

مقایسه تأثیر درمان شناختی - رفتاری گروهی و انفرادی بر ترس از ارزیابی مثبت*

*ابراهیم رضائی دوگانه^۱، پروانه محمدخانی^۲، بهروز دولتشاهی^۳

چکیده

هدف: این پژوهش به منظور بررسی تأثیر درمان شناختی-رفتاری گروهی (CBGT) و انفرادی (ICBT) در کاهش ترس از ارزیابی مثبت در اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) مراجعان به مراکز خدمات روانشناختی انجام شد.

روش بررسی: نمونه پژوهش متشکل از ۲۸ نفر بود که بر اساس ملاک مشمول نمره ۳۷ و بالاتر در پرسشنامه فویبای اجتماعی (SPIN) و بر پایه معیارهای تشخیصی DSM-IV انتخاب و بطور تصادفی ۱۴ نفر (۱۲ نفر اصلی و ۲ نفر ذخیره) به گروه CBGT و ۱۴ نفر (۱۲ نفر اصلی و ۲ نفر ذخیره) به گروه ICBT تخصیص یافتند. ۲ گروه بطور جداگانه تحت ۱۲ جلسه درمانی شناختی-رفتاری گروهی و درمان شناختی رفتاری انفرادی برگرفته از الگوی هایمبرگ قرار گرفتند.

یافته‌ها: مقایسه و تحلیل داده‌های پیش آزمون و پس آزمون پژوهش در پرسشنامه ترس از ارزیابی مثبت (FPES) و پرسشنامه فویبای اجتماعی (SPIN) و افسردگی بک-نسخه ۲ (BDI-II) نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی پس از کنترل افسردگی از لحاظ تأثیر بر کاهش ترس از ارزیابی مثبت تفاوت معنی‌داری با درمان شناختی-رفتاری انفرادی ندارد. بعلاوه، نرخ بهبودی دو گروه CBGT و گروه ICBT به ترتیب برابر ۴۱/۵۱ و ۳۲/۱۲ و فاقد تفاوت معنادار بود.

نتیجه‌گیری: معناداری بالینی تفاوت‌های بدست آمده با ملاکهای مختلف موید برابری تأثیر دو روش مداخله است.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب اجتماعی، درمان شناختی-رفتاری گروهی، درمان شناختی-رفتاری انفرادی

- ۱- دکترای روان شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
- ۲- دکترای روان شناسی، استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی
- ۳- دکترای روان شناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی

دریافت مقاله: ۹۰/۰۲/۲۱

پذیرش مقاله: ۹۰/۰۸/۲۷

* آدرس نویسنده مسئول:

تهران، اوین، خیابان کودکان، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی، معاونت تحقیقات و فن آوری

* تلفن: ۲۲۱۸۰۰۵۲

* رایانامه:

ebrahim_rezaee@yahoo.com

• پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری تخصصی رشته روانشناسی بالینی نویسنده اول می‌باشد.



مقدمه

کلی وجود دارد که به دلیل ۲ موضوع خاص ضروری است درمان‌های موجود رشد بیشتری پیدا کنند. اول اینکه برخی از بیماران نمی‌توانند از CBGT به نحو مطلوب بهره‌مند شوند. برای نمونه استانگیر و همکاران (۷) گزارش می‌کند که حدود ۶۰٪ بیماران که CBGT دریافت می‌کنند به درمان پاسخ می‌دهند. دلیل دوم آن است که تدارک و آمایش^{۱۱} CBGT دشوار است. بیماران در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری انفرادی^{۱۱} (ICBT) باید مدت طولانی‌تری را برای آغاز کار گروه به انتظار بمانند زیرا هماهنگی و گردهم‌آوری در CBGT وقت گیر است.

مطالعاتی که تاکنون به مقایسه تأثیر چارچوب گروهی و انفرادی درمان شناختی - رفتاری بر علائم SAD پرداخته معدود و نتایج آنها غیر قاطع^{۱۲} است. از سوی دیگر اولویت اصلی این مطالعات، بررسی اثربخشی مداخلات شناختی - رفتاری بر ترس از ارزیابی منفی بوده است حال آنکه مفهوم سازی‌های اخیر به نقش کلی ارزیابی (منفی و مثبت) پرداخته‌اند. بر این اساس هدف اصلی مطالعه حاضر پاسخ‌دهی به این سوال پژوهشی است که تأثیر کدامیک از این دو چارچوب درمانی بر کاهش سازه ترس از ارزیابی مثبت در SAD بیشتر است.

روش بررسی

شرکت کنندگان: نمونه پژوهش شامل ۲۸ نفر از مراجعان به مراکز خدمات درمانی روان شناختی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی و تهران بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس مصاحبه نیمه ساختار یافته توسط روانشناس بالینی و ارجاع توسط همکار روانپزشک انتخاب شده و در دامنه سنی ۱۸ تا ۳۵ سال قرار داشتند. ملاک‌های شمول شامل تحصیلات حداقل دیپلم متوسطه، تشخیص SAD بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی در DSM-IV-TR، نمره ۳۷ و بالاتر در پرسشنامه SPIN و ملاک‌های حذف شامل ابتلا به اختلالات سایکوتیک، سوء مصرف مواد و افسردگی اساسی بود.

برای هم‌تاسازی از روش تخصیص تصادفی استفاده شد. بر این اساس افراد بصورت تصادفی به دو گروه ۱۴ نفری (۱۲ نفر اصلی و ۲ نفر ذخیره) تقسیم و از میان این دو گروه نیز بطور تصادفی یک گروه به عنوان گروه CBGT و گروه دیگر بعنوان گروه ICBT انتخاب گردید. ضمناً در طی دوره درمان، نمونه‌ها از دریافت درمان‌های دیگر بازداری شدند. چنانچه پیش از

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (SAD) ترسی مشخص و ثابت از شرم‌نده شدن یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیتهای اجتماعی یا هنگام انجام فعالیت در حضور دیگران است^۱. این اختلال که اصطلاحاً فوبی اجتماعی^۲ هم نامیده می‌شود با ویژگی‌هایی چون ترس از ارزیابی منفی و اجتناب از موقعیتهای بین فردی مشخص است^۲. حمایت تجربی از «ترس از ارزیابی منفی» به عنوان ویژگی اصلی SAD قابل توجه است لیکن ممکن است مدل‌های کنونی از یکی از اجزای مهم شناخت اضطراب اجتماعی غفلت نموده باشند^۳. افراد مضطرب اجتماعی ممکن است به طور کلی از ارزیابی (هم ارزیابی منفی و هم ارزیابی مثبت) بهراسند و این همان مفهومی است که دیدگاه‌های تکاملی SAD از آن حمایت می‌کنند. گیلبرت و تراور (۴) معتقدند اضطراب اجتماعی مکانیزمی تکاملی است که تعاملات غیرخوشونت^۳ آموختن بین افراد را تسهیل می‌کند. افراد مبتلا به SAD ممکن است از آن بهراسند که ارتقاء جایگاه شان به تعارض با افراد قدرتمند دیگر منتهی شده یا از عهده حفظ دستاوردهای آن برنایند. گیلبرت و تراور (۴) از اصطلاح «ترس از عملکرد مطلوب^۴» برای توصیف این وضعیت استفاده می‌کنند. والاس^۵ و آلدن^۵ (۵) گزارش می‌کنند که افراد مضطرب اجتماعی نگران آن هستند که ارزیابی مثبت دیگران از عملکردشان، استانداردهای اجتماعی را بالا برده و آنها نتوانند در آینده از عهده این مطالبات برآیند زیرا عملکرد جاری شان در آینده تغییر چندانی نخواهد کرد. لذا ارزیابی مثبت دیگران در نهایت به شکست‌شان منتهی خواهد شد.

عنایت به فراوانی و درجه آسیب در SAD، تدوین درمانهای مؤثری که در کار بالینی با گروه‌های ناهمگن بیماران قابل استفاده باشد امری ضروری بنظر می‌رسد. در میان رویکردهای روانشناختی، کارایی^۶ درمانهای شناختی - رفتاری تا حد قابل توجهی تثبیت شده است. چمپلس و الندیک^۶ (۶) در آخرین بازنگری منتشر شده از درمانهای دارای حمایت تجربی، درمان شناختی - رفتاری را در مقوله I (بخوبی تثبیت شده/ اثر بخش و اختصاصی) قرار داده‌اند. علی‌رغم یافته‌های مثبت در مورد این درمان، توافق کلی وجود دارد که رشد و توسعه اثربخشی^۹ اشکال مختلف ضروری است.

علی‌رغم یافته‌های مثبت گزارش شده درباره CBGT، این توافق

1- Social anxiety disorder

2- Social phobia

3- Non-violent

4- Fear of doing well

5- Wallace

6- Alden

7- Efficacy

8- Chambless and Ollendick

9- Effectiveness

10- logistics

11- Individual Cognitive-Behavior therapy

12- inconclusive



ارائه گردید و آیت‌های پرسشنامه FPES در اختیار این اساتید قرار گرفت. سپس از آنها خواسته شد تا مناسبت و ارتباط هر یک از عبارات پرسشنامه را با تعریفی که برای آن حیطه ارائه شده بود در مقیاسی ۷ درجه‌ای از صفر (بسیار نامربوط) تا ۶ (کاملاً مربوط) مستقل از نظرات داور دیگر درجه‌بندی نمایند. آیت‌های دارای میانگین نمره ۴ و بالاتر در پرسشنامه باقی ماندند. ضریب پایایی ۰/۶۷ با روش دو نیمه سازی و آلفای کرونباخ ۰/۷۵ برای کل آزمون (در بیماران مراجعه کننده به کلینیک روانشناختی اخوان) محاسبه گردید که موید پایایی و همسانی درونی قابل قبول پرسشنامه بود.

۲) پرسشنامه فویبای اجتماعی^۲ (SPIN): یک سنجه ۱۷ ماده‌ای خود گزارشی است که توسط کانور^۳ و همکاران (۱۰) برای ارزیابی علائم اختلال اضطراب اجتماعی طراحی شده و دارای سه خرده مقیاس ترس^۴، اجتناب^۵ و برانگیختگی فیزیولوژیک^۶ است. کانور و همکاران (۱۰) پایایی بازآزمایی این مقیاس را با روش بازآزمایی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و همسانی درونی آن در نمونه‌های غیر بیمار ۰/۹۴ α گزارش کرده‌اند. در ایران، عبدی و همکاران (۱۱) پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را با فاصله یک هفته‌ای معادل ۰/۸۳ و همسانی درونی آن را معادل ۰/۸۶ α برآورد کرده‌اند. در پژوهش دیگری، مومنی (۱۲) آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۸ آلفای نیمه اول و دوم پرسشنامه را به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۷۷، همبستگی بین دو نیمه را ۰/۷۷ و ضریب پایایی با آزمون اسپیرمن- براون را معادل ۰/۸۷ گزارش کرده است. تاولی، ملیانی، بختیاری، قائدی و منتظری (۱۳) میانگین (و انحراف معیار) این پرسشنامه را در یک نمونه بالینی ($n=33$) و غیر بالینی ($n=202$) به ترتیب ۳۰/۹ (۷/۴) و ۱۸/۸ (۱۱/۲) برآورد نمودند. داده‌های اخیر، ملاک محاسبات بخش معناداری بالینی یافته‌ها قرار گرفت.

۳) پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II): یک ابزار خودگزارشی ۲۱ ماده‌ای است که با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) منطبق شده، برای سنجش علائم شناختی، عاطفی، انگیزشی و نباتی افسردگی است و برای بیماریابی یا غربالگری بکار می‌رود. نقاط برش^۷ BDI-II عبارت است از ۱۳- = افسردگی جزئی^۸، ۱۹-۱۴ = افسردگی خفیف^۹، ۲۸-۲۰ = افسردگی متوسط^{۱۰}، ۳۳-۲۲ = افسردگی شدید^{۱۱}. همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۹۱ (۱۴) و پایایی بازآزمایی آن ۰/۹۳ است. دابسون^{۱۲} و

شروع درمان تحت دارویی قرار داشتند، با همکاری بیمار و درخواست از روانپزشک، دوز داروی مصرفی تثبیت شد. در این پژوهش، ۳ جلسه غیبت به عنوان ملاک افت تعیین شد و با اعمال این ملاک، نمونه نهایی درپس از آزمون به ۲۲ نفر (شامل ۱۲ نفر در گروه CBGT و ۱۰ نفر در گروه ICBT) رسید.

ابزار: ۱) پرسشنامه ترس از ارزیابی مثبت^۱ (FPES): این پرسشنامه پیرو نظریه پردازهای اخیر در سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی برای نمونه نظریه گیلبرت (۸) تدوین شده است که در آن پیشنهاد شده است که SAD تحت تأثیر ترس از ارزیابی کلی (نه فقط ارزیابی منفی) قرار دارد (۳). ویکز و همکاران (۹) معتقدند ترس از ارزیابی مثبت سازه‌ای مجزا از ترس از ارزیابی منفی بوده و مدل دو عاملی برای تبیین واریانس اضطراب اجتماعی به مدل یک عاملی مرجح است و با داده‌ها برازش بیشتری دارد. پرسشنامه ترس از ارزیابی مثبت (FPES) از ۱۰ عبارت (برای نمونه «در نشان دادن استعداد خود به دیگران راحت نیستم حتی اگر فکر کنم که قابلیت‌هایم آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد») تشکیل شده که در مقیاسی از صفر (ابداً صحیح نیست) تا ۹ (کاملاً صحیح است) درجه‌بندی می‌شود. ویکز و همکاران (۳) در مطالعه خود روی یک نمونه ۱۷۱۱ نفری از دانشجویان مقطع کارشناسی میانگین نمره کل ۲۳/۳۶ و انحراف معیار ۱۳/۰۷ را برای این سنجه گزارش دادند. همچنین نمره آلفای برای همسانی و ثبات درونی آزمون با روش بازآزمایی برابر ۰/۸۰ بود. بررسی یافته‌های مربوط به اعتبار تمایزی نشان داد که این سنجه با پرسشنامه S-IAS-S بیش از سایر سنجه‌های اضطراب کلی، نگرانی یا افسردگی همبستگی دارد. FPES همچنین دارای همبستگی مثبت و معنادار با BFNE-S می‌باشد ($r=0/45, P=0/05$). نتایج حاصل از روش تحلیل عاملی تاییدی نشان می‌دهد که هر ۸ سوال با نمره گذاری مستقیم شاخصی از یک عامل پنهان ترس از ارزیابی مثبت می‌باشند و مدل ۸ آیتمی برازش بهتری نسبت به مدل ۱۰ آیتمی (شامل ۲ سوال با نمره گذاری معکوس) دارد.

در پژوهش حاضر پس از ترجمه و اخذ نظرات اصلاحی و تکمیلی متخصصان برای تعیین روایی محتوایی اقدام شد. روش کار به این صورت بود که ابتدا چند تن از اساتید حوزه علوم رفتاری و روانشناسی که آشنایی و تجربه عملی در کار با بیماران اضطرابی داشتند انتخاب شدند. از حیطه مورد سنجش که همان سازه ترس از ارزیابی مثبت است تعریفی روشن و اختصاصی

1- Social Phobia Inventory
6- Cut off points
12- Dobson

2- Connor
7- Minimal depression

3- Fear
8- Mild depression

4- Avoidance

9- Moderate depression

5- Physiological arousal
10- Severe depression



محمدخانی (۱۵) در مطالعه‌ای در ایران که برای بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه انجام شده بود، ضریب آلفای ۰/۹۱ و پایایی ۰/۹۴ را گزارش نمودند. روش اجرا: این پژوهش از نوع مطالعات آزمایشی حقیقی^۱ و کارآزمایی بالینی تصادفی^۲ بود و در آن از طرح گروهی پیش آزمون-پس آزمون دو گروهی استفاده شد. پس از اخذ رضایت کتبی و مصاحبه بالینی، آزمودنی‌هایی که با ملاکهای شمول و حذف مطابقت داشتند وارد طرح شده و با ابزارهای پژوهشی (پرسشنامه فویبای اجتماعی و پرسشنامه افسردگی بک-۲ و پرسشنامه ترس از ارزیابی مثبت) مورد سنجش قرار گرفتند. پس از تخصیص تصادفی نمونه‌ها، آزمودنی‌ها بر حسب تعلق به گروه CBGT یا ICBT تحت شرایط مختلف اجرای متغیر مستقل

(کاربندی آزمایشی) قرار گرفتند. برای طراحی پروتکل درمانی نیز از منابع معتبر علمی، درمان‌های دارای حمایت تجربی^۳ و مدل پیشنهادی هایمبرگ برای اختلال اضطراب اجتماعی (رپی^۴ و هایمبرگ (۱۶)) استفاده شد (ترک^۵، هایمبرگ و هوپ^۶ (۱۷) و ترک، هایمبرگ و مگی^۷، (۱۸)). مداخلات درمانی توسط روان شناس بالینی که دارای تجربه نظارت شده در درمان اختلالات اضطرابی بوده و با پروتکل گروهی و انفرادی هایمبرگ آشنایی کامل داشت اجرا گردید. محتوا و ساختار جلسات CBGT و ICBT به اختصار در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است. پس از اتمام جلسات درمانی، ابزارهای پژوهشی برای بار دوم برای هر گروه اجرا شد.

جدول ۱- صورت جلسه‌های درمان شناختی - رفتاری گروهی (CBGT)

شماره جلسات	مروار خلاصه اهداف و فعالیت‌های جلسه
اول	تکمیل پرسشنامه، معرفی و آشنایی، مرور مقررات گروه، بیان مشکل و اهداف توسط اعضا، معرفی مدل و منطق درمان، آموزش مقدماتی بازسازی شناختی ^۸ ، ارائه تکالیف خانگی
دوم	تکمیل پرسشنامه‌ها، مرور تکالیف هفته قبل، آموزش بازسازی شناختی، ارائه تکالیف خانگی
سوم تا یازدهم	تکمیل پرسشنامه‌ها، مرور تکالیف هفته قبل، اجرای سه مواجهه درون جلسه‌ای ^۹ ، ارائه تکالیف خانگی
دوازدهم	تکمیل پرسشنامه‌ها، مرور تکالیف، ارزیابی پیشرفت اعضا و تاکید بر پاسخ‌های منطقی هر عضو، هدف گذاری پس از درمان، تدارک‌گردهمایی ^{۱۰} با اعضای گروه و ختم درمان

جدول ۲- صورت جلسه‌های درمان شناختی - رفتاری انفرادی (ICBT)

شماره جلسات	مروار خلاصه اهداف و فعالیت‌های جلسه
اول تا سوم	بخش آموزش روانی ^{۱۱} : تکمیل پرسشنامه‌ها، برقراری رابطه درمانی، آموزش مدل، تدوین اهداف مداخله، بررسی شکل‌گیری و تداوم مشکل، ترسیم هرم ترس و اجتناب
چهارم تا ششم	بخش بازسازی شناختی: تکمیل پرسشنامه‌ها، آموزش بازسازی شناختی، هدایت مراجع برای شناسایی افکار اتوماتیک، پرسش‌های چالشی ^{۱۲} ، شناسایی خطاهای فکری و ارائه پاسخ جایگزین.
هفتم تا نهم	بخش مواجهه: تکمیل پرسشنامه‌ها، اجرای مواجهه در جلسه بر اساس هرم ترس و اجتناب، پردازش پس‌آیندی مواجهه ^{۱۳} ، کمک به مراجع برای برنامه‌ریزی جهت مواجهه زنده ^{۱۴}
دهم و یازدهم	بازسازی شناختی پیشرفته: تکمیل پرسشنامه‌ها، معرفی مفهوم باورهای هسته‌ای ^{۱۵} ، طراحی مواجهه در درون جلسه و مواجهه زنده برای چالش با باورهای هسته‌ای
دوازدهم	اختتام ^{۱۶} : تکمیل پرسشنامه‌ها، تمرکز روی ارزیابی پیشرفت، پیشگیری از عود و ختم درمان

یافته‌ها

که در مصاحبه تشخیصی اولیه بدست آمد در جدول ۳ و توزیع افراد نمونه از لحاظ جنسیت و تحصیلات در جدول ۴ ارائه شده است.

مشخصات جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه از قبیل سن، سابقه مصرف داروهای روانپزشکی برای درمان SAD و وجود اختلال همبود (سایر اختلالات اضطرابی و افسردگی غیراساسی)

1- True experimental
5- Turk
10- Social time
14- In- vivo exposure

2- Randomized Clinical Trial(RCT)
6- Hope
7- Magee
11- Psycho-education
15- Core believes

3- Empirically supported treatments
8- Cognitive restructuring
12- Disputing questions
16- Termination
4- Rapee
9- In- session exposure
13- Post - processing



جدول ۳- تعداد، میانگین انحراف معیار و دامنه سنی، تاریخچه مصرف دارو و اختلال همبود نمونه‌ها

تعداد	میانگین سنی	انحراف معیار	دامنه سنی	مصرف داروی روانپزشکی		اختلال همبود
				ندارد	سایر اختلالات اضطرابی	
۱۲	۲۳	۲/۰۲	۱۹-۳۲	۳	۴	۳
۱۰	۲۲	۲/۸۷	۱۸-۳۴	۲	۳	۳

تحلیل داده‌های جدول فوق با آزمون t مستقل نشان می‌دهد که $(p = ۰/۱۰)$ یکسان بوده و تفاوت آنها معنادار نیست. دو گروه CBGT و ICBT از نظر توزیع در متغیر سن ($t=۰/۲۴$)

جدول ۴- توزیع شرکت کنندگان در پژوهش بر اساس جنسیت و میزان تحصیلات

	جنسیت (تعداد)		تحصیلات (تعداد)	
	زن	مرد	دیپلم	دانشجو کارشناسی
CBGT (n=۱۲)	۷	۵	۲	۷
ICBT (n=۱۰)	۶	۴	۳	۵

همچنین تحلیل داده‌های جدول ۴ به وسیله آزمون خی دو تأیید تحصیلات ($X^2=۰/۵۶$ و $P=۰/۶۵$) با یکدیگر هم‌تا می‌باشند. می‌کند که دو گروه در متغیرهای جنسیت ($X^2=۱/۰۰$ و $P=۰/۲۱$)

جدول ۵- میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون نمره ترس از ارزیابی مثبت (FPES) به تفکیک گروه‌ها

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ترس از ارزیابی مثبت	CBGT	۴۳/۱۷	۱۰/۷۴	۲۵/۲۵	۱۱/۲۰
	ICBT	۴۱/۴۰	۱۱/۱۶	۲۸/۱۰	۱۲/۱۹

جدول ۵ بیانگر میانگین و انحراف معیار نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون نمره کل پرسشنامه FPES در دو گروه است. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس با داده‌های مذکور در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶- آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی معناداری تفاوت نمرات ترس از ارزیابی مثبت در پرسشنامه FPES

مجدور سهمی	مقدار احتمال	آماره F	همگنی واریانسها		مجدور سهمی
			همگنی رگرسیون	همگنی واریانسها	
اتا	۰/۴۳	۰/۶۶	سطح معناداری	سطح معناداری	۰/۰۳
			۰/۳۳	۱/۱۹	۰/۸۸
					۰/۰۲

همانگونه که مشاهده می‌شود، CBGT پس از کنترل نمره پیش آزمون FPES و متغیر همگام افسردگی، تفاوت معناداری با ICBT در کاهش نمره ترس از ارزیابی مثبت نداشته و بر آن برتری ندارد ($P > ۰/۰۵$). عبارت دیگر تأثیر دو روش مداخله با یکدیگر برابر است.

مقادیر مجدور سهمی اتا بیانگر سهمی از واریانس کل متغیر وابسته است که توسط متغیر مستقل تبیین می‌شود. کوهن (۱۹۸۸)،



(۲۰) محاسبه شد:

$$\text{نمره میانگین پس آزمون-نمره میانگین پیش آزمون} \\ = \frac{\text{درصد بهبودی}}{\text{نمره میانگین پیش آزمون}}$$

این شاخص برای گروه‌های CBGT و ICBT به ترتیب

برابر ۴۱ و ۳۲ درصد بدست آمد. برای مقایسه نرخ بهبودی در نمونه‌های مورد مطالعه از آزمون t مستقل برای تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون دو گروه سازه ترس از ارزیابی مثبت استفاده شد. همانگونه که در جدول ۷ ملاحظه می‌شود، میانگین درصد بهبودی گروه‌ها فاقد تفاوت معنادار ($P=0/7$) است.

جدول ۷- آزمون t مستقل برای مقایسه نرخ بهبودی دو گروه CBGT و ICBT در FPES

میانگین درصد بهبودی	انحراف معیار	آزمون لون		درجه آزادی	آماره t	مقدار احتمال
		آماره F	مقدار احتمال			
۴۱/۵۲	۱۰/۸۶	۰/۰۰۵	۰/۹۴	۲۰	۰/۳۹	۰/۷
۳۲/۱۲	۱۱/۱۸					

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که هر دو روش CBGT و ICBT قادرند «ترس از عملکرد مطلوب» و احتمالاً ارزیابی کلی (اعم از ارزیابی منفی و مثبت) را کاهش دهند. نرخ بهبود محاسبه شده با شاخص بلانچارد برای CBGT و ICBT نیز به ترتیب ۴۱٪ در برابر ۳۲٪ و فاقد تفاوت معنادار است. بررسی شاخص η^2 نیز نشان داد که اندازه‌های اثر (ضریب اتا) محاسبه شده، ضعیف ($\eta^2 = 0/03$) است. این بدان معنا است که تفاوت اثر گروه (نوع درمان به کار گرفته شده) برای ایجاد تغییر اصیل و آشکار در شدت ترس از ارزیابی مثبت در اختلال SAD قابل توجه و مشهود نیست. برخی از مطالعاتی که تاکنون به مقایسه چارچوب گروهی و انفرادی درمان شناختی- رفتاری در SAD پرداخته‌اند (برای نمونه لوکاس و تلج (۲۱)) به این نتیجه رسیدند که ICBT و CBGT نتایج درمانی مشابه داشته و هر دو بر گروه کنترل توجه برتری دارند. مطالعات متاآنالیز (برای نمونه مورنو جیل و همکاران (۲۲)، هافمن و بوگلز (۲۳)، رودنباغ، هولوی و هایمبرگ (۲۴) و پونیا و هولون (۲۵) ضمن تایید اثربخشی این روش‌های درمانی (ES) در طیفی از ۰/۸۰ تا ۱/۰۷ در پس آزمون)، تفاوت معناداری را بین CBGT و ICBT گزارش نمی‌کنند. یکی از تبیین‌های محتمل در خصوص این برابری تأثیر، برخورداری هر دو روش از مکانیزم‌های تأثیر و تکنیک‌های اختصاصی مشابه است. لازم به ذکر است که عمده مطالعات فوق به بررسی تأثیر مداخله روان شناختی بر سایر علائم اضطراب اجتماعی غیر از ترس از ارزیابی مثبت تمرکز داشته‌اند لذا در حال حاضر بررسی جامع همخوانی یا نا همخوانی یافته حاضر با نتایج سایر مطالعات، بدلیل عدم وجود مطالعه مشابه در پیشینه

پژوهشی دشوار می‌باشد اما با عنایت به اینکه از یک سو ترس از ارزیابی مثبت، سازه‌ای مجزا و در عین حال مرتبط با ترس از ارزیابی منفی است و از سوی دیگر نمره FPES با SPIN و BFNE-S همبستگی مثبت و معناداری دارد (ویکز، هایمبرگ، رودنباغ و نورتون (۹))، انتظار می‌رود که با تغییر سایر علائم اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی مثبت نیز کاهش یابد.

برای موسسات تامین کننده مراقبت بهداشتی علاوه بر اثربخشی درمان، یک نگرانی اضافی نیز وجود دارند: «آیا درمان پیشنهادی، مقرون به صرفه است؟» (۲۶). چنانچه از این زاویه به مقایسه چارچوب‌های انفرادی و گروهی ارائه درمان بپردازیم «درمان کوتاه مدت و اثرمند که قابلیت اجرایی گروهی داشته در اولویت است» (۲۷) زیرا به کاهش هزینه‌های مرتبط با سلامتی کمک می‌کند. مطالعه شاپیرو، سنگ، شافر و کوگلان داناوان (۲۸) نیز از مقرون به صرفه بودن چارچوب گروهی مداخله CBT در اختلالات اضطرابی حمایت می‌کند.

مطالعه حاضر مجموعه‌ای از محدودیت‌ها در طراحی و اجرا وجود داشت که از مهمترین آنها می‌توان به کاهش اندازه نمونه و توان آزمون پس از ریزش نمونه‌ها، اعتبار پایین جدا سازی SAD از APD با استفاده از ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR بدلیل هم پوشانی علائم، فقدان کنترل اثر پلاسیبویی بدلیل عدم وجود گروه کنترل بدون درمان و سوگیری احتمالی بدلیل تداخل نقش درمانگر و ارزیاب اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

هر دو چارچوب مداخله رفتاری - شناختی گروهی و انفرادی که عنصر اصلی آن مواجهه با موقعیت‌های ترس آور و بازسازی



تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شده است.

شناختی می‌باشد در درمان ترس از ارزیابی مثبت در اختلال اضطراب اجتماعی اثربخش است لیکن بنظر می‌رسد که چارچوب گروهی مقرون به صرفه‌تر از قالب انفرادی باشد.

منابع:

- 1-Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. Poorafkari N.(Persian translator) Second Edition. Tehran: Shahre Ab;2003.
- 2-Blanco C, Nissenon K, Liebowitz MR. Social anxiety disorder: Recent findings in the areas of epidemiology, etiology, and treatment. Current psychiatry reports. 2001;3(4):273-80.
- 3-Weeks JW, Heimberg RG, Rodebaugh TL. The Fear of Positive Evaluation Scale: Assessing a proposed cognitive component of social anxiety. Journal of Anxiety Disorders. 2008;22(1):44-55.
- 4-Gilbert P, Trower P. Evolution and process in social anxiety. In: Crozier WR, Alden LE. International handbook of social anxiety: concepts, research, and interventions relating to the self and shyness. New York: Wiley; 2001.
- 5-Wallace ST, Alden LE. Social phobia and positive social events: The price of success. Journal of Abnormal Psychology. 1997;106(3):416.
- 6-Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. Annual review of psychology. 2001;52(1):685-716.
- 7-Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. Behaviour Research and Therapy. 2003;41(9):991-1007.
- 8-Gilbert P. Evolution and social anxiety. The role of attraction, social competition, and social hierarchies. Psychiatr. Clin. North Am. 2001 Dec;24(4):723-51.
- 9-Weeks JW, Heimberg RG, Rodebaugh TL, Norton PJ. Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. Journal of Anxiety Disorders. 2008;22(3):386-400.
- 10-Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) New self-rating scale. The British Journal of Psychiatry. 2000;176(4):379-86.
- 11-Abdi M. [Interpretational Bias in Social phobic Patients (Persian)]. Iran Psychiatric Institute: Tehran. 2003.
- 12-Momeni N. [The effectiveness of EMDR and its reprocessing on treating social anxiety disorder(Persian)]. Shahed university: Tehran. 2005
- 13-Tavoli A, Melyani M, Bakhtiari M, Ghaedi G, Montazeri A. The Brief Fear of Negative Evaluation Scale (BFNE): translation and validation study of the Iranian version. BMC psychiatry. 2009;9(1):42.
- 14-Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for beck depression inventory II (BDI-II). San Antonio, TX: Psychology Corporation. 1996.
- 15-Dobson KE, Mohammadkhani P. [Psychometric characteristics of BDI-II(Persian)]. Journal of Rehabilitation. 2007;8(29):82-86
- 16-Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behaviour research and therapy. 1997;35(8):741-56.
- 17-Turk CL, Heimberg RG, Magee L. Social anxiety disorders. In: Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. New York: Guilford Press; 2008.pp:114-154.
- 18-Turk CL, Heimberg RG, Magee L. Social anxiety disorders. In: Barlow DH. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. New York: Guilford Press; 2008.pp: 123-163.
- 19-Giles D. Advanced research methods in psychology. Hove, East Sussex; New York: Routledge; 2002.
- 20-Blanchard EB, Andrasik F, Ahles TA, Teders SJ, O'Keefe D. Migraine and tension headache: A meta-analytic review. Behavior Therapy. 1980;11(5):613-31.
- 21-Lucas RA, Telch MJ. Group versus individual treatment of social phobia. annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Atlanta, GA. 1993.
- 22-Gil PJM, Carrillo FXM, Meca JS. Effectiveness of cognitive-behavioural treatment in social phobia: A meta-analytic review. Psychology in Spain. 2001;5(1):17-25.
- 23-Hofmann SG, Bogels SM. Recent advances in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. Journal of Cognitive Psychotherapy. 2006;20(1):3-5.
- 24-Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. Clinical Psychology Review. 2004;24(7):883-908.
- 25-Ponniah K, Hollon SD. Empirically supported psychological interventions for social phobia in adults: a qualitative review of randomized controlled trials. Psychological Medicine. 2008;38(1):3-14.
- 26-Sanderson WC. Why empirically supported psychological treatments are important. Behavior Modification. 2003;27(3):290-9.
- 27-Kazdin AE. Research design in clinical psychology. New York: Macmillan Pub. Co.; 1992.
- 28-Shapiro J, Sank LI, Shaffer CS, Donovan DC. Cost effectiveness of individual vs. group cognitive behavior therapy for problems of depression and anxiety in an HMO population. Journal of Clinical Psychology. 1982;38(3):674-7.

The Comparison of Group versus Individual Format of Cognitive- Behavior Therapy on Fear of Positive Evaluation*

*Rezaei Dogaheh E.(Ph.D.)¹, Mohammadkhani P.(Ph.D.)², Dolatshahi B.(Ph.D.)³

Receive date: 11/05/2011
Accept date: 18/11/2011

- 1- Ph.D. of Clinical Psychology,
Assistant professor of Clinical
Psychology, University of Social
Welfare and Rehabilitation Sciences,
Tehran, Iran
- 2- Ph.D. of Psychology, Professor of
clinical Psychology department,
University of Social Welfare and
Rehabilitation Sciences, Tehran,
Iran
- 3- Ph.D. of Clinical Psychology,
Assistant professor of Clinical
Psychology Department, University
of Social Welfare and Rehabilitation
Sciences, Tehran, Iran

*Correspondent Author Address:
University of Social Welfare and
Rehabilitation Sciences, Koodakyar
Ave., Evin, Tehran, Iran.

*Tel: +98 21 22180052

*E-mail: ebrahim_rezaee@yahoo.com

- This article is resulted from a student's thesis.

Abstract

Objective: This study aimed to compare the effectiveness of cognitive-behavior group therapy (CBGT) and individual cognitive-behavior therapy (ICBT) in reducing fear of positive evaluation in social anxiety disorder (SAD).

Material & Methods: The subjects included 28 patients referred to psychological treatment centers of University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences who diagnosed with SAD. The sample randomly allocated in two groups of 14 participants. Each groups participated in 12 sessions mainly based on Heimberg's model for SAD. Pretest and posttest data using Fear of Positive Evaluation Scale (FPES), Social Phobia Inventory (SPIN) and the Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II) were collected and analyzed with analysis of covariance.

Results: When pretest depression was co varied out, CBGT compared with ICBT was equally effective in reducing fear of positive evaluation and there was no significant difference between two groups in FPES scores after treatment. In addition, improve rates of CBGT group was not significantly higher than ICBT.

Conclusion: The clinical significance of findings by different criteria indicated the equality of effectiveness of the two formats.

Keywords: Social anxiety disorder, Cognitive- behavior group therapy, Individual cognitive-behavior therapy