FR, eds. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York, NY: Guilford Pres.
- 42- Kashdan, T.B. (2007). Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: theoretical synthesis and meta-analysis. *Clinical Psychology Review: 27*, 348 - 365.
- 43- Kashdan, T.B., Weeks, J.W., Savostyanova, A.A. (2011). Whether, how, and when social anxiety shapes positive experiences and events: a self-regulatory framework and treatment implications. *Clinical Psychology Review: 31*, 786 - 799.
- 44- Eng, W., Heimberg. R.G., Hart, T.A., Schneier, F.R., Liebowitz, M.R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion: 1*, 365-380.
- 45- Sullivan, H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton.
- 46- Hoffman, S.G, Bogles, S.M. (2006). Recent advances in the treatment of social phobia: introduction to special issues. *Journal of Cognitive Psychotherapy: 20*, 3-5.
- 47- Mörtberg, E., Clark, D.M., Sundin, Ö. & Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatr Scan: 115*, 142-154.
- 48- Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., Clark D.M. (2011). Cognitive Therapy vs Interpersonal Psychotherapy in Social Anxiety Disorder A Randomized Controlled Trial FREE. *Arch Gen Psychiatry: 68(7)*, 692-700.
- 49- Aderka, I.M., Weisman, O., Shahar, G., Gilboa-Schechtman, E. (2009). The roles of the social rank and attachment systems in social anxiety. *Personality and Individual Differences: 47*, 284-288.
- 50- Smits, J.A.J., Powers, M.B., Buxkamper, R., Telch, M.J. (2006). The efficacy of videotape feedback for enhancing the effects of exposurebased treatment for social anxiety disorder: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy: 44*, 1773-1785.
- 51- Borge, F.M., Hoffart, A., Sexto, H. (2010). Predictors of outcome in residential cognitive and interpersonal treatment for social phobia: Do cognitive and social dysfunction moderate treatment outcome? *J Behav Ther Exp Psychiat: 41*, 212-219.
- ۳۲- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا و جلالی رودسری، محسن (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). *مجله تازه های علوم شناختی*. سال ۶، شماره ۱، صص ۲۲-۱۰.
- 33- Tsao, J.C.I., Lewin, M.R., Craske, M.G. (1998). The Effects of Cognitive Behavior Therapy for Panic Disorder on Comorbid Conditions. *Journal of Anxiety Disorder: 12*, 357-371.
- 34- Tsao, J.C.I., Mystkowskib, J.L., Zuckerb, B.G., Craske, M.G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: a controlled investigation. *Behaviour Research and Therap: 43*, 959-970.
- 35- Tsao, J.C.I., Mystkowski, J.L., Zucker, B.G., Craske, M.G. (2002). Effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions: replication and extension. *Behavior Therap: 33*, 493-509.
- 36- Craskea, M.G., Farchioneb, T.J., Allenb, L.B., Barriosc, V., Stoyanovaa, M., Rosea, R. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more? *Behaviour Research and Therapy: 45*, 1095-1109.
- 37- Allen, L.B., White, K.S., Barlow, D.H., Shear, M.K., Gorman, J.M., Woods, S.W. (2010). Cognitive-Behavior Therapy (CBT) for Panic Disorder: Relationship of Anxiety and Depression Comorbidity with Treatment Outcome *J Psychopathol Behav Assess: 32*, 185-192.
- 38- Brown, T.A., Antony, M.M., Barlow, D.H. (1995). Diagnostic co-morbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of co-morbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychiatry: 63*, 408-418.
- 39- Moscovitch, D.A., Hofmann, S.G., Suvak, M.K., In-Albon, T. (2005). Mediation of Changes in Anxiety and Depression during Treatment of Social Phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology: 73*, 45-952.
- 40- Cox, B.J., Rector, N.A., Bagby, R.M., Swinson, R.P., Levitt, A.J., Joffe, R.T. (2000). Is self-criticism unique for depression? A comparison with social phobia. *J Affect Disord: 57*, 223-228.
- 41- Clark, D.M., Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG,