

# مقایسه اثربخشی و ماندگاری سه روش درمان در اختلال اضطراب اجتماعی

مهدیه عطری فرد<sup>۱</sup>، محمدرضا شعیری<sup>۲</sup>، کاظم رسول زاده طباطبائی<sup>۳\*</sup>، مهتاب رجیبی<sup>۴</sup>

۱. دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
۲. دانشیار گروه روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران
۳. دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
۴. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران

## چکیده

**مقدمه:** درمان شناختی رفتاری، به عنوان درمان انتخابی اختلال اضطراب اجتماعی، ضمن حمایت‌های فزاینده، با نوساناتی نیز همراه بوده است. بر این اساس، هدف تحقیق حاضر، تعیین و مقایسه اثربخشی و ماندگاری سه الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر «مواجهه با خود»، «مواجهه با موقعیت» و «مواجهه با خود-موقعیت» در درمان این اختلال است.

**روش:** در تحقیق شبه تجربی حاضر، ۲۴ آزمودنی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی براساس نمره مقیاس پرسشنامه هراس اجتماعی و مصاحبه بالینی براساس مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انتخاب شدند. ۱۸ نفر از مبتلایان به طور تصادفی به ۳ گروه آزمایش (در هر گروه ۶ نفر) و ۶ نفر به گروه کنترل اختصاص داده شدند و چهار گروه از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی هم‌تا بودند. ۳ گروه آزمایش، هر یک تحت درمان یکی از سه الگوی درمان شناختی رفتاری قرار گرفتند و گروه کنترل در انتظار ماند. آزمودنی‌ها قبل از شروع و بعد از اتمام، یک ماه و نیم، ۴ ماه و یکسال بعد از اتمام مداخله/انتظار، علاوه بر مقیاس پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس‌های مقیاس اضطراب اجتماعی لیپویتز، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی و مقیاس تصویر خود منفی را تکمیل نمودند.

**نتایج:** مقایسه نتایج چهار گروه بر اساس میانگین تفاضل پیش آزمون-پس آزمون، نشان داد که سه الگوی درمان شناختی رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری داشته اما با یکدیگر تفاوت معناداری نداشته‌اند. البته میانگین تفاضل گروه مواجهه با خود با گروه کنترل، در تمام متغیرهای وابسته (نمره‌های ۶ مقیاس اضطراب اجتماعی) تفاوت معناداری داشته، در حالی که میانگین تفاضل گروه مواجهه با خود-موقعیت و گروه مواجهه با موقعیت با گروه کنترل، در برخی از مقیاس‌های شش گانه، تفاوت معنادار را داشته است. یافته‌ها حاکی از آن است که هر سه الگوی درمانی یادشده دارای ماندگاری اثربخشی بوده‌اند اما گروه مواجهه با خود، در برخی موارد برتری‌هایی را نسبت به دو گروه دیگر نشان داده است.

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج نشان می‌دهد که هر سه الگوی درمان شناختی رفتاری مذکور می‌توانند در نمونه بالینی ایرانی به کار گرفته شوند، اما در برخی از شواهد گروه مواجهه با خود نسبت به دو گروه دیگر، وضعیت برتری را در نمونه بالینی ایرانی نشان داده است.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال اضطراب اجتماعی، درمان شناختی رفتاری، «مواجهه با خود»، «مواجهه با موقعیت»، «مواجهه با خود-موقعیت»

\*Email: rasool1340@yahoo.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

## روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۳، شماره ۲، پیاپی ۲۵  
پاییز و زمستان ۱۳۹۴  
صص: ۱۵-۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۱۲/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۳/۰۶/۱۰

Biannual Journal of

## Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 13, No. 2, Serial 25

Autumn & Winter  
2015-2016

pp.: 15-31

## مقدمه

مبتنی بر آن، فقط آثار محدودی را نشان داده‌اند، لذا تغییر در ارائه درمان شناختی رفتاری سنتی را امری ضروری دانسته‌اند [۹، ۱۷]. البته لازم به ذکر است که اثربخشی این الگوی درمانی بر روی نمونه ایرانی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در مطالعه ملیانی و همکاران [۱۸] تأیید شده است.

در راستای اظهارات فوق، شواهد مقدماتی در حمایت از این عقیده که راهبردهای مداخله‌ای خاص اختلال می‌تواند منجر به پیشرفت نتایج شود، حاصل مطالعه کلارک و همکاران [۱۹] است که علاوه بر استفاده از راهبردهای درمان شناختی رفتاری سنتی، متمرکز بر اصلاح رفتارهای ایمنی‌بخش و توجه متمرکز بر «خود» نیز هست. البته باید اظهار داشت که در هر دو الگوی هیمبرگ [۱۱] و کلارک و ولز [۱۲]، کانون اساسی ترس در اختلال اضطراب اجتماعی، «موقعیت»‌های اجتماعی است. در نتیجه، مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی که از آن‌ها ترسیده می‌شود و با عنوان «مواجهه با موقعیت»<sup>۱۵</sup> نامیده می‌شود، یک بخش اساسی درمان در این الگوهاست. در جریان تحول الگوهای درمانی خاص اختلال اضطراب اجتماعی به‌منظور پیشرفت درمان، می‌توان به الگوی هافمن [۹] به‌عنوان یک الگوی جامع و خاص اختلال، اشاره کرد.

در این الگوی درمانی که هافمن آن را «درمان ارزیابی مجدد خود اجتماعی»<sup>۱۶</sup> معرفی می‌کند [۲۰]، علاوه بر تکنیک‌های بازسازی شناختی و مواجهه با «موقعیت»، از تکنیک‌های خاص «مواجهه با خود» به‌منظور اصلاح ادراک منفی از «خود»، نیز استفاده می‌شود [۲۱]؛ بنابراین، با توجه به آنچه گفته شد، با مقداری تسامح، از الگوی هافمن، می‌توان به‌عنوان الگوی مواجهه با «خود-موقعیت»<sup>۱۷</sup> یاد کرد. شایان ذکر است که اثربخشی این الگوی درمانی، هم در مطالعات خارجی با دامنه اندازه اثری بالاتر از اندازه‌های اثری مطالعات مبتنی بر الگوی درمانی هیمبرگ [۲۱] و هم در مطالعات داخلی تأیید شده است [۲۰].

الگوی دیگری که می‌توان آن را به‌عنوان یک الگوی خاص اختلال طبقه‌بندی کرد، الگوی موسکویچ [۱۳] است. وی مفهوم‌سازی از اختلال اضطراب اجتماعی را در الگوهای مبتنی بر «مواجهه با موقعیت» و نتایج پژوهش‌های مبتنی بر آن را [۱۷، ۲۲، ۲۳] به چالش می‌کشد و با تکیه بر نظرگاه پرسونس<sup>۱۸</sup> [۲۴]، بر مطابقت درمان با نیمرخ نشانه‌های منحصربه‌فرد هر بیمار به‌طور انفرادی تأکید می‌کند. او با مطرح کردن اصطلاح «خودی که از آن ترسیده می‌شود» برای اولین بار، بحث می‌کند که در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، محرکی که از آن ترسیده می‌شود، ویژگی‌هایی از «خود» هستند که این افراد آن ویژگی‌ها را ناکارآمد، ناقص یا متضاد انتظارات یا هنجارهای اجتماعی که درک کرده‌اند، تصور می‌کنند نه موقعیت اجتماعی فی‌نفسه. مطابق این مفهوم‌سازی، ویژگی‌های خود در ۴ حوزه- «مهارت‌های اجتماعی و رفتار»، «کنترل و احساس‌های درونی اضطراب»، «ظاهر فیزیکی» و «ویژگی‌های شخصیتی»- کانون نگرانی در اختلال اضطراب اجتماعی هستند [ر. ک. ۱۵، ۱۶]؛ بنابراین، الگوی موسکویچ [۱۳] به‌عنوان یک الگوی مبتنی بر

«اختلال اضطراب اجتماعی»<sup>۱</sup> یا «هراس اجتماعی»<sup>۲</sup> اختلال تضعیف‌کننده‌ای است که با ترس از بروز رفتار به شکل نامناسب و غیرقابل قبول، ترس از ارزیابی منفی و سطوح بالای اضطراب و اجتناب در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی مشخص می‌شود [۱، ۲]. نظر به اینکه سیر این اختلال، بدون مداخله درمانگرانه، سیری مزمن و بدون بهبود است [۳، ۴، ۵]، بنابراین، لزوم ارزیابی عینی و مداخلات درمانی مؤثر، بجا و ضروری می‌نماید. در این راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که «درمان شناختی رفتاری»<sup>۳</sup>، در کاهش علائم و درمان اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر می‌باشد [۶، ۷، ۸]. اگرچه مؤلفه‌های اصلی درمان‌های مبتنی بر درمان شناختی رفتاری برای اختلال اضطراب اجتماعی، ترکیبی از مواجهه<sup>۴</sup> و بازسازی شناختی<sup>۵</sup> هستند [۹، ۱۰]. ولی هنوز نیاز به تلاش‌های گسترده‌تر برای پیشبرد درمان‌های خاص اختلال اضطراب اجتماعی مطرح است [۹]. طوری که در جریان تحول تبیین دیدگاه‌های شناختی رفتاری از این اختلال، به‌منظور درک بهتر این پدیده آسیب‌شناختی و ارائه خدمات درمانی بهتر، الگوهای متعددی از جمله الگوی رایپی<sup>۶</sup> و هیمبرگ<sup>۷</sup> [۱۱] (معروف به مدل هیمبرگ)، کلارک<sup>۸</sup> و ولز<sup>۹</sup> [۱۲]، هافمن<sup>۱۰</sup> [۹] و موسکویچ<sup>۱۱</sup> [۱۳] ارائه و مؤلفه‌های مختلف و به‌تبع آن، تکنیک‌های پیشرفته‌تر، بالاخص از زمان ارائه برنامه درمانی هافمن [۱۴] و موسکویچ [۱۵، ۱۳] پیشنهاد شده‌اند [۱۶]. در فرآیند این تحول، مؤلفه مواجهه و نوع روش آن، همواره به‌عنوان عنصر اساسی این الگوهای درمانی، مطرح بوده است [۱۶]. به‌طور مثال، راهنمای درمانی هیمبرگ [۷] که شناخته‌شده‌ترین الگو برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی است و از آن به‌عنوان «الگوی درمان شناختی رفتاری سنتی برای اختلال اضطراب اجتماعی» یاد می‌شود [۹]، شامل چندین مؤلفه درمانی متمایز ولی درهم‌آمیخته است که عناصر آن عبارتند از: آموزش روانشناختی<sup>۱۲</sup>، بازسازی شناختی، ایفای نقش<sup>۱۳</sup> و مواجهه واقعی<sup>۱۴</sup> با موقعیت‌های ترس‌آور. در رابطه با اثربخشی این الگوی درمانی، پژوهشگران اشاره بر آن داشته‌اند که راهبردهای درمانی

<sup>1</sup> Social Anxiety Disorder (SAD)

<sup>2</sup> Social Phobia

<sup>3</sup> Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

<sup>4</sup> Exposure

<sup>5</sup> Cognitive restructuring

<sup>6</sup> Rapee, R. M.

<sup>7</sup> Heimberg, R. G.

<sup>8</sup> Clark, D. M.

<sup>9</sup> Wells, A.

<sup>10</sup> Hofmann, S. G.

<sup>11</sup> Moscovitch, D. A.

<sup>12</sup> Psychoeducation

<sup>13</sup> Role play

<sup>14</sup> Exposure to situation

<sup>15</sup> Social Self-Reappraisal Therapy (SSRT)

<sup>16</sup> Exposure to self

<sup>17</sup> Exposure to self-situation

<sup>18</sup> Persons, J. B.

پیگیری‌های ۱/۵ ماهه، ۴ ماهه و یکساله) مدنظر بوده است.

### آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر، دربرگیرنده تمامی دانشجویان دختر و پسر ۳۰-۱۸ ساله شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ در دانشگاه‌های شاهد و تهران بوده که مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بوده‌اند.

ب) نمونه: نمونه مطالعه حاضر نیز دربرگیرنده ۴ گروه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) بوده است که تعداد آزمودنی‌های هر گروه، ۶ نفر و در مجموع، ۲۴ آزمودنی در این مطالعه شرکت داشته‌اند. لازم به ذکر است که نمونه‌گیری در سه مرحله انجام گردید. مرحله اول دربرگیرنده یک سرند کلی بود که طی آن، «پرسشنامه هراس اجتماعی»<sup>۲</sup> [۲۸] بر روی ۱۱۴۸ دانشجویان اجرا گردید و انتخاب افراد براساس یک نمره انحراف معیار بالاتر از میانگین پرسشنامه هراس اجتماعی در سرند اولیه در این مطالعه و مطالعات قبلی [۲۹] بود (نمره ۲۷/۵ برای دانشجویان پسر و نمره ۲۴/۸۸ برای دانشجویان دختر). از این‌رو، در مرحله اول نمونه‌گیری، از اجرای ۱۱۴۸ پرسشنامه، ۱۳۶ نفر، نمره لازم را کسب کردند که از بین آن‌ها ۵۳ نفر حاضر به شرکت در مرحله بعد شدند.

در مرحله دوم، برای تأیید تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و جنبه‌های افتراقی آن در نمونه حاصل از مرحله نخست، «مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی»<sup>۳</sup> [۳۰] انجام گرفت و ۳۸ نفر (۷۱٪) وارد مرحله بعد شدند. در مرحله سوم، نیز از بین ۳۸ نفر مرحله قبلی، ۱۰ نفر به دلایل عدم هماهنگی با ساعات تشکیل گروه یا جلسات دوره و یا تراکم فعالیت‌های آموزشی‌شان در مقطع زمانی اجرای طرح، در گروه انتظار قرار گرفته، این افراد جزء گروه کنترل باقی ماندند. (البته تنها ۶ نفر آن‌ها بعد از اتمام مداخله در گروه‌های آزمایش، تمایل به تکمیل پرسشنامه‌ها و ادامه فعالیت‌ها را نشان دادند)؛ بنابراین، ۲۸ نفر باقی‌مانده به تصادف بین سه گروه درمانی توزیع شدند (۱۱ نفری برای گروه مواجهه با موقعیت، یک گروه ۹ نفری برای مواجهه با خود-موقعیت، یک گروه ۸ نفری برای مواجهه با خود). لازم به ذکر است که از سه گروه، در مجموع، ۹ نفر به دلایل، بیماری و تداخل ساعت آموزشی با برنامه دوره، تراکم برنامه آموزشی و شرکت در کنکور کارشناسی ارشد، مشکلات خانوادگی، مهاجرت و ۱ نفر هم به دلایل نامشخص، بعد از یکی دو جلسه اول، دیگر در جلسات شرکت نکردند. سرانجام، از ۲۸ نفر، ۱۸ نفر (۶ نفر در هر گروه آزمایش) باقی ماندند که با ۶ نفر گروه کنترل، در مجموع، ۲۴ نفر در بررسی‌های نهایی این مطالعه شرکت کردند.

لازم به ذکر است که اطلاعات مربوط به ۴ گروه کنترل و آزمایش از لحاظ همگنی یا ناهمگنی ویژگی‌های جمعیتی شناختی (سن، جنس، وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی) در جدول ۱ در بخش نتایج ارائه شده است. همچنین با توجه به اینکه

«مواجهه با خود» شناخته می‌شود و طراحی و استفاده از تکنیک‌هایی به منظور مواجهه با «خود» و ابعاد آن، یک بخش اساسی در این الگو به شمار می‌رود.

در پی پیشنهاد موسکویچ [۱۳]، مبتنی بر مواجهه با خود، عطری فرد و شعیری [۱۵]، یک راهنمای درمانی مبتنی بر مواجهه با خود را طراحی و کارآزمایی بالینی آن را تأیید کرده‌اند. در مجموع، آنچه با در نظر گرفتن الگوهای درمان شناختی رفتاری در حوزه اختلال اضطراب اجتماعی می‌توان اظهار داشت، این است که همه الگوها با عناوین متفاوتی بر «خود»، به‌عنوان یک مؤلفه مشترک، به‌طور ضمنی یا صریح تأکید می‌کنند و تفاوت الگوهای مذکور در تأکید بر «خود» و جایگاه و نقشی است که به آن می‌دهند که به تبع آن، انتظار می‌رود این تفاوت، در سطح راهبردهای درمانی و تأثیر آن در درمان اختلال اضطراب اجتماعی نیز مشهود باشد [۱۶]؛ بنابراین لزوم انجام پژوهش در جهت مقایسه اثربخشی سه الگوی درمان شناختی رفتاری مذکور؛ یعنی الگوهای «مواجهه با موقعیت» (همبرگ)، «مواجهه با خود-موقعیت» (هافمن) و «مواجهه با خود» [۱۵] مطرح می‌گردد. چه، بررسی میزان و طول مدت اثربخشی و حتی رسیدن سریع‌تر به آثار درمانی، می‌تواند متخصصان این حوزه را در انتخاب الگوی درمانی برتر، جهت ارائه خدمات مفیدتر به مراجعان یاری نماید.

اهمیت و لزوم این بررسی، بالاخص در شرایطی که بافت فرهنگی در بروز و شدت این اختلال در جوامع مختلف اثرگذار است [۲۵، ۲۶، ۲۷]، بیشتر نمایان می‌گردد. در مجموع، با توجه به تمهیدهای یاد شده و نیز تمایزهای فرهنگی در ارتباط با اختلال اضطراب اجتماعی، پژوهش حاضر، به دنبال پاسخگویی به این سؤال‌ها می‌باشد که کدام‌یک از الگوهای درمان شناختی رفتاری مذکور، در درمان نمونه ایرانی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مؤثرتر است؟ و ماندگاری اثربخشی هر یک از آن‌ها چگونه می‌باشد؟ و کدام‌یک از این مداخله‌ها تأثیر خود را در گذران زمان بیشتر حفظ می‌کند؟

## روش

### نوع پژوهش

در واریسی سؤال اول، پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل همراه با پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. لازم به ذکر است که در بررسی سؤال دوم، به دلیل محدودیت‌های اخلاقی، امکان نگه‌داشتن گروه کنترل بدون درمان، طی مدت زمان یکساله مقدور نبود، بنابراین، تنها سه گروه آزمایش مورد واریسی قرار گرفتند تا ماندگاری آثار مداخلات درمانی بررسی شود. از این‌رو، در رابطه با سؤال دوم، پژوهش حاضر از نوع اندازه‌گیری‌های مکرر<sup>۱</sup> با ۳ گروه آزمایش بود که در آن مشاهده یا اندازه‌های مکرر (پیش‌آزمون، پس‌آزمون،

<sup>1</sup> Repeated measures

<sup>2</sup> Social Phobia Inventory (SPIN)

<sup>3</sup> Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)

ضریب بازآزمایی پرسشنامه هراس اجتماعی را بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن را ۰/۸۲ - ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز، در پژوهش حسنونند عموزاده و همکاران [۲۹]، آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن، ۰/۶۸ و اعتبار همگرایی خرده مقیاس‌های آن، بین ۰/۶۴ تا ۰/۷۸ می‌باشد.

ج) مقیاس تصویر خود منفی<sup>۳</sup> [۳۲]: این ابزار، مقیاسی شامل ۲۷ عبارت است که پاسخ به هر عبارت، در دامنه (۱) "اصلاً نگران نیستم" تا (۵) "خیلی زیاد نگرانم" درجه‌بندی می‌شود. نمره کل، حاصل جمع نمره تمامی آیتم‌هاست. نتایج تحلیل‌های عاملی موسکوویچ و هایدنر [۳۲] بیانگر وجود سه خرده مقیاس نگرانی درباره (۱) کفایت اجتماعی؛ (۲) ظاهر فیزیکی؛ و (۳) علائم اضطراب است. آلفای کرونباخ کل این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۳ است. ضریب بازآزمایی کل این مقیاس در فاصله یک هفته، نیز ۰/۷۵ گزارش شده است. بررسی اعتبار همگرایی مقیاس تصویر خود منفی با سایر مقیاس‌های این حوزه، بین ۰/۷۳ تا ۰/۶۳ بوده است [۳۲]. بررسی مقدماتی بر روی این مقیاس در نمونه غیربالینی ایرانی بیانگر آن است که آلفای کرونباخ این سه خرده مقیاس و نمره کل در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۳ قرار دارد و ضریب بازآزمایی کل این مقیاس در فاصله یک هفته، نیز ۰/۷۵ گزارش شده است. در بررسی اعتبار سازه این مقیاس با دیگر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی، ضرایب همبستگی، در دامنه ۰/۲۸ تا ۰/۶۱=۹ و معنادار بوده است [۳۳].

د) مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی<sup>۴</sup> و مقیاس هراس اجتماعی<sup>۵</sup> [۳۴]: این مقیاس‌ها، ابزارهای خودسنجی ۲۰ عبارتی هستند که به ترتیب، ترس از تعامل اجتماعی و موقعیت‌های عملکردی را می‌سنجند. پاسخ‌دهی به آن‌ها در قالب مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای - اصلاً مشخصه من نیست (۰) تا خیلی زیاد مشخصه من است (۴) - می‌باشد. نتایج مطالعات نشان داده‌اند که هر دو مقیاس، ضرایب بازآزمایی بالا (۰/۹۳ - ۰/۹۱)، اعتبار همگرایی قابل قبول (۰/۷۷ - ۰/۵۹) و سطوح بالای آلفای (کرونباخ) ۰/۹۰ و ۰/۹۱ و اعتبار افتراقی مناسبی دارند (متیک و کلارک، ۱۹۹۸). مطالعه شعیری و همکاران [۳۵] در جمعیت ایرانی نشان می‌دهد که آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، ۰/۸۶ و مقیاس هراس اجتماعی، ۰/۹۱، ضرایب بازآزمایی (با فاصله دو هفته) مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی برابر ۰/۸۹ و مقیاس هراس اجتماعی برابر ۰/۹۰ اعتبار همگرایی مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی و مقیاس هراس اجتماعی با سایر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی در حد قابل قبول و معنادار است (۰/۹۳ - ۰/۵۰) است.

ح) نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی<sup>۶</sup> [۳۶]: نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی<sup>۷</sup> یک پرسشنامه ۱۲ ماده‌ای است که ترس افراد را از مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن، می‌سنجد. عبارات این مقیاس در یک مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای از ۱ (اصلاً مشخصه من نیست) تا خیلی زیاد مشخصه من است (۵) درجه‌بندی می‌شود. لازم به ذکر است که در مطالعه خارجی،

انتخاب نمونه براساس نمره پرسشنامه هراس اجتماعی انجام شده است، لذا در بخش ارائه نتایج، بررسی مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها و همگنی واریانس گروه‌ها هم بر اساس نمره این مقیاس انجام شده است.

قابل توجه است که ملاک‌های شمول آزمودنی‌ها عبارت بود از: شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه‌های شاهد و تهران؛ دارای محدوده سنی ۱۸ - ۳۰؛ دارای نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی براساس پرسشنامه هراس اجتماعی [۲۸] دارای نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی براساس پرسشنامه هراس اجتماعی [۲۸] و مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی [۳۰]؛ در صورت استفاده همزمان دارودرمانی، کناره‌گیری از دارو با هماهنگی پزشک مسئول قبل از شروع درمان. همچنین ملاک‌های عدم شمول به این ترتیب بود:

دریافت درمان دارویی یا غیر دارویی مشابه در گذشته؛ دریافت درمان دارویی و غیر دارویی دیگر، به‌طور همزمان با مطالعه حاضر؛ استفاده از داروهای روان‌گردان؛ دریافت تشخیص فعلی اختلال افسردگی عمده، دوقطبی، سایکوتیک، وابستگی به مواد یا الکلی، یا صرع؛ دریافت تشخیصی برای اختلالات محور II؛ داشتن نیاز به توجه فوری مثلاً کسانی که برای خودشان یا دیگری تهدید فوری ایجاد می‌کنند یا رفتارهای آسیب‌زننده به خود دارند.

## ابزارهای پژوهش

الف) مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup> [۳۰]: مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی «چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی» [۳۱] و به‌منظور تشخیص اختلالات روانی، به‌صورت ساختاریافته طراحی شده است. در این مطالعه بخش‌های مربوط به اختلال اضطراب اجتماعی و وجوه افتراقی مرتبط، از مصاحبه بالینی ساختاریافته براساس چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در مورد آزمودنی‌ها به‌منظور تأیید نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گرفته است.

ب) پرسشنامه هراس اجتماعی [۲۸]: این پرسشنامه، یک ابزار خودگزارش‌دهی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی است. پرسشنامه هراس اجتماعی براساس مقیاس لیکرتی ۵ درجه‌ای - به‌هیچ‌وجه (۰) تا خیلی زیاد (۴) - درجه‌بندی می‌شود. کونور<sup>۲</sup> و همکاران [۲۸]

<sup>1</sup> Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4th Ed.) (DSM-IV)

<sup>2</sup> Connor, K. M.

<sup>3</sup> Negative Self-Portrayal Scale (NSPS)

<sup>4</sup> Social Interaction Anxiety Scale (SIAS)

<sup>5</sup> Social Phobia Scale (SPS)

<sup>6</sup> Brief version of the Fear of Negative Evaluation (BFNE)

<sup>7</sup> Fear of Negative Evaluation (FNE)

برای ادامه مسیر به‌تنهایی - بستن گروه [۷].

ب) رئیس کلی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر «مواجهه با خود- موقعیت»: این الگوی درمانی در قالب ۱۲ جلسه گروهی با یک درمانگر (خانم) و یک کمک درمانگر (آقا) و ۲ جلسه انفرادی برای هر مراجع، به‌منظور تنظیم درمان با توجه به نیازهای و شرایط هر مراجع اجرا شد. رئیس کلی جلسات به این ترتیب است: جلسه اول: ایجاد ارتباط و بحث دربارهٔ منطق درمان - تمرین خانگی. جلسه دوم: مرور تکلیف خانگی از هفته گذشته - مرور الگوی درمانی - مواجهه‌های ضمن جلسه - ارائهٔ تمرین خانگی. جلسات سوم تا ششم: ساختار جلسه سوم تا ششم بسیار شبیه به جلسه دوم است؛ یعنی دربرگیرندهٔ مرور تکلیف خانگی از هفته گذشته - مواجهه‌های درون جلسه و تمرین خانگی است. - جلسهٔ هفتم الی آخر: طراحی مواجهه‌های بدیوارانه واقعی در خارج از محیط گروه و بحث‌های گروهی دربارهٔ این مواجهه‌ها در درون جلسه. طراحی یک جلسه برای نشان دادن جلوگیری از بازگشت و معرفی آن در مرور تکلیف خانگی. جلسه آخر: بستن گروه - بحث از آنچه که یاد گرفته شده و خلاصه کردن پیشروی هر عضو گروه - تأکید بر کارکرد مستقل و مهارت‌های مثبتی که هر بیمار یاد گرفته است [۱۴].

ج) رئیس کلی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر «مواجهه با خود»: این درمان، طی ۵ تا ۱۵ جلسه ۱ ساعته و به‌صورت انفرادی توسط عطری فرد و شعیری [۱۵] طراحی شده و کارآزمایی بالینی مقدماتی آن به اثبات رسیده است. این درمان، طی ۵ تا ۱۵ جلسه ۱ ساعته و به‌صورت انفرادی طراحی شده است.

لازم به ذکر است که تعداد جلسات می‌تواند با توجه به نیمرخ منحصر به فرد هر آزمودنی در نوسان باشد. رئیس کلی جلسات به این ترتیب است:

جلسه اول و دوم: برقراری رابطهٔ درمانی - بحث دربارهٔ الگوی درمانی - تهیهٔ سلسله‌مراتب ترس و اجتناب به‌طور کلی - تمرین خانگی.

جلسات سوم تا پنجم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله‌مراتب ترس و اجتناب براساس بعد قابل مشاهدهٔ اضطراب و بازسازی شناختی مرتبط با آن، مواجهه درون جلسه، تمرین خانگی.

جلسات ششم تا هشتم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله‌مراتب ترس و اجتناب براساس بعد ظاهر فیزیکی و بازسازی شناختی مرتبط با آن است، انجام مواجهه درون جلسه، تمرین خانگی.

جلسات نهم تا یازدهم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله‌مراتب ترس و اجتناب براساس بعد مهارت‌ها و رفتارهای اجتماعی و بازسازی شناختی مرتبط با آن، مواجهه درون جلسه، تمرین خانگی.

جلسات دوازدهم تا چهاردهم: مرور تکلیف خانگی، تنظیم سلسله‌مراتب ترس و اجتناب براساس ویژگی‌های شخصیت و بازسازی شناختی مرتبط با آن، انجام مواجهه درون جلسه، تمرین

این ابزار، همسانی درونی (آلفای کرونباخ) بالا (۰/۹۰) و پایایی بازآزمایی مناسبی را (۰/۷۵) در نمونه‌ای از دانشجویان نشان داده است و با نسخهٔ اصلی این مقیاس «مقیاس ترس از ارزیابی منفی» همبستگی بالایی دارد (۰/۹۶) (۳۶]. مطالعات دیگر هم اعتبار همگرا و تشخیصی مناسبی را برای این مقیاس نشان داده‌اند [۳۷، ۳۸]. است و در بررسی اعتبار همگرای این ابزار با پرسشنامهٔ هراس اجتماعی و مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی نیز، همبستگی‌ها به ترتیب، ۰/۴۳ و ۰/۵۴ و معنادار می‌باشد [۳۹].

و) مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز - نسخهٔ خودگزارش‌دهی<sup>۱</sup> [۴۰]: این مقیاس، شامل ۲۴ آیتم است که ترس و اجتناب از تعدادی موقعیت‌های اجتماعی (۱۱ عبارت) و عملکردی (۱۳ عبارت) را در ۶ خرده مقیاس جداگانه و یک نمرهٔ کلی می‌سنجد. لازم به ذکر است که برای خرده مقیاس ترس، هر آیتم از ۰ (هیچ) تا ۳ (شدید) و برای خرده‌مقیاس اجتناب، هر آیتم از ۰ (هرگز) تا ۳ (معمولاً) درجه‌بندی می‌شود (بکر و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات خارجی نشان داده‌اند که پایایی بازآزمایی این ابزار، ۰/۸۳، همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۹۵، اعتبار همگرا و افتراقی نیز مناسب است [۴۰، ۴۱]. بررسی ویژگی‌های روانسنجی این ابزار در مطالعه عطری فرد و همکاران [۴۲] در نمونهٔ ایرانی نشان می‌دهد که پایایی بازآزمایی مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز و خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۷۶ قرار دارد و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن‌ها نیز در دامنهٔ ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده و اعتبار همگرای مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز با سایر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی نیز در حد قابل قبولی است (۰/۹۴ تا ۰/۴۶) است. لازم به ذکر است که در تحقیق حاضر از نمرهٔ کلی این مقیاس در ارزیابی‌ها استفاده شده است.

## مداخلات درمانی

الف) رئیس کلی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر «مواجهه با موقعیت»: این درمان، به‌صورت گروهی و در قالب جلسات ۲ ساعته و طی ۱۲ جلسه اجرا می‌شود. لازم به ذکر است که به‌منظور آموزش مراجعان در امر بازسازی شناختی و تناسب روند درمان با هریک از آنان، برای هر فردی، ۲ جلسهٔ انفرادی ۱ ساعته نیز اجرا گردید. رئیس کلی جلسات به این ترتیب است: جلسه اول و دوم: ایجاد ارتباط و بحث بر روی الگوی شناختی رفتاری اضطراب اجتماعی، سه مؤلفهٔ درمان (مواجههٔ ایفای نقش در گروه، بازسازی شناختی، تکلیف مواجههٔ واقعی و کار شناختی همراه با آن). جلسهٔ سوم تا یازدهم: انجام رویارویی‌ها ایفای نقش توسط هر مراجع در جلسه - تعیین تکلیف خانگی (مواجههٔ واقعی همراه با فعالیت بازسازی شناختی مرتبط با فعالیت درون جلسه). جلسهٔ دوازدهم: مرور میزان پیشرفت اعضای گروه - تعیین پاسخ‌های منطقی که افراد می‌خواهند تداوم یابد - تنظیم اهداف

<sup>1</sup> Liebowitz Social Anxiety Scale Self-report (LSAS-SR)

<sup>2</sup> Multiple Analyses Of Variance (MANOVA)

چندگانه<sup>۲</sup> و آزمون‌های تعقیبی آن (تحلیل واریانس یک راهه و آزمون تعقیبی توکی) و در پاسخگویی به سؤال دوم، یعنی واریانس ماندگاری اثربخشی سه درمان شناختی رفتاری در تکرار اندازه‌گیری‌های چهارگانه (پس آزمون و پیگیری ۱/۵ ماهه، ۴ ماهه و ۱ ساله)، از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر (طرح آمیخته) استفاده شده است.

### نتایج

در این قسمت، ابتدا، اطلاعات جمعیت شناختی چهار گروه کنترل و آزمایش و یافته‌های توصیفی مرتبط با پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱/۵ ماهه، ۴ ماهه و یکساله ارائه می‌شود، سپس به تحلیل داده‌ها براساس مقیاس‌ها پرداخته می‌شود.

خانگی. جلسه پانزدهم: مرور میزان پیشرفت فرد- تأکید بر کارکرد مستقل و مهارت‌های مثبتی که بیمار یاد گرفته است- بحث درباره احتمال بازگشت اضطراب- تعیین پاسخ‌های منطقی که فرد می‌خواهد تداوم یابد و خاتمه درمان [۱۵].

### شیوه تحلیل داده‌ها

به‌منظور تحلیل داده‌ها، در این پژوهش علاوه بر استفاده از شاخص‌های توصیفی، از آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه ۴ گروه آزمایش و کنترل در مقیاس‌ها در پیش آزمون استفاده گردیده است. همچنین در پاسخگویی به سؤال اول، به‌منظور مقایسه تأثیر متغیر مستقل (سه درمان شناختی رفتاری) بر متغیر وابسته (میزان اضطراب اجتماعی در پرسشنامه‌های مورد استفاده) در فاصله پیش آزمون- پس آزمون، از تحلیل واریانس

جدول ۱. شاخص‌های مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان و نتایج مربوط به مقایسه گروه‌ها در این متغیرها (n=۲۴)

متغیر	شاخص	نتایج آزمون آماری			
		گروه ۴	گروه ۳	گروه ۲	گروه ۱
سن	میانگین (انحراف معیار)	(۰/۵۴)۲۱/۵	(۲/۲۵)۲۲/۵	(۱/۷۵)۲۳/۳۳	(۱/۳۳)۲۰/۸۳
جنسیت	زن	۶	۶	۵	۶
	مرد	۰	۰	۱	۰
سطح تحصیلات	کارشناسی	۶	۴	۳	۶
	کارشناسی ارشد	۰	۲	۳	۰
وضعیت تأهل	مجرد	۶	۶	۵	۵
	متأهل	۰	۰	۱	۱

توجه: گروه ۱= گروه مواجهه با خود؛ گروه ۲= گروه مواجهه با خود- موقعیت؛ گروه ۳= گروه مواجهه با موقعیت؛ گروه ۴= گروه کنترل

همچنین ۱ ساله، دارای تفاوت‌هایی هستند. بررسی معناداری این تفاوت‌ها در بخش بعدی ارائه می‌گردد.

ب) در این بخش، به‌منظور بررسی معناداری تفاوت بین گروه‌ها در پیش آزمون، از تحلیل واریانس چندگانه استفاده شد و نتایج تحلیل واریانس چندگانه در مقایسه میانگین ۴ گروه در متغیرهای پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس تصویر خود منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز در مرحله پیش آزمون، بیانگر عدم تفاوت معنادار میانگین ۴ گروه در متغیرهای مورد نظر در این مرحله است (میزان F از ۰/۷۱ تا ۰/۹۷؛ درجه‌های آزادی بین گروهی=۳؛ درون گروهی=۲۰؛ کل=۲۳؛  $P>0/05$ ). همچنین به‌منظور واریانس مقایسه‌ای اثربخشی سه درمان شناختی رفتاری در فاصله پیش آزمون- پس آزمون، نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها براساس تحلیل واریانس چندمتغیره ارائه می‌شود (جدول ۳-۵). نتایج تحلیل واریانس چندگانه نشان می‌دهد که از بین تفاضل نمرات پیش آزمون- پس آزمون مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی در بین سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل، حداقل یکی از آن‌ها و یا بیشتر، براساس لامبدای ویلکز معنادار است. به‌منظور بررسی اینکه تفاضل نمرات پیش آزمون-

نتایج جدول ۱ دربرگیرنده عدم تفاوت معنادار بین ۴ گروه در متغیرهای جمعیت شناختی سن (بر اساس تحلیل واریانس)، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل (بر اساس آزمون خی دو) است. بنابراین می‌توان اظهار نمود که این ۴ گروه از لحاظ متغیرهای موردنظر همگن می‌باشند.

همچنین مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها و همگنی واریانس در ۴ گروه براساس نمره SPIN انجام شد. از آنجا که در نمونه‌های با حجم کوچکتر از ۵۰ نفر، از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده می‌شود، در مطالعه حاضر نیز از این آزمون بکار گرفته شد و نتایج بیانگر عدم معناداری آن ( $P>0/05$ ) بود؛ به عبارت دیگر مفروضه توزیع طبیعی داده‌ها تأیید شد. در مورد همگنی واریانس ۴ گروه براساس نمره SPIN هم از آزمون لون استفاده شد که نتایج، همگنی واریانس ۴ گروه را تأیید کرد ( $P=0/21$ ؛  $df_1=3$ ،  $df_2=20$ ؛ شاخص لون).

نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین گروه‌های چهارگانه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) در مقیاس‌های پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس تصویر خود منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز در پیش آزمون و پس آزمون و همچنین نتایج گروه‌های سه‌گانه (سه گروه آزمایش) در پیگیری‌های ۱/۵ و ۴ ماهه و

<sup>1</sup> Shapiro-Wilk Test

پس از آزمون کدامیک از چهار گروه مذکور، در این ۶ نمره، معنادار می‌شود. است، نتایج تحلیل واریانس‌های یک راهه در جدول ۴ ارائه

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مربوط به گروه‌های چهارگانه (II هر گروه= ۶) در پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس تصویر خود منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز در پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری ۱/۵ ماهه، ۴ ماهه، ۱ ساله

مقیاس	گروه شاخص	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری ۱/۵ ماهه		پیگیری ۴ ماهه		پیگیری ۱ ساله	
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مقیاس هراس رشننامه هراس اجتماعی	گروه ۱	۸/۸۳	۳۷	۳/۰۳	۶/۱۷	۳/۵۴	۶/۱۷	۴/۷۱	۶/۱۷	۵/۶۴	۵/۸۳
	گروه ۲	۸/۷۸	۳۷/۵	۵/۲۰	۱۰/۶۶	۶/۹۸	۱۰/۶۶	۵/۲۳	۸/۱۷	۷/۲۰	۱۰/۵
	گروه ۳	۵/۵۷	۳۶/۶	۶/۴۰	۹/۹۷	۴/۸۳	۹/۹۷	۳/۰۶	۸/۸	۶/۹۷	۷/۸۳
	گروه ۴	۴/۰۷	۳۲/۸۳	۸/۰۴	-	-	-	-	-	-	-
مقیاس اضطراب در تعامل اجتماعی	گروه ۱	۱۱/۰۷	۴۰/۵۷	۵/۵	۶/۸۳	۲/۸۶	۶/۸۳	۴/۵۹	۸/۵	۵/۳۲	۶/۵
	گروه ۲	۸/۰۹	۳۷/۵	۸/۳۷	۱۷	۶/۲۶	۱۷	۳/۵۶	۱۷/۳۳	۱۴/۱۵	۲۲/۶۷
	گروه ۳	۶/۵۴	۳۹	۱۱	۱۵/۵	۴/۵	۱۵/۵	۳/۹۴	۱۸/۵	۹/۹۳	۱۷/۶۷
	گروه ۴	۲۱/۷۱	۴۲	۱۴/۹۰	-	-	-	-	-	-	-
مقیاس هراس از عملکرد	گروه ۱	۱۶/۴۹	۳۴/۱۷	۵	۴/۱۷	۳/۴۳	۴/۱۷	۴/۸۰	۵/۶۷	۲/۵۶	۳/۸۳
	گروه ۲	۱۲/۷۳	۳۱	۶/۳۵	۹/۸۳	۵/۱۲	۹/۸۳	۵/۱	۶	۱۴/۹۶	۱۷/۳
	گروه ۳	۸/۳۱	۳۹/۵	۷/۶۹	۸/۱۷	۴/۲۶	۸/۱۷	۴/۲۳	۷/۶۷	۷/۷۳	۸/۸۳
	گروه ۴	۱۴/۳۱	۳۸/۳۳	۱۲/۳۳	-	-	-	-	-	-	-
مقیاس ترس از ارزیابی منفی	گروه ۱	۶/۲۴	۴۶/۸۳	۲۵/۳۳	۲/۹۳	۵/۸۵	۲۵/۸۳	۲۴/۳۳	۲۴/۳۳	۶/۷۱	۲۳/۱۷
	گروه ۲	۶/۸۹	۴۵/۵	۲۲/۶۷	۱۱/۷۲	۹/۳۱	۲۳/۶۷	۳۳/۶۷	۳۳/۶۷	۱۱/۲۰	۳۲/۱۷
	گروه ۳	۳/۱۹	۴۴/۱۷	۲۹/۱۷	۵/۹۸	۵/۱۲	۲۷/۵	۳/۱۱۷	۳/۱۱۷	۶/۳۴	۲۵/۸۳
	گروه ۴	۴/۴۶	۴۴/۶۷	۴/۳۳	۶/۷۴	-	-	-	-	-	-
مقیاس تصویر خود منفی	گروه ۱	۲۳/۵۹	۷۷/۶۷	۳/۱۸۳	۴/۷۱	۳/۹۳	۳/۱۳۳	۲/۹۶۷	۲/۹۶۷	۴/۰۳	۳/۱۳۳
	گروه ۲	۲۲/۵۹	۶۰	۴۳/۵	۱۱/۱۱	۶/۸۵	۳۳/۸۳	۳۴/۶۷	۳۴/۶۷	۱۳/۰۳	۴۲/۳۳
	گروه ۳	۱۸/۸۴	۷۷/۸۳	۴۲/۸۳	۱۱/۳۷	۶/۷۷	۳۷/۳۳	۳۴/۳۳	۳۴/۳۳	۹/۶۱	۳۷/۶۷
	گروه ۴	۲۴/۴۰	۷۱	۶۴/۸۳	۱۶/۲۴	-	-	-	-	-	-
مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز	گروه ۱	۶/۱۳۸	۶۱/۳۸	۱۷/۸۳	۸/۳۸	۱۰/۸۷	۱۹/۱۷	۱۳/۶۷	۱۳/۶۷	۹/۸۴	۱۴
	گروه ۲	۲۴/۵۵	۶۳/۸۳	۴۳/۳۳	۱۸/۶۰	۱۲/۹۳	۲۷/۳۳	۳۱/۳۳	۳۱/۳۳	۳۲/۴۰	۳۵/۶۷
	گروه ۳	۲۲/۴۰	۷۶	۳۲/۱۳	۲۴/۵۷	۱۴/۹۴	۲۵/۶۷	۲۹/۵	۲۹/۵	۱۹/۹۳	۳۰/۵۰
	گروه ۴	۱۳/۷۵	۶۶/۵	۷۶/۳۳	۱۶/۱۹	-	-	-	-	-	-

توجه: گروه ۱= گروه مواجهه با خود؛ گروه ۲= گروه مواجهه با خود-موقعیت؛ گروه ۳= گروه مواجهه با موقعیت؛ گروه ۴= گروه کنترل

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس چندگانه تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون گروه‌های چهارگانه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) در نمرات حاصل از مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی

گروه	ارزش	F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۱/۴۹	۲/۷۹	P<۰/۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۱	۲/۸۹	P<۰/۰۱
اثر هتلینگ	۳/۷۸	۲/۸۷	P<۰/۰۱
ریشه دوم ری	۲/۴۲	۶/۸۵	P<۰/۰۱

جدول ۴. خلاصه نتایج مربوط به تحلیل واریانس یک راهه تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون حاصل از مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی در گروه‌های چهارگانه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل)

شاخص مقیاس	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	میزان F	سطح معناداری
«مقیاس اضطراب در تعامل اجتماعی»	۳۵۰۴/۳۱	۳	۱۱۶۸/۱۰	۷/۹۹	P<۰/۰۰۱
«مقیاس هراس از عملکرد»	۲۷۴۹/۶۷	۳	۹۱۶/۵۶	۶/۱۸	P<۰/۰۰۱
«مقیاس ترس از ارزیابی منفی»	۱۴۲۷/۶۷	۳	۴۷۵/۸۹	۴/۳۵	P<۰/۰۵
«مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز»	۱۱۵۲۶/۷۳	۳	۳۸۴۲/۳۴	۵/۵۳	P<۰/۰۱
«مقیاس تصویر خود منفی»	۶۱۹۶/۱۷	۳	۲۰۶۵/۳۹	۴/۶۹	P<۰/۰۱

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی در بررسی تفاوت تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون حاصل از مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی در گروه‌های چهارگانه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل)

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین تفاضل	معناداری
«مقیاس اضطراب در تعامل اجتماعی»	گروه ۱	۱۹/۴	۰/۰۶
	گروه ۲	۱۷/۵۷	۰/۰۹
	گروه ۳	۳۴/۰۷°	۰/۰۰۰۱
	گروه ۱	-۱/۸۳	۰/۹۹
	گروه ۲	۱۴/۶۷	۰/۱۹
	گروه ۳	۱۶/۵	۰/۱۲
	گروه ۱	۱۰/۵	۰/۴۶
	گروه ۲	۱/۳۳	۰/۹۹
	گروه ۳	۲۶/۸۳°	۰/۰۱
«مقیاس هراس از عملکرد»	گروه ۱	-۹/۱۷	۰/۵۷
	گروه ۲	۱۶/۳۳	۰/۱۳
	گروه ۳	۲۵/۵°	۰/۰۱
	گروه ۱	-۱/۳۳	۰/۹۹
	گروه ۲	۶/۵	۰/۷۱
	گروه ۳	۱۸/۱۷°	۰/۰۱
	گروه ۱	۷/۸۳	۰/۵۶
	گروه ۲	۱۹/۵°	۰/۰۱
	گروه ۳	۱۱/۶۷	۰/۲۵
«مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز»	گروه ۱	-۰/۳۲	۰/۷۹
	گروه ۲	۵۳/۸۳°	۰/۰۱
	گروه ۳	-۱۴/۳۷	۰/۷۸
	گروه ۱	۳۹/۳۳	۰/۰۷
	گروه ۲	۵۳/۷°	۰/۰۱
	گروه ۳	۸/۸۱	۰/۴۵
	گروه ۱	۷/۶۳	۰/۵۷
	گروه ۲	۳۱/۸۷°	۰/۰۰۱
	گروه ۳	-۱/۱۸	۰/۹۸
«مقیاس تصویر خود منفی»	گروه ۱	۲۳/۰۶°	۰/۰۱
	گروه ۲	۲۴/۲۳°	۰/۰۱
	گروه ۳	۲۹/۳۳	۰/۱۱
	گروه ۱	۱۰/۸۳	۰/۸۱
	گروه ۲	۴۱/۵°	۰/۰۱
	گروه ۳	-۱۸/۵	۰/۴۴
	گروه ۱	۱۲/۱۷	۰/۷۵
	گروه ۲	۳۰/۶۷	۰/۰۹
	گروه ۳	گروه کنترل	

ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی در گروه‌های چهارگانه (سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل) معنادار می‌باشد. به‌منظور

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت تفاضل نمرات پیش آزمون-پس آزمون حاصل از مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از



آن‌ها نیز ارائه شده است. قبل از ارائه نتایج، اشاره به دو نکته ضروری می‌نماید.

اول اینکه دو پیش‌فرض مربوط به تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر، آزمون باکس (برای واریانس همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس) و آزمون کرویت موچلی (برای واریانس تساوی واریانس تفاوت بین گروه‌ها) است. در مورد انجام آزمون باکس، با توجه به نظر تیانیک و فیدل [۴۳] مبنی بر اینکه در صورت تساوی اندازه نمونه‌ها، ارزیابی همگنی ماتریس واریانس - کوواریانس از طریق آزمون باکس ضرورتی ندارد، لذا در اینجا، این بررسی انجام نشده است. در مورد آزمون کرویت موچلی نیز، در مواردی که آزمون کرویت موچلی معنادار باشد، باید از تقریب F استفاده کرد که مقدار آن برابر میزان شاخص هاین فلت (در مواردی که شاخص اسپیلون بالای ۰/۷۵ است) یا شاخص گرین هاوس گیسر (در مواردی که شاخص اسپیلون پایین‌تر از ۰/۷۵ است) می‌باشد و در مواردی که آزمون کرویت موچلی معنادار نشده باشد از خود آزمون F استفاده کرد که میزان آن از شاخص اسفیرستی به دست می‌آید [۴۴].

دوم اینکه برای انتخاب آزمون تعقیبی تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر، در مواردی که کرویت برقرار باشد از آزمون تعقیبی توکی و در غیر این صورت از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده می‌گردد [۴۴].

بررسی چگونگی این تفاوت معنادار، به ارائه نتایج آزمون تعقیبی توکی در جدول ۵ می‌پردازیم.

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که میانگین تفاضل سه گروه مواجهه با خود، مواجهه با خود- موقعیت و مواجهه با موقعیت، تفاوت معناداری با یکدیگر ندارند ولی با گروه کنترل، تفاوت معنادار دارند. البته لازم به ذکر است که میانگین تفاضل گروه مواجهه با خود با گروه کنترل، براساس هر ۶ نمره حاصل از مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی تفاوت معناداری دارد در حالی که میانگین تفاضل گروه مواجهه با خود- موقعیت با گروه کنترل، براساس نمره نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، پرسشنامه هراس اجتماعی تفاوت معناداری دارد و تفاوت معنادار میانگین تفاضل گروه مواجهه با موقعیت با گروه کنترل نیز براساس نمره مقیاس هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی مشاهده می‌شود. لازم به توضیح است که نتایج مربوط به تداوم این اثربخشی‌ها بخش بعدی ارائه خواهد شد.

ج) در این بخش، در راستای واریانس تداوم اثربخشی درمان‌های مذکور در فواصل زمانی بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری‌های ۱/۵، ۴ ماهه و همچنین ۱ ساله، نتایج اندازه‌گیری‌های مکرر (طرح آمیخته) در جدول ۶ و نمودارهای

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر گروه‌های سه‌گانه (سه گروه آزمایش) براساس نمره مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی در فواصل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری‌های ۱/۵ و ۴ ماهه و ۱ ساله

مقیاس	منبع	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P
پرسشنامه هراس اجتماعی	درون گروهی (اگرین هاوس گیسر)	۱۱۸۰۷/۴۴	۱/۹۹	۵۹۷۳	۹۰/۳۳	۰/۰۰۱
	برون گروهی	۲۳۸/۸۲	۲	۱۱۹/۴۱	۲/۴۴	۰/۱۲
	تعامل درون گروهی- برون گروهی (گرین هاوس گیسر)	۱۶۱/۵۹	۳/۹۸	۴۰/۶۳	۰/۶۲	۰/۶۵
«مقیاس اضطراب در تعامل اجتماعی»	درون گروهی (هاین فلت)	۸۴۴۹/۲۵	۳/۳۱	۲۵۳/۲۳	۴۸/۰۱	۰/۰۰۱
	برون گروهی	۱۷۲۹/۰۱	۲	۸۶۴/۵۴	۷/۴۶	۰/۰۰۱
	تعامل درون گروهی- برون گروهی (هاین فلت)	۸۸۷/۲۵	۶/۶۲	۱۳۴/۰۶	۲/۵	۰/۰۲
«مقیاس هراس از عملکرد»	درون گروهی (گرین هاوس گیسر)	۱۰۲۸۶/۶۳	۲/۰۴	۵۰۳۶/۰۰۱	۴۵/۲۹	۰/۰۰۱
	برون گروهی	۴۳۵/۱۷	۲	۲۱۷/۵۹	۱/۹۴	۰/۱۸
	تعامل درون گروهی- برون گروهی (گرین هاوس گیسر)	۶۵۵/۲۲	۴/۰۹	۱۶۰/۳۹	۱/۴۴	۰/۲۴
	برون گروهی	۱۱۰/۸۸	۲	۵۵/۴۳	۰/۴۶	۰/۶۴
	تعامل درون گروهی- برون گروهی (هاین فلت)	۶۰۶/۱۳	۷/۱۹	۸۴/۳۵	۲/۰۶	۰/۰۶
	برون گروهی	۳۶۰/۲/۹۴	۲	۱۸۰/۱/۴۷	۲/۰۲	۰/۱۷
برون گروهی	۴۸۵/۳۶	۲	۲۴۲/۶۸	۱/۳۳	۰/۳۰	

تفاوت‌های معنادار برون و تعامل درون- برون گروهی نیز مطرح است؛ به عبارت دیگر، صرف‌نظر از نوع گروه درمانی، براساس هر ۶ مقیاس، تفاوت اندازه‌های مربوط به متغیر وابسته در مقاطع زمانی مختلف، معنادار است. در این رابطه، تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر تک گروهی در هر سه گروه، بیانگر تفاوت معنادار نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در هر سه گروه درمانی است. براساس مقیاس

نتایج مندرج در جدول ۶ نشان می‌دهد که در رابطه با متغیرهای وابسته مقیاس هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، مقیاس تصویر خود منفی، تفاوت‌های معنادار درون گروهی و در رابطه با متغیر وابسته مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی،

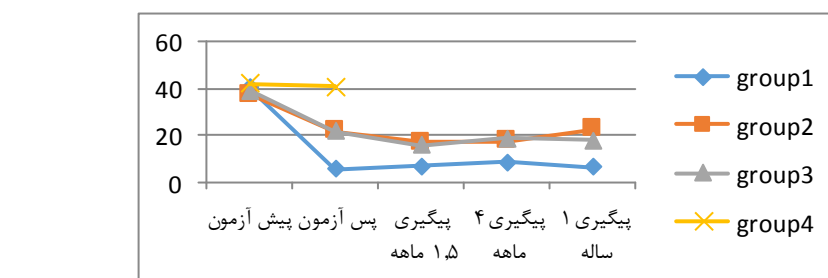
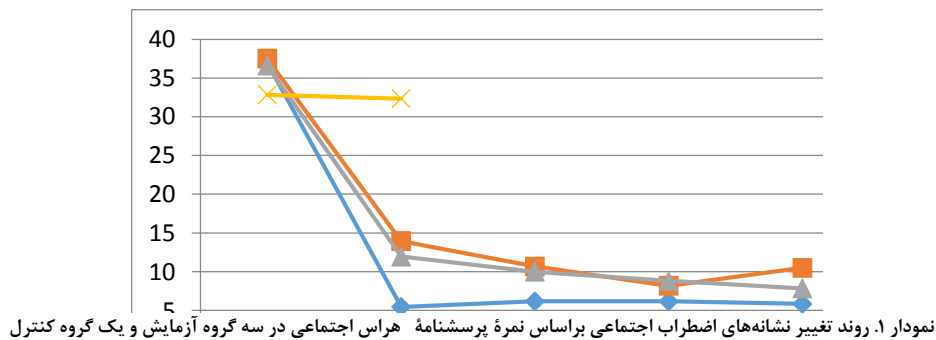
گروه مواجهه با خود، ضمن برتری (هرچند غیر معنادار) نسبت به دو گروه دیگر، وضعیت با ثبات‌تری را در ادامه پیگیری‌ها نشان می‌دهد، تا جایی که حتی دو گروه دیگر در ادامه مسیر پیگیری‌ها دو حالت را نشان می‌دهند:

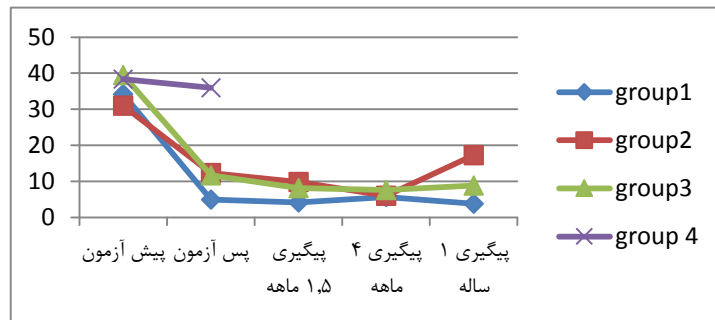
(۱) روند کاهش نشانه‌ها: که در این حالت، در انتها باز هم به وضعیت گروه مواجهه با خود رسیده‌اند (مثل پرسشنامه هراس اجتماعی در دو گروه مواجهه با خود-موقعیت و مواجهه با موقعیت، مقیاس هراس اجتماعی و نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی در مواجهه با موقعیت)؛ وضعیتی که گروه مواجهه با خود، از نظر زمانی، زودتر بدان دست یافته است.

(۲) بازگشت نشانه‌ها: به‌طور مثال، در نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، بازگشت گروه مواجهه با خود-موقعیت در فاصله پیگیری اول به دوم، معنادار بوده و در موارد دیگر، فرآیند بازگشت، هرچند غیر معنادار دیده می‌شود (به‌طور مثال مقیاس هراس اجتماعی در خود-موقعیت).

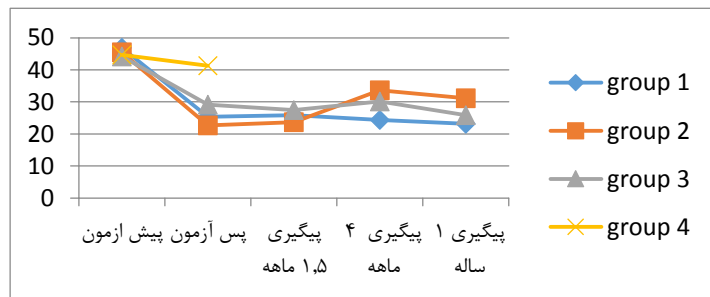
(تذکر: در نمودارهای زیر، گروه ۱ = گروه مواجهه با خود؛ گروه ۲ = گروه مواجهه با خود-موقعیت؛ گروه ۳ = گروه مواجهه با موقعیت؛ گروه ۴ = گروه کنترل).

مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی هم تأثیر متغیر مستقل (درمان شناختی رفتاری) در تعامل با زمان (پیش، پس و پیگیری ۱، ۴، ماهه و یکساله) بر متغیر وابسته (نمره مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی) معنادار و همچنین تأثیر متغیر مستقل (درمان‌های شناختی-رفتاری) بر متغیر وابسته (نمره مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی)، صرف‌نظر از مقطع زمانی و به‌طور کلی، معنادار می‌باشد. به بیان دیگر، در فواصل ۵ مقطع زمانی و در رابطه با ماندگاری نتایج حاصل، براساس نمره مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی، (براساس آزمون تعقیبی توکی یا بونفرونی)، گروه مواجهه با خود برتری معناداری را نسبت به دو گروه مواجهه با موقعیت و گروه مواجهه با خود-موقعیت نشان می‌دهد. در مورد سایر مقیاس‌ها هم نتایج بدین ترتیب است: در مقیاس مقیاس تصویر خود منفی، تنها گروه مواجهه با خود، تفاوت معنادار را در فاصله پیش آزمون-پس آزمون و ثبات نتایج را در ادامه پیگیری‌ها نشان می‌دهد. در ۴ مقیاس دیگر (مقیاس هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، پرسشنامه هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی) هم تفاوت معناداری بین سه گروه مذکور دیده نشده ولی همان‌طور که نمودارها نیز نشان می‌دهند و براساس تحلیل اندازه‌گیرهای مکرر تک گروهی،

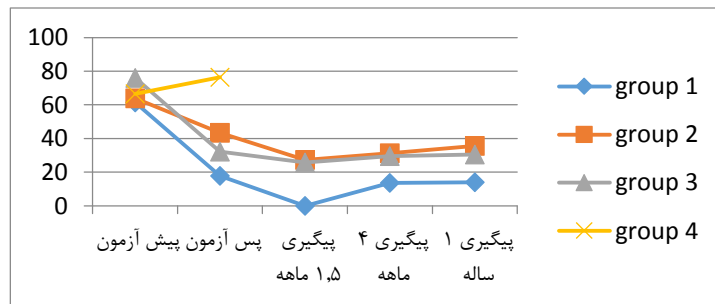




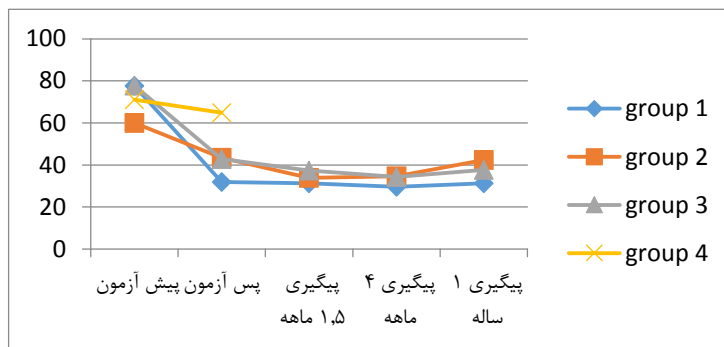
نمودار ۳. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی بر اساس نمره مقیاس هراس اجتماعی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل



نمودار ۴. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی بر اساس نمره نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل



نمودار ۵. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی بر اساس نمره مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل



نمودار ۶. روند تغییر نشانه‌های اضطراب اجتماعی بر اساس نمره مقیاس تصویر خود منفی در سه گروه آزمایش و یک گروه کنترل

## بحث و نتیجه‌گیری

بشر موجودی اجتماعی است که بقای آن مستلزم کارکرد سازگارانه‌اش در اجتماع است لذا روانشناسان همواره در پی بررسی علمی راه‌هایی به منظور اصلاح تعاملات اجتماعی انسان بوده‌اند. از جمله اختلالات روانی که می‌تواند رابطه فرد را با جامعه مختل کند و کنش بهنجار زندگی وی را به خطر بیندازد، اختلال اضطراب اجتماعی است [ر.ک. ۴۵-۵۲] و از جمله درمان‌های مؤثر بر آن، درمان شناختی رفتاری است [۸-۶] که همواره نیاز به تحول درمان‌های خاص اختلال اضطراب اجتماعی مطرح شده است [۹]؛ تحولی که مستلزم درک بهتر اختلال اضطراب اجتماعی و به دنبال آن، شناسایی دقیق‌تر مکانیزم‌های درمانی و در نتیجه تحول راهبردهای مداخله‌ای سودمند است. بنا بر آنچه گفته شد و در راستای نظر رودباغ و همکاران [۱۰] مبنی بر عدم وجود شواهد محکم برای تفاوت بین انواع درمان شناختی رفتاری در درمان اضطراب اجتماعی، پژوهش حاضر برای اولین بار به بررسی سه نوع درمان شناختی رفتاری، براساس نوع مواجهه پرداخته است. همان‌طور که در بخش نتایج نیز نشان داده شد، در مجموع، نتایج حاصل نشان می‌دهد که ضمن اثربخشی سه نوع درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود، مواجهه با خود-موقعیت و مواجهه با موقعیت، گروه مواجهه با خود نسبت به دو گروه دیگر، وضعیت برتری را نشان می‌دهد. این برتری به این ترتیب است که گروه مواجهه با خود نسبت به دو گروه دیگر، به‌طور معنادار در مقیاس‌های اضطراب تعامل اجتماعی، مقیاس تصویر خود منفی و به‌صورت غیر معنادار در مقیاس‌های دیگر (مقیاس اضطراب اجتماعی لیبویتز، مقیاس هراس اجتماعی، نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی، پرسشنامه هراس اجتماعی) کاهش بیشتری را در نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد؛ این برتری بالاخص در حفظ نتایج حاصله در پیگیری‌ها مشهود است؛ یعنی یا با فرآیند برگشت نشانه‌ها در گروه مواجهه با خود-موقعیت (در نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی به‌صورت معنادار و در مقیاس هراس اجتماعی به‌صورت غیر معنادار) یا با روند کاهش نشانه‌ها در پیگیری‌ها، در گروه مواجهه با موقعیت و سرانجام رسیدن این گروه به نقطه‌ای که گروه مواجهه با خود، زودتر بدان دست یافته، قابل مشاهده است.

در راستای نتایج مذکور و در تبیین و تصریح یافته‌ها می‌توان به مواردی که در زیر می‌آید، اشاره کرد. در تبیین برتری درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود بر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، می‌توان به این نکته اشاره کرد که مطابق دیدگاه موسکویچ [۱۳]، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود در درمان دارای اختلال اضطراب اجتماعی، مطابق نیمرخ نشانه‌های منحصربه‌فرد بیماران، عمل می‌کند؛ چه در این درمان، کانون اختلال اضطراب اجتماعی، ویژگی‌های از «خود» است که فرد از آن‌ها می‌ترسد، پس در درمان فرد مبتلا، ضمن توجه به منحصربه‌فرد بودن نشانه‌های وی، تکنیک‌هایی متناسب با ابعاد «خود» که فرد آن‌ها را ناقص یا

متضاد هنجارها ادراک کرده، به کار می‌رود؛ تکنیک‌های متفاوت و متنوعی که در رابطه با هر بعد از «خود» و به منظور مواجهه فرد با نقایص خود طراحی شده‌اند و ابعاد خود را به نوبه و یکی پس از دیگری نشانه می‌روند.

از بین این تکنیک‌ها می‌توان به اصلاح توجه متمرکز بر خود، تکنیک ویدئو فیدبک، بازنویسی تصویرپرداز ذهنی اشاره کرد که هر یک به نوعی، مواجهه و بازسازی شناختی را در بعد مربوطه، در بردارند. در این زمینه، پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند که درمان مؤثر، به‌طور کلی به تغییرات مثبت در خود ادراکی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی منجر می‌گردند و درمان مؤثر برای اضطراب اجتماعی، تمایل به کاهش توجه منفی متمرکز بر خود و خود ادراکی منفی دارد [ر.ک. ۵۳، ۵۴] یا درمانی مؤثر قلمداد شده است که از تکنیک‌های متنوعی که مؤلفه‌های مختلفی را مورد حمله قرار می‌دهد، استفاده گردیده [ر.ک. ۵۵]. این در حالی است که در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، صرف‌نظر از نیمرخ نشانه‌های فرد، بیمار با موقعیت‌هایی که از آن می‌ترسد، مواجهه می‌گردد زیرا اساس اختلال اضطراب اجتماعی در این دیدگاه، موقعیت بیرونی است که فرد از آن می‌ترسد، پس در تمام افراد مبتلا از تکنیک‌های مواجهه و بازسازی شناختی استفاده می‌شود، لذا در این دیدگاه، احتمال اینکه افراد متفاوت مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به این درمان، پاسخ‌های ناهمگونی بدهند و یا احتمال بازگشت نشانه‌ها وجود دارد [۱۳]. البته همیمرگ [۴۹] علت این تفاوت را متغیرهایی از جمله شدت نشانه‌ها، ترس از ارزیابی منفی، انتظارات مراجع از درمان و نه تمرکز صرف بر موقعیت، ذکر می‌کند.

درحالی‌که از دیدگاه موسکویچ [۱۳]، حداقل درباره شدت نشانه‌ها می‌توان اظهار داشت که با در نظر گرفتن ابعاد «خود»، به‌عنوان متغیری که لنگرگاه آن در درون مراجع است و به پویایی‌های درونی فرد اشاره دارد و در هر بیمار به‌طور منحصربه‌فردی مطرح می‌گردد، می‌توان حداقل به نوعی، شدت نشانه‌ها و تفاوت بیماران را مدنظر قرار داد و سپس به درمان آن‌ها پرداخت و این چیزی است که در الگوهای مبتنی بر مواجهه با موقعیت، از کنترل درمانگر خارج است.

در رابطه با برتری درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود به درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود-موقعیت هم می‌توان اظهار داشت که با وجود آنکه هافمن [۹] راهنمای درمانی خود را «درمان ارزیابی مجدد خود اجتماعی» معرفی می‌کند و از تکنیک‌های درمانی متنوع‌تری نسبت به درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، برای اصلاح ادراک مراجع از خود در موقعیت‌های اجتماعی استفاده می‌کند [۲۱] ولی در مطالعه حاضر، اثربخشی این الگوی درمانی، اثربخشی چشمگیری نیست یا حتی در مواردی از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، کمتر است. در تبیین این یافته می‌توان اظهار کرد که در جریان تحول درمان شناختی رفتاری خاص اختلال اضطراب اجتماعی، در واقع، مطرح‌شدن

هم عدم صراحت کامل این دو مؤلفه در راهنمای هافمن و ضمناً به نوع تکنیک‌های بکار رفته در این راهنما و یا عدم تناسب تکنیک‌های استفاده شده با فرهنگ ایرانی اشاره کرد. مواردی که شاید مانع از اثربخشی بیشتر درمان شناختی رفتاری و همپایی و حتی فراتر رفتن آن از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود شود.

در تبیین یافته‌ها براساس شکل اجرای درمان نیز، نظر به اینکه در مطالعه مذکور، دو گروه مبتنی بر مواجهه با موقعیت و مواجهه با خود- موقعیت، در قالب گروهی و گروه مواجهه با خود در قالب انفرادی، تحت درمان قرار گرفتند و با توجه به نتیجه مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی بیشتر درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، نسبت به دو الگوی دیگر، بنابراین لازم است تا حدی به تأثیر شکل اجرای درمان هم توجه شود. در این راستا، یکی از چالش‌های مطرح شده، قالب اجرایی این نوع درمان است که بحث‌ها و نظرات مختلفی در این رابطه ارائه شده است. بعضی بر ترجیح درمان انفرادی [۵۵، ۵۸، ۵۹]؛ بعضی بر برتری درمان گروهی [۸، ۱۷، ۶۰، ۶۱، ۶۲] و برخی بر عدم تفاوت این دو شکل درمان [۶۸-۶۳] تأکید داشته‌اند. در هر حال، تصویر قطعی واضح و روشنی در رابطه با برتری درمان گروهی و انفرادی در حوزه درمان شناختی رفتاری خاص اختلال اضطراب اجتماعی وجود ندارد. چه برتری یک قالب درمانی، همان‌طور که استانگیر و همکاران [۵۵] اشاره کرده‌اند، بیشتر به نوع درمان و الگوی مطرح شده برمی‌گردد و می‌تواند ناشی از ابعاد مشخص‌تر درمان و ارائه بهینه آن باشد؛ یعنی به نوعی بر استفاده از تکنیک‌های متنوعی که مؤلفه‌های مختلفی را مورد حمله قرار می‌دهد، تأیید می‌کنند. به‌طور مثال، در رابطه با الگوی رایپی و همبرگ [۱۱]، بیشتر درمان گروهی و در رابطه با الگوی کلارک و ولز [۱۲]، اغلب اجرای فردی ارجحیت دارد. البته لازم به توضیح است که در مطالعه حاضر سعی بر آن بوده که هر درمان در بهترین قالب متناسب با آن به کار گرفته شود. بدین ترتیب که در الگوی مبتنی بر مواجهه با خود و مواجهه با خود- موقعیت، ضمن مذاکره با همبرگ و هافمن، مشخص شد که آن‌ها بیشتر بر اجرای درمان گروهی تأکید دارند ولی باز هم به‌منظور احتیاط بیشتر، در کنار جلسات گروهی، ۲ جلسه انفرادی ۱ ساعته نیز تنظیم شد تا بتوان درمان گروهی را در قالب نیازهای افراد به اجرا درآورد. در الگوی مواجهه مبتنی بر خود نیز، به خاطر نیاز به مورد هدف قرار دادن ابعاد خود در هر فرد، لازم بود تا درمان، در قالب انفرادی به اجرا درآید.

و در آخر اینکه حتی اگر بخواهیم این نکته را در نظر بگیریم که هر سه نوع درمان، از لحاظ تداوم اثربخشی، بالاخره ممکن است به یک نقطه برسند و اثربخشی دو درمان دیگر (مواجهه با موقعیت- خود و مواجهه با موقعیت) پس از گذشت زمان به اثربخشی درمان مواجهه با خود، می‌رسد، با این حال باید اذعان داشت که در عصری که زمان و صرفه جویی در آن، از جمله عوامل پیشرفت، برتری و موفقیت به نظر می‌رسد، باز هم گروه

درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود-موقعیت را می‌توان به‌عنوان یک مرحله «گذاری» در نظر گرفت که در قالب آن، تأکید بر مواجهه با «موقعیت»؛ یعنی الگوی رایپی و همبرگ [۱۱] به سمت مواجهه با «خود» که همان الگوی موسکوویچ [۱۳] است، در جریان می‌باشد؛ وهله‌ای که طی آن، از یکسو به محیط و از سوی دیگر به خود توجه می‌شود، ولی محیط به‌عنوان عاملی است که فرد از آن می‌ترسد و طی آن توجهش به خود معطوف می‌شود، پس ضمن مواجهه با موقعیت، مواجهه با خود نیز، مطرح می‌گردد و این در حالی است که خود به‌عنوان عاملی که فرد از آن می‌ترسد، عنوان نمی‌شود. گویی هر دو مؤلفه خود و موقعیت مطرح‌اند ولی آن‌قدر درآمیخته‌اند که شاید نتوان به‌وضوح، مواجهه با آن‌ها را نمایان و تصریح کرد؛ یعنی در جریان پدیدآیی الگوهای درمان شناختی رفتاری خاص اختلال اضطراب اجتماعی که نقطه شروع آن را می‌توان ظهور درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت دانست، الگوی درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود- موقعیت را بسان مرحله کمونی می‌توان در نظر گرفت که از خلال آن، درمان شناختی رفتاری خاص اختلال اضطراب اجتماعی، رشد خود را طی می‌کند و تظاهرات بالینی آن ظاهراً خاموش ولی فراهم‌کننده بستر یک تحول گسترده تراست؛ یعنی جایی که تظاهرات درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود به چشم می‌خورد. ضمناً این مدل درمانی، با وجود اینکه علاوه بر بازسازی شناختی و مواجهه با موقعیت، از تکنیک‌های خاص مواجهه با خود (از جمله ویدئو فیدبک، فیدبک گروهی، استفاده از آینه) به‌منظور اصلاح «خود- ادراکی منفی» استفاده می‌کند، ولی به‌صراحت الگوی مبتنی بر مواجهه با خود، مؤلفه «خود» و ابعاد آن را نشانه نمی‌رود. حتی راهنمای درمانی مبتنی بر این الگو؛ در به‌کارگیری بازسازی شناختی، مستقیم عمل نکرده و در خلال مواجهه درون جلسه سخنرانی به‌طور ضمنی به آن می‌پردازد؛ چیزی که درک آن برای برخی از مراجعان، با تأخیر و به‌سختی میسر می‌شود و شاید در مورد مراجعان ایرانی نیز باید با احتیاط بیشتری بدان نگرست [۵۶]. حتی هافمن در راهنمای درمانی اش [۱۴] اعتقاد بر این دارد که مواجهه درون جلسه تنها باید بر مواجهه سخنرانی متمرکز باشد و باقی مواجهه‌ها، باید مواجهه‌های واقعی و یا بدیبارانه باشند و این در حالی است که هایز و همکاران [۵۷] اظهار می‌دارند که درمان شناختی رفتاری مؤثر برای اختلال اضطراب اجتماعی، نیاز به مواجهه‌های درون جلسه چندگانه دارد، این در حالی است که حتی در درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با موقعیت، مواجهه‌های چندگانه با موقعیت‌های اضطراب زا، ابتدا در درون جلسه و حتی در قالب ایفای نقش انجام می‌شود و در درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود هم مواجهه‌ها با تمرکز بر ابعاد مختلف خود، از درون جلسه آغاز و به محیط واقعی تعمیم می‌یابد.

به هر حال در کمتر بودن اثربخشی درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود- موقعیت نسبت به درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود، می‌توان هم به مرحله تحول این الگوی درمانی و

- phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford Press.
- 8- McEvoy, P. M. (2007). Cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: a benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3030-3040.
- 9- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 193-209.
- 10- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- 11- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 741-756.
- 12- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford Press.
- 13- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia?: A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 123-134.
- 14- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive Behavioral therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence-Based and Disorder-Specific Treatment Techniques*. New York: Routledge: Taylor & Francis Group.
- ۱۵- عطری فرد، مهدیه و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۱). طراحی الگوی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و کارآزمایی بالینی آن. *مجله علوم روانشناختی*، دوره یازدهم، شماره ۴۳، صص ۳۱۹-۲۹۹.
- ۱۶- عطری فرد، مهدیه و شعیری، محمدرضا (۱۳۹۲). شالوده درمان شناختی رفتاری هراس اجتماعی: جدال موسکویچ، هایمرگ و هافمن. *مجله بازتاب دانش: نشریه ای درباره شناخت و مغز*، دوره هشتم، شماره‌های ۲۷ و ۲۸، صص ۲۸-۲۲.
- 17- Davidson, J. R. T., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F., Franklin, M., Compton, J., Zhao, N., Connor, K., Lynch, T. R., & Kishore, G. (2004). مواجهه با خود، از لحاظ زمانی زودتر به نتایجی دست یافته که دو گروه دیگر با تأخیر به آن رسیده اند. در مجموع نتایج مطالعه حاضر، بیانگر آن است که اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر مواجهه با خود بر اثربخشی الگوی درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود-موقعیت و مواجهه با موقعیت برتری دارد. در آخر لازم است به محدودیت‌های پژوهش حاضر از جمله استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی در بررسی اثربخشی درمان‌ها؛ تعداد محدود آزمودنی‌ها در کل طرح و در هر گروه به شکل جداگانه؛ اجرای دو گروه درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود-موقعیت و مواجهه با موقعیت در قالب گروه درمانی و اجرای درمان شناختی رفتاری مواجهه با خود در قالب انفرادی؛ عدم استفاده از گروه درمان نمای روانشناختی؛ انجام مطالعه صرفاً در مورد نمونه‌های بالینی دانشجویی؛ انجام ارزیابی و ارائه روش‌های درمانی با محوریت پژوهشگر اشاره نمود.
- منابع**
- 1- Fresco, D. M., Erwin, B. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2000). Social phobia and specific phobias. In: M. G. Gelder, J. Lopez-Ibor, & N. C. Andreasen (Eds.), *New Oxford textbook of psychiatry* (pp. 794-807). Oxford, UK: Oxford University Press
- 2- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1091-1098.
- 3- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., et al. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1179-1187.
- 4- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. 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.
- 5- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- 6- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- 7- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). Cognitive-behavioral group therapy for social

- construction of action. In V. Murphy-Berman, & J. Berman (Eds.), the 49th annual Nebraska symposium for motivation: Cross-cultural differences in perspectives on self (pp. 1-57). Lincoln: University of Nebraska Press.
- 27- Hong, J. J. & Woody, S. R. (2007). Cultural mediators of self-reported social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1779-1789.
- 28- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E. & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- ۲۹- حسنونند عموزاده، مهدی؛ باقری، اکرم؛ شعیری، محمدرضا. (۱۳۸۹). بررسی روایی و اعتبار سیاهه ترس اجتماعی در نمونه‌های غیر بالینی ایرانی. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، ۲۳-۲۴ اردیبهشت ۱۳۸۹، دانشگاه شاهد و دفتر مرکزی مشاوره دانشجوی وزارت علوم، تحقیقات و فناوری.
- ۳۰- فیرست، مایکل بی. اسپیتزر، رابرت ال. گی بن، ماریا. ویلیامز، جانت بی دبلیو. (۱۹۹۶). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM - IV. ترجمه پروانه محمدخانی و همکاران (۱۳۸۹)، تهران: نشر دانژه.
- 31- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)*. Washington, DC: Author.
- 32- Moscovitch, D. A. & Huyder, V. (2011). The Negative Self-Portrayal Scale: Development, Validation, and Application to Social Anxiety. *Behaviour Therapy*, 42, 183-196.
- ۳۳- عطری فرد، مهدیه؛ رسول زاده طباطبائی، کاظم؛ شعیری محمدرضا؛ آزادفلاح، پرویز؛ جان بزرگی، مسعود، اصغری مقدم، محمدعلی؛ اسمعیلی الموتی، سوده؛ قنبری، زهرا (۱۳۹۲). «مقیاس تصویر خود منفی» (NSPS): ساخت عاملی و ویژگی‌های روانسنجی. روانشناسی بالینی و شخصیت، سال بیستم، شماره جدید، دوره هشتم، صص ۱۴۲-۱۲۳.
- 34- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- ۳۵- شعیری، محمدرضا. عطری فرد، مهدیه. رجبی، مهتاب و Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005-1013.
- ۱۸- ملیانی، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ قائدی، غلامحسین؛ بختیاری، مریم؛ طاولی، آزاده (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال پانزدهم، شماره ۱، ۴۹-۵۲.
- 19- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackman, A., Fennell, M., Campbell, H., Flower, T., Davenport, C., & Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine I generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058-1067.
- ۲۰- عطری فرد، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ رسول زاده طباطبائی، کاظم؛ جان بزرگی مسعود؛ آزادفلاح، پرویز؛ بانوپور، ابوالفضل (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی هافمن در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، سال سوم، شماره ۹، صص ۵۱-۲۳.
- 21- Hofmann, S. G., & Scepkowski, L. A. (2006). Social Self-Reappraisal Therapy for Social, Phobia: Preliminary Findings. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20, 45-57.
- 22- Otto, M. W., Pollack, M. H., Gould, R. A., Worthington, J. J., Mc Ardle, E. T., Rosenbaum, J. F. & Heimberg, R. G. (2000). A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive behavioral group therapy for treatment of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 14, 345-358.
- 23- 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., Falloon, B., & Klein, D. F. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12-weeks outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- 24- Persons, J. B. (2005). Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behavior Therapy*, 36, 107-118.
- 25- Markus, H. R., & Kitayama, S. (1991). Culture and self: Implications for cognition, emotion and motivation. *Psychological Review*, 98, 224-253.
- 26- Markus, H. R., & Kitayama, S. (2004). Models of agency: Sociocultural diversity in the

- 45-Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R. T., et al. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1999-2007.
- 46-Hambrick, J., Turk, C., Heimberg, R., Schneier, F., & Liebowitz, M. (2003). The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 18, 46-50.
- 47-Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 143-156.
- 48-Whisman, M., Sheldon, C., & Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 803-808.
- 49-Heimberg, R. G. (2009). A New Model to Facilitate Individualized Case Conceptualization and Treatment of Social Phobia: An Examination and Reaction to Moscovitch's Model. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 135-141.
- 50-Matza, L. S., Revicki, D. A., Davidson, J. R., & Stewart, J. W. (2003). Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: classification, description, and consequences. *Archives of General Psychiatry*, 60, 817-826.
- 51-Randall, C. L., Thomas, S., & Thevos, A. K. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: a first step toward developing effective treatments. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 25, 210-220.
- ۵۲- مسعودنیا، ابراهیم (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین عزت‌نفس و اضطراب اجتماعی در دانشجویان دوره کارشناسی. روانشناسی بالینی و شخصیت، سال شانزدهم، شماره ۳۷. صص ۵۸-۴۹
- 53- Woody, S. R., Chambless, D. L., & Glass, C. R. (1997). Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 117-129.
- 54-Hofmann, S. G., Moscovitch, D. A., Kim, H. -J., & Taylor, A. N. (2004). Changes in self-perception during treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 588-596.
- 55-Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1025-1035.
- 36- Leary, M. R. (1983). A brief version of the fear of negative evaluation scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371-375.
- 37- Rodebaugh, T.L., Woods, C. M., Thissen, D. M., Heimberg, R. G., Chambless, D. L., & Rapee, R. M. (2004). More information from fewer questions: the factors structure and item properties of the original and brief fear of negative evaluation scale. *Psychological Assessment*, 16, 169-181.
- 38- Weeks, J.W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., et al. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 17, 179-190.
- 39- Tavoli, A., Melyani M., Bakhtiari M., Ghaedi G. H. and Montazeri, A. (2009). The Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*, 9:42, retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/9/42>
- 40- Baker, S. L., Heinrichs, N., Kim, H. J., Hofmann, S. G. (2002). The Liebowitz Social Anxiety Scale as a self-report instrument: a preliminary psychometric analysis. *Behavior Research Therapy*, 40, 701-715.
- 41-Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hami, S., Stein, M. B., & Goetz, D. (2001). The Liebowitz social anxiety scale: a comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025-1035.
- ۴۲- عطری فرد، مهدیه؛ رسول‌زاده طباطبائی، کاظم؛ شعیری، محمدرضا، آزادفلاح، پرویز؛ جان بزرگی، مسعود؛ مهدی پور، سمیه (۱۳۹۱). واری و ویژگی‌های مبتنی بر روانسنجی مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز. مجله علوم روانشناختی، دوره یازدهم، شماره ۴۲، صص ۱۷۴-۱۹۵.
- 43- Tabachnick, B. G. and Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics*, Allyn and Bacon, New York.
- 44-Field, A. (2005). *Discovering statistic using SPSS: and sex and drugs and rock 'n 'roll (2<sup>nd</sup> Edition)*. London: Sage.



- 66-Ledley, D. R., Heimberg, R. G., Hope, D. A., Hayes, S. A., Zaider, T. I., Dyke, M. V., Turk, C. L., Kraus, C. & Fresco, D. M. (2009). Efficacy of a Manualized and Workbook-Driven Individual Treatment for Social Anxiety Disorder, *Behavior Therapy*, 40, 414-424.
- 67-Zaider, T. I., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Evaluation of the Clinical Global Impression Scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychological Medicine*, 33, 611-622.
- 68-Mörtberg, E., Clark, D. M., Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: Sustained improvement at 5-year follow-up, *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 994- 1000.
- Therapy, 41, 991-1007.
- ۵۶- شعیری، محمدرضا. منصور، محمود. دادستان، پریخ و اژه‌ای، جواد. (۱۳۷۹). واریسی مقایسه ای نمره Z آزمون رورشاخ در آزمودنی‌های سطوح عینی و انتزاعی. *مجله روانشناسی*، سال چهارم، شماره ۱۴. صص ۱۱۵-۱۳۰.
- 57- Hayes, S. A., Miller, N. A., Hope, D. A., Heimberg, R. G. Juster, H. R. (2008). Assessing Client Progress Session by Session in the Treatment of Social Anxiety Disorder: The Social Anxiety Session Change Index, *Behavioral Practice*, 15, 203-211.
- 58-Mörtberg, E., Clark, D. M., Sundin, Ö. & Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy versus treatment as usual in social phobia: A randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115, 142-154.
- 59-Aderka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs. group formats, *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 12-17.
- 60-Heimberg, R. G. (2001). Current status of psychotherapeutic interventions for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 1), 36-42.
- 61-DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 37-52.
- 62-Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M., & Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitivebehavioral group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33-48.
- 63-Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G., & Mu'nchau, N. (1990). Exposure in vivo vs social skills training for social phobia. Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181-193.
- 64-Lucas, R. A., & Telch, M. J. (1993). Group versus individual treatment of social phobia. Paper presented at the annual meeting of the association for advancement of behavior therapy, Atlanta, GA.
- 65-Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 667-681.

