

## Comparison of Interpersonal Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Cognitive Symptoms of Social Anxiety Disorder

- Azadeh Tavoli** \* | Assistant professor/Alzahra university, Tehran, Iran.
- Abbasali Allahyari**  | Associate Professor at the Faculty of Humanities, Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
- Parviz Azadfallah**  | Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.
- Ali Fathiashtiani**  | Professor of Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

### Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive - behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT) in reducing self-focused attention and fear of negative evaluation in patients with social anxiety. The study design pre-test - post-test in which 40 students with social anxiety disorder were selected and randomly assigned to either group CBT and IPT. Tools used in this study included the Structured Clinical Interview, the Focus of Attention Questionnaire (FAQ), the Social Phobia Inventory (SPIN), and the Brief Fear of Negative Evaluation Scale revised version (BFNE-II). Data were statistically analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA). The results showed that there was no difference between the two psychotherapies in the improvement in self- focused attention and fear of negative evaluation. The findings of this study showed

\* Corresponding Author: a.tavoli@alzahra.ac.ir


**How to Cite:** Tavoli, A., Allahyari, A., Azadfallah, P., Fathiashtiani, A. (2021). Comparison of Interpersonal Therapy and Cognitive Behavior Therapy for Cognitive Symptoms of Social Anxiety Disorder, *Journal of Clinical Psychology Studies*, 11(42), 23-50.

that both therapies are equally effective for self- focused attention and fear of negative evaluation in patients with social anxiety. Given that IPT is as effective as cognitive-behavior therapy in reducing the fear of negative evaluation and self-focused attention, it could be used to reduce the symptoms of social phobia, especially the fear of negative evaluation and self-focused attention.in situations where IPT is more efficacious, such as those with milder dysfunction in social and cognitive performance. This suggests that IPT should be considered the preferred psychotherapeutic treatment for social anxiety disorder.


**Keywords:** Cognitive - Behavioral Therapy, Fear Of Negative Evaluation, Interpersonal Therapy, Self-Focused Attention, Social Anxiety Disorder.

## مقایسه اثربخشی درمان بین فردی و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی


استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

آزاده طاوولی \* 


دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

عباسعلی اللهیاری 

دکترای روان‌شناسی بالینی، دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

پرویز آزاد فلاح 

دکترای روان‌شناسی بالینی، استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله، تهران، ایران.

علی فتحی آشتیانی 

### چکیده

هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان بین فردی بر کاهش توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. این مطالعه از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروهی است که در آن از بین دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، نمونه‌ای ۴۰ نفره، انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی به دو گروه CBT و IPT اختصاص داده شدند. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل مصاحبه تشخیصی روان‌پزشکی، پرسشنامه کانون توجه (FAQ)، فرم تجدیدنظر شده مقیاس مختصر ترس از ارزیابی منفی (BFNE-II) و پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) بود. داده‌های به‌دست آمده با روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها مشخص کرد که با کنترل آماری واریانس پیش‌آزمون، بین اثربخشی IPT و CBT در کاهش توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان داد که CBT و IPT به یک اندازه در کاهش نشانه‌های شناختی

\* نویسنده مسئول: a.tavoli@alzahra.ac.ir

هراس اجتماعی مؤثر هستند. با توجه به اینکه IPT به‌اندازه درمان مبتنی بر شواهد شناختی رفتاری در کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود اثربخش است، لذا می‌توان در شرایطی که درمان بین فردی تناسب و امکان اجرای بیشتری دارد مانند مواردی که نقص عملکرد اجتماعی و شناختی خفیف‌تر است، از این درمان جهت کاهش علائم هراس اجتماعی به‌ویژه ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود استفاده کرد.

**کلیدواژه‌ها:** اختلال اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، توجه متمرکز بر خود، درمان بین فردی، درمان شناختی-رفتاری.

## مقدمه

هراس اجتماعی اختلال اضطرابی شایع و ناتوان کننده‌ای است که مشخصه آن ترس از ارزیابی منفی در موقعیت‌های عملکردی و یا تعاملات اجتماعی می‌باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). پژوهشگران مختلف مدل‌های نسبتاً متفاوتی در مورد اختلال اضطراب اجتماعی ارائه داده‌اند که در پژوهش و درمان بیماران بسیار اثربخش واقع شده‌اند. در این مدل‌ها سعی شده است تا مؤلفه‌های اصلی اختلال و نیز علل و عوامل مؤثر بر ایجاد و تداوم اختلال تبیین شود (رات<sup>۱</sup> و همبرگ<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱). در این زمینه نظریه‌های شناختی بر این فرض اساسی مبتنی هستند که عوامل شناختی چون باورهای ناکارآمد و افکار غیرمنطقی و نیز سوگیری در فرایند پردازش اطلاعات در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش بسزایی دارند (ماسا<sup>۳</sup> و لپین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰). چندین مؤلفه شناختی در تبیین اختلال اضطراب اجتماعی نقش دارند. یکی از این مؤلفه‌ها، سوگیری در توجه است. وودی<sup>۵</sup> (۱۹۹۶) دو سبک توجه شامل توجه متمرکز بر خود و توجه متمرکز بر بیرون را مطرح کرده است. مشخص شده است که افراد مبتلا به هراس اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی توجه متمرکز بر خود را افزایش و توجه متمرکز بر بیرون را کاهش می‌دهند (پاینلس<sup>۶</sup> و مینکا<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵).

مطالعات متعددی بر مفهوم توجه متمرکز بر خود در هنگام رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌زا در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تأکید کرده‌اند (اسپار<sup>۸</sup> و استوپا<sup>۹</sup>، ۲۰۰۲؛ استوپا و کلارک<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۳). از آنجا که تمرکز بر خود، توجه را از محیط اطراف

1. Roth, D.A.
2. Heimberg, R.G.
3. Musa, C.Z.
4. Lepine, J.P.
5. Woody, S. R.
6. Pineles, S. L.
7. Mineka, S.
8. Spurr, J.M.,
9. Stopa, L.
10. Clark, D.M.

برداشته و بر خود معطوف می‌کند، در صورتی که محتوای افکار فرد منفی باشند، چنین سبک توجهی منجر به ایجاد هیجان منفی می‌شود و در توانایی فرد جهت حل مسئله به صورت کارآمد تداخل ایجاد می‌کند. این گونه سبک توجه ظرفیت شناختی آن‌ها را اشغال می‌کند، لذا آن‌ها نمی‌توانند توجه خود را از محرک‌های تهدید اجتماعی منحرف و بر کار در دست انجام به صورت متناسبی متمرکز نمایند و این گونه است که توجه متمرکز بر خود در نهایت منجر به نقص عملکرد و افت کارکرد شناختی بیمار می‌شود (هافمن<sup>۱</sup> و بارلو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲).

افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی گزارش می‌کنند که در زمان‌های افراط در توجه متمرکز بر خود، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (اسپار و استوپا، ۲۰۰۲)، از این روست که مطرح شده است که سوگیری در توجه از طریق تأثیر بر اضطراب و ترس از ارزیابی منفی در کارکرد بیمار در موقعیت‌های اجتماعی تداخل ایجاد می‌کند. همین‌طور نقص عملکرد اجتماعی منجر به بازخورد منفی از سوی دیگران شده و سطح کلی اضطراب فرد را می‌افزاید و افزایش اضطراب نیز به نوبه خود موجب افزایش توجه متمرکز بر خود می‌گردد و بدین صورت چرخه‌ای معیوب شکل می‌گیرد (وودی، ۱۹۹۶). توجه متمرکز بر خود بخشی از اقدامات مقابله‌ای فرد مبتلا به هراس اجتماعی برای جلوگیری از موقعیت شرم‌آور و تحقیرآمیز است که با پردازش اطلاعات نقض‌کننده باورهای منفی بیماران تداخل می‌کند (ولز<sup>۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۵).

افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی همچنین بر این باورند که در موقعیت‌های اجتماعی، با ظاهر یا اعمال خود، توجه دیگران را به خود جلب می‌کنند و از این رو همواره در هراس‌اند که در این دنیای مملو از ارزیابی اجتماعی، با انجام کاری احمقانه و یا با ظاهری احمقانه و یا مضطرب به نظر رسیدن، موجب شرمساری و یا تحقیر خود گردند (بیدل<sup>۴</sup> و ترنر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷). ترس از ارزیابی منفی یکی از ویژگی‌های بنیادین هراس اجتماعی

1. Hofmann, S. G.
2. Barlow, D. H.
3. Wells, A.
4. Beidel, D.C.

است که نه تنها در مدل‌های شناختی اختلال (کلارک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱)، به رسمیت شناخته شده است، بلکه این مفهوم مبنای ترس مشخص و پایدار در موقعیت‌های ارزیابی اجتماعی در معیار "A" اختلال اضطراب اجتماعی در DSM-5 نیز می‌باشد. شواهد تجربی قابل توجهی وجود دارد مبنی بر اینکه ترس از ارزیابی منفی ویژگی اصلی اختلال هراس اجتماعی است (هیرش<sup>۳</sup> و کلارک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴).

مطالعات مختلفی به بررسی اثربخشی درمان‌های بین فردی و شناختی- رفتاری بر توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی در میان بیماران مبتلا به هراس اجتماعی پرداخته‌اند (لیپسیتز<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ مورتربرگ<sup>۶</sup>، کلارک و بجروت<sup>۷</sup>، ۲۰۱۱؛ لدلی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ مک ایوی<sup>۹</sup> و پرینی<sup>۱۰</sup>، ۲۰۰۹؛ هافمن، ۲۰۰۰؛ بورگی<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸) و مطرح نموده‌اند که درمان‌های روان‌شناختی اثربخش دید شخص نسبت به خود را در جهت مثبت تغییر می‌دهند به طوری که در تحقیقات مختلف نشان داده شده است که پروتکل‌های درمان شناختی رفتاری در اختلالات اضطرابی مختلف از جمله اختلال اضطراب اجتماعی منجر به کاهش سوگیری توجه نسبت به تهدید می‌شوند (براونینگ<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰، توبون<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱، لاند<sup>۱۴</sup> و اوست<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۱، پیشیار<sup>۱۶</sup>، هریس<sup>۱۷</sup>

- 
1. Turner, S.M.
  2. Clark, D.M.
  3. Hirsch, C.R.
  4. Clark, D.M.
  5. Lipsitz, J.D.
  6. Mörtberg, E.
  7. Bejerot, S.
  8. Ledley, D.R.
  9. McEvoy, P.M.
  10. Perini, S.L.
  11. Borge, F.M.
  12. Browning, M.
  13. Tobon, J. I.
  14. Lundh, L. G.
  15. Öst, L. G.
  16. Pishyar, R.
  17. Harris, L. M.

و منزیس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸). در واقع این فرضیه ارائه شده است که رابطه‌ای علی بین توجه متمرکز بر خود و سطح اضطراب اجتماعی وجود دارد (مک مأنوس<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). این یافته حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری به‌تنهایی قادر بر کاهش قابل‌ملاحظه در سوگیری نسبت به تهدید است. مطالعه مورتبرگ و همکاران (۲۰۱۵) در بررسی فرایندهای شناخت درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی نشان دادند که در طول CT برای اختلال اضطراب اجتماعی، بیش از آنکه تغییر در فراوانی و میزان باور افراد به افکار منفی پیش‌بین میزان اضطراب اجتماعی باشند، تغییرات مداوم در توجه متمرکز بر خود توجیه‌کننده تغییرات بعدی در اضطراب اجتماعی هستند. در همین راستا مک ایوی و پرینی (۲۰۰۹) نیز در مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با و بدون آموزش کنترل توجه نشان دادند که درمان CBT با و بدون آموزش کنترل توجه موجب کاهش علائم اضطراب اجتماعی، افسردگی، کنترل توجه و پردازش پس از رویداد می‌شود و افزودن آموزش کنترل توجه منجر به بهبود بیشتر متغیرهای مذکور نخواهد شد.

اثربخشی درمان‌های مختلف بر روی علامت ترس از ارزیابی منفی نیز مورد بررسی و مقایسه واقع شده است. اثربخشی درمان‌های شناختی رفتاری، بین فردی، حمایتی، روش‌های اصلاح توجه، بر مؤلفه ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تا کنون به اثبات رسیده است (لیپسیتز و همکاران، ۲۰۰۸، بورگی و همکاران، ۲۰۰۸، هاشمی و همکاران، ۱۹۹۶، کارلتون<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۷، لیپسیتزو همکاران، ۱۹۹۹). هاشمی و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل هافمن موجب کاهش میزان ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود. آن‌ها مطرح نمودند که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر مدل هافمن به تغییرات قابل توجهی در ترس از ارزیابی منفی منجر شد و آن را کاهش داد.

با توجه به اینکه مبتلایان به هراس اجتماعی آسیب و محدودیت‌های قابل‌ملاحظه‌ای

1. Menzies, R.G.

2. McManus, F.

3. Carleton, R. N.



در روابط بین فردی خود دارند (ویتچن<sup>۱</sup> و همکاران، ۱۹۹۹) می‌توان علائم SAD را به‌عنوان بخشی از یک آسیب بین فردی جامع‌تر به حساب آورد. از این رو، درمان بین فردی را نیز می‌توان درمانی مناسب برای اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفت. با این دیدگاه لیستز درمان بین فردی را برای اختلال اضطراب اجتماعی تدوین نمود و اولین مطالعه کارآمدی این درمان توسط لیستز و همکاران، (۱۹۹۹) بر روی یک گروه از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی صورت گرفت. پس از آنکه در اولین گام، کارآمدی رویکردهای درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی ثابت گردید، در مطالعات متعاقب، لازم است به مقایسه اثربخشی رویکردهای درمانی پرداخته شود. از این رو پژوهشگران بالینی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری به‌عنوان درمانی مبتنی بر شواهد و روش‌های درمانی جدید چون درمان بین فردی بر علائم اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند.

لیستز و همکاران (۲۰۰۸) 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 ملاحظه‌ای در نتیجه درمان نشان دادند و IPT در مقیاس ترس از ارزیابی منفی نسبت به درمان حمایتی اثربخش‌تر بود. بورگی و همکاران (۲۰۰۸) در مطالعه خود به مقایسه اثربخشی درمان بین فردی گروهی و درمان شناختی گروهی در قالب بستری<sup>۲</sup> بر روی علائم اضطراب اجتماعی در ۸۰ نفر از بیماران مبتلا به هراس اجتماعی مقیم در بخش‌های یک کلینیک اختلالات روانی پرداختند. نتایج مقایسه این دو روش درمانی حاکی از آن بود که هر دو درمان بهبود معناداری را در نمرات ترس از ارزیابی منفی بیماران ایجاد کرده و هیچ تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان بین فردی و درمان شناختی بر روی علائم ترس از ارزیابی منفی وجود ندارد.

در پژوهش دیگری بان<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۳) با مقایسه فواید آنی<sup>۱</sup> درمان شناختی و درمان بین فردی انفرادی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی پرداختند. این مطالعه نشان

---

1. Wittchen, H.U.

2. Residential

3. Bohn, C.

داد که بین دو روش درمانی شناختی و بین فردی از لحاظ فواید آنی تفاوتی وجود ندارد. این پژوهش همچنین نشان داد که تغییرات شناختی منجر به فواید آنی درمانی نمی‌شود اما فواید آنی حاصله از این دو رویکرد درمانی منجر به تغییرات شناختی می‌شوند. همان‌طور که در معدود مطالعاتی که در زمینه مقایسه اثربخشی درمان بین فردی و سایر درمان‌ها برای جامعه بالینی متشکل از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مشاهده می‌شود، IPT به اندازه درمان شناختی در کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر واقع شده است. از آنجا که تا به حال مطالعه‌ای به طور مستقیم به مقایسه اثربخشی IPT و CBT بر توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی پرداخته نشده است، هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و درمان بین فردی بر توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی است. از آنجا که انتصاب آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایشی، به صورت تصادفی انجام می‌شود و مداخلات درمانی توسط درمانگر اعمال می‌گردد، شاهد طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون دوگروهی هستیم. در این طرح، مداخله درمانی (درمان بین فردی و درمان شناختی - رفتاری) به عنوان متغیر مستقل و توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته می‌شوند. جنسیت نیز متغیر کنترل می‌باشد. مشارکت کنندگان: جامعه پژوهش حاضر، دربرگیرنده کلیه بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی است. پس از اعلان برگزاری جلسات در سایت متخصصین ایران، از دانشجویان دختر متقاضی و علاقمند به شرکت در گروه درمانی ثبت‌نام به عمل آمد. سپس افراد داوطلب از لحاظ اضطراب اجتماعی موردسنجش واقع شدند. بر اساس نقطه برش ۱۹ در مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN) و مصاحبه بالینی ساخت‌یافته بر اساس راهنمای تشخیصی - آماری اختلالات روانی، تعداد ۴۰ نفر از

دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی شناسایی، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین گردیدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به اضطراب اجتماعی، جنس مؤنث و رضایت به مشارکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: سابقه اختلال سایکوتیک یا دوقطبی در طول عمر، سابقه ابتلا به اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید و اجتنابی، اختلال وسواس- اجبار، وحشت‌زدگی و فکر خودکشی در ۶ ماه اخیر، سوء مصرف مواد یا الکل، مصرف داروی روان‌گردان و روان‌درمانی طی ماه اخیر.

### روش اجرای پژوهش

پس از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه درمانی آزمودنی‌ها سایر مقیاس‌های پژوهش را تکمیل کردند. بدین صورت دو گروه مورد بررسی و مقایسه در این پژوهش عبارت بودند از: (۱) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تحت روان‌درمانی بین فردی گروهی و (۲) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تحت روان‌درمانی شناختی- رفتاری گروهی. هر گروه کاربندی طی ۱۲ هفته و توسط دو روان‌درمانگر که در زمینه روش‌های درمانی مذکور دوره آموزشی را طی کرده و تحت سرپرستی متخصصین آن رویکرد درمانی، فعالیت بالینی داشته‌اند، تحت درمان گروهی واقع شدند. در انتهای جلسه دوازدهم کلیه آزمودنی‌ها توسط پرسشنامه‌های پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

### ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، پرسشنامه کانون توجه (FAQ) و فرم تجدیدنظر شده مقیاس مختصر ترس از ارزیابی منفی (BFNE-II) استفاده شد.

(۱) پرسشنامه کانون توجه (FAQ)<sup>۱</sup>: این پرسشنامه از دو زیرمقیاس کانون توجه درونی و کانون توجه بیرونی تشکیل شده است و ودی، چمپلس و گلاس (۱۹۹۷). نحوه پاسخگویی افراد به این پرسشنامه بدین صورت است که آن‌ها تعاملات اجتماعی گذشته خود را تصور کرده و با توجه به آن پاسخ می‌دهند. ضریب آلفای کرونباخ برای زیر

مقیاس کانون توجه درونی برابر با ۰/۷۶ و برای کانون توجه بیرونی برابر با ۰/۷۲ گزارش شده است که حاکی از همسانی درونی قابل قبول پرسشنامه می‌باشد. روایی پرسشنامه FAQ نیز به شیوه تحلیل عاملی محاسبه شده است، وودی، چمبلس و گلاس (۱۹۹۷) در این بررسی، ساختار دو عاملی مقیاس را تأیید و روایی سازه آزمودنی را در حد بالایی گزارش نمودند.

۲) پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN): این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که هر ماده یا سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای: (اصلاً: ۰، بی‌نهایت: ۴) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌های 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 (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران نیز این پرسشنامه نخستین بار در سال ۱۳۸۲ از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی بررسی و روایی آن مورد تأیید قرار گرفته، به طوری 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. (عبدی، ۱۳۸۲).

۳) فرم تجدیدنظر شده مقیاس مختصر ترس از ارزیابی منفی (BFNE-II): این مقیاس میزان ترس از ارزیابی منفی را اندازه‌گیری می‌کند. BFNE-II از ۱۲ ماده تشکیل شده و نمره‌گذاری آن طبق مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد (اصلاً: ۰، خیلی زیاد: ۴). نخستین بار کارلتون<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۶) ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را سنجید. همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۹ گزارش گردیده است و تحلیل عاملی این مقیاس نشانگر ساختار عاملی واحد بود که با مبانی نظری مقیاس ترس از ارزیابی منفی همخوانی دارد (کارلتون و همکاران، ۲۰۰۶). بررسی اعتبار و روایی این مقیاس در میان جامعه دانشجویان

---

1. Connor, K.M.  
2. Carleton, R. N.

ایرانی در مطالعه حاضر و از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و روایی صوری محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمده است که حاکی از همسانی درونی قابل قبول مقیاس می باشد. محاسبه روایی صوری نسخه ایرانی مقیاس BFNE-II نیز مشخص کرد که مقیاس BFNE-II از روایی قابل قبولی برخوردار است.

### ساختار برنامه های درمانی مورد مطالعه

درمان های مورد نظر در این پژوهش مبتنی بر راهنماهای درمانی است که به منظور درمان افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی توسط لیسیتز و همکاران (۱۹۹۷) و همبرگ و همکاران (۲۰۰۰) طراحی شده است. افراد طی ۱۲ هفته تحت درمان بین فردی گروهی و یا شناختی رفتاری گروهی قرار می گیرند. به جز جلسه پیش گروهی که در آن درمانگر از طریق مصاحبه در مورد علائم اضطراب اجتماعی افراد اطلاعاتی به دست می آورد و ضمن برقراری اتحاد درمانی، تشخیص اختلال را به بیمار ارائه می نماید، باقی جلسات در قالب گروهی انجام می گردد. جلسات گروهی در قالب گروه های ۱۰ نفره در هر دو درمان طی مدت ۹۰ دقیقه و به صورت هفتگی برگزار می گردد. در ادامه شرح مختصری از عناوین جلسات در هر دو روش آمده است (جدول شماره ۱ و ۲).

#### 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 بیماران، کمک به بیماران برای مشارکت و تعامل با اعضای گروه
جلسه چهارم	فرمول بندی حیطه بین فردی و تعیین یک حیطه نایمنی 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 در درون و بیرون از گروه تجربه می کنند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی

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 گزینه‌های راهبردی بین فردی - رسیدگی به تجربه‌های بیمار بعد از آن رویداد.	جلسه ششم و هفتم
کار روی موضوع‌های بین فردی انفعال، عدم قاطعیت، ابراز خشم، ترس از مخالفت.	جلسه هشتم
افزایش مهارت‌های بین فردی مانند ابراز نیازها و احساسات و ارائه بازخورد به واکنش‌های دیگران کار روی آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در تعامل اجتماعی	جلسه نهم
تحریک جرأت‌مندی و خودمختاری در صورت اجتناب گروه از تمرکز بر مشکلات بین فردی، ارزیابی کار روی نایمنی نقش، تصریح تغییرات کسب‌شده در عملکرد نقش و تصریح پیامدهای تغییر	جلسه دهم
بررسی پیشرفت درمان، آماده‌سازی 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 موقعیت‌های چالش‌انگیز آینده	جلسه یازدهم
ابراز احساسات در مورد خاتمه درمان و ارائه شاخص‌های هشدار جهت مراجعه به درمانگر	جلسه دوازدهم

## جدول ۲. خلاصه ساختار جلسات درمان CBT

برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی، ایجاد پیوستگی گروهی توضیح مشکل فرد در قالب اضطراب اجتماعی، خلاصه‌ای از طرح درمانی	جلسه اول
معرفی ماریچ پابین‌رونده اضطراب، ارائه سبب‌شناسی اضطراب اجتماعی، ارائه منطق سه مؤلفه درمان، تکلیف "واکنش به شروع طرح درمانی"	جلسه دوم
مرور تکلیف خانگی، ساخت سلسله‌مراتب ترس و اجتناب، توضیح و تمرین خود بازبینی، تخصیص تکلیف خانگی	جلسه سوم
مرور تکلیف، افکار خود-آیند و هیجانات ناشی از آن‌ها، مروری مقدماتی بر مهارت‌های بازسازی شناختی، شناسایی افکار خود-آیند و هیجانات ناشی از آن‌ها، تخصیص تکلیف خانگی	جلسه چهارم
مرور تکلیف خانگی، تعیین خطاهای تفکر، به چالش گذاشتن افکار خود-آیند، استفاده از پاسخ‌های عاقلانه، تخصیص تکلیف خانگی، آماده‌سازی برای اولین جلسه رویارویی	جلسه پنجم
مرور تکلیف، مرور منطق رویارویی تدریجی و منظم، انجام رویارویی درون جلسه‌ای، تکلیف خانگی	جلسه ششم و هفتم
مرور تکلیف خانگی، ارائه چندین نکته تکمیلی درباره رویارویی‌های بعدی، انجام رویارویی درون جلسه‌ای، بررسی پرسش‌های مراجع و پاسخ‌گویی به آن‌ها، تخصیص تکلیف	جلسه هشتم

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 درمان‌های 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

### روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

روش پردازش داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و مقایسه دو گروه مورد مطالعه در متغیرهای اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در تعاملات اجتماعی استفاده شد.

### یافته‌ها

از مجموع ۴۰ آزمودنی داوطلب درمان در جلسه آغازین ۴ نفر از گروه IPT و ۶ نفر از گروه CBT در اواسط درمان انصراف دادند و در نهایت ۳۰ آزمودنی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در دامنه سنی ۳۱-۱۸، با میانگین سنی ۲۳/۱۳ و انحراف معیار ۳/۴۴ قرار داشتند، اکثر بیماران مورد مطالعه مجرد (۸۳/۳ درصد) دانشجوی کارشناسی (۶۶/۷ درصد) بودند و از نظر جنسیتی نیز همه مؤنث بودند.

به علاوه میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های توجه متمرکز بر خود و توجه متمرکز بر بیرون و فرم تجدیدنظر شده مقیاس مختصر ترس از ارزیابی منفی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه‌های در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس‌ها	درمان شناختی- رفتاری (=N۱۴)	درمان بین فردی (=N۱۶)
کانون توجه (متمرکز بر خود)	پیش‌آزمون ۱۵/۸ (۴/۳)	۱۶/۸ (۳/۹)
	پس‌آزمون ۸/۹ (۲/۰۱)	۱۰/۴ (۲/۴)
ترس از ارزیابی منفی	پیش‌آزمون ۲۵/۶ (۱۰/۲)	۲۷/۷ (۱۰/۶)
	پس‌آزمون ۱۳/۱ (۸/۷)	۱۳/۶ (۶/۷)
مقیاس هراس اجتماعی	پیش‌آزمون ۲۷/۹ (۸/۳)	۳۰ (۷/۶)
	پس‌آزمون ۱۶/۹ (۵/۴)	۱۳/۱ (۴/۸)

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در مورد متغیر اضطراب اجتماعی، آزمون ام باکس اجرا گردید که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس

شاخص	Box's M	آزمون F	df1	df2	سطح معناداری
مقادیر	۲۶/۴	۱/۴	۱۵	۳۰۲۳	۰/۱۳

نتایج آزمون ام باکس که  $f$  آن در سطح  $p=0/13$  نشان‌دهنده عدم تفاوت معنادار بوده است، مبین برقراری مفروضه مانکوا که مربوط به همگنی ماتریس واریانس، کواریانس می‌باشد، برقرار است.

به‌منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش، ابتدا آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) به‌منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و مقایسه دو گروه مورد مطالعه در ترکیب خطی متغیرهای اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، کانون توجه اجرا گردید. بدین منظور متغیر گروه درمان به‌عنوان متغیر مستقل و اندازه‌های پیش‌آزمون مقیاس‌های SPIN، BFNE-II، خرده مقیاس FAQself، به‌عنوان متغیرهای همپراش (کووریت) و اندازه‌های



پس آزمون SPIN، BFNE-II، خرده مقیاس FAQself، به عنوان متغیرهای وابسته وارد فرایند تحلیل گردیدند.

به منظور بررسی تفاوت روش های درمانی در هر یک از متغیرهای وابسته، آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره انجام گردید. نتایج تحلیل کواریانس نمرات ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در دو گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان بین فردی در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. تحلیل کواریانس نمرات توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی در دو گروه درمان شناختی- رفتاری و درمان بین فردی، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
عامل گروهی	توجه متمرکز بر خود	۳/۱۹	۰/۰۹	۰/۱۲	۰/۴
	ترس از ارزیابی منفی	۰/۱۴	۰/۷۱	۰/۰۰۶	۰/۰۶

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیره نشان می دهد که با وجود تفاوت معنادار بین میانگین نمرات پس آزمون دو گروه مورد مطالعه بین اثربخشی درمان بین فردی و درمان شناختی- رفتاری در متغیر توجه متمرکز بر خود ( $f=19/3$ ,  $p=0/09$ )، توجه متمرکز بر بیرون ( $f=33/1$ ,  $p=0/26$ ) و ترس از ارزیابی منفی ( $f=14/0$ ,  $p=0/071$ ) تفاوت معناداری مشاهده نشد (جدول ۵).

### بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان بین فردی و درمان شناختی- رفتاری بر مؤلفه های شناختی اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج به دست آمده از مطالعه حاضر نشان داد که تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان بین فردی در کاهش نشانه های توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی وجود ندارد و به عبارت دیگر درمان بین فردی می تواند به اندازه درمان

شناختی-رفتاری نشانه‌های توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی را در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی کاهش دهد.

برای اطمینان از اعتبار مقایسه روش‌های درمانی شناختی-رفتاری و بین فردی، سعی شد تا درمانگران یکسانی هر دو گروه را هدایت نمایند. همچنین درمانگران IPT و CBT دو روش درمانی مذکور را تحت نظر متخصصین مجرب آموزش دیدند و جلسات درمانی را منطبق با راهنماهای درمانی ویژه اختلال هراس اجتماعی برگزار کردند. این نخستین مطالعه‌ای است که نشان داد IPT به‌اندازه CBT در کاهش نشانه‌های شناختی هراس اجتماعی اثربخش است، از این‌رو، حمایت بیشتری برای تأثیر این درمان فراهم نمود. پیش‌از این بورگی و همکاران (۲۰۰۸) اثربخشی درمان بین فردی و درمان شناختی در قالب بستری را بر ترس از ارزیابی منفی مقایسه نموده‌اند و نشان دادند که هر دو درمان بهبود معناداری را در نمرات ترس از ارزیابی منفی و نیز سایر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی بیماران ایجاد کرده و هیچ تفاوت معناداری بین میزان اثربخشی این دو درمان در ترس ارزیابی منفی وجود نداشته است. یافته‌های پژوهش حاضر همچنین همراستا با گزارش هوفارت و همکاران (۲۰۰۸) است که مطرح نمودند متغیرهای پیش بین بهبودی در درمان شناختی و درمان بین فردی مشابه است. فرایندهای تغییر در این دو رویکرد درمانی تفاوت معنی داری ندارند و در واقع مؤلفه‌های فعال درمان شناختی و درمان بین فردی اثر مشابهی بر این متغیرها دارند.

علاوه بر همخوانی با نتایج مطالعات پژوهشی که دال بر اثربخشی درمان بین فردی بر مؤلفه‌های شناختی هراس اجتماعی هستند، چنین اثربخشی با نظریه‌های مطرح در زمینه ایجاد و تداوم اضطراب اجتماعی نیز هماهنگ است. با وجود آنکه نظریه‌های بالینی کنونی، بر نقش سوگیری پردازش اطلاعات اجتماعی در تداوم اضطراب اجتماعی تأکید دارند (کلارک و ولز، ۱۹۹۵)، با این حال تأکید فزاینده‌ای نیز بر نقش عوامل بین فردی در شروع

و تداوم این فرایندهای شناختی و به تبع آن اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد (آلدن<sup>۱</sup> و تایلور<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴).

با وجود اعتقاد نظریه پردازان بین فردی به این امر که رفتار نارسا کنش ور از محیط بین فردی بیمارگونه نشأت می گیرد، باین حال، آن‌ها متغیرهای شناختی را از نظر دور نداشته و بر این باورند که روابط اجتماعی، حس پایدار شخص از خویش را شکل می دهد و الگوهای معمول تعامل فرد، مورد تصفیه واقع شده و به شکل طرح‌واره‌های ارتباطی یا بازنمایی‌های شناختی ساخت می یابند. این طرح‌واره‌های ارتباطی روابط فرد با افراد مهم زندگی را به تصویر می کشند و در حافظه ذخیره می شوند (استراپ<sup>۳</sup> و بیندر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۴). همچنین در نظریات بین فردی تأکید شده است که افراد آن دسته از الگوهای تعاملی را برقرار می کنند که تلقی آن‌ها از خویشتن و تمایلات آن‌ها به پذیرش نقش‌های معین در روابط را تداوم بخشد. از سوی دیگر اصل نهایی و حیاتی در این نظریه‌ها آن است که الگوهای رفتار انتخابی افراد، واکنش‌هایی را در دیگران فرا می خواند که طرح‌واره ارتباطی موجود را تأیید می کنند. (کیسلر<sup>۵</sup>، ۱۹۸۳). با توجه به این اصول است که نظریه پردازان بین فردی مطرح می کنند که رفتار اجتماعی زمانی به بهترین وجه به تصویر کشیده می شود که در قالب یک چرخه از رویدادهای شناختی، هیجانی و رفتاری در نظر گرفته شود، چرخه‌ای که با یک شخص شروع می شود و واکنش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری مکمل را از سوی دیگران فرا می خواند. تبیین تأثیر درمان بین فردی بر متغیرهای شناختی با مراجعه به چرخه تعاملی مطرح در نظریه بین فردی امکان پذیر است. سرنخ‌های اجتماعی به آسانی الگوی تعاملی را در فرد به کار می اندازند و منجر به اجرای مجدد تجربه ارتباطی گذشته در قالب یک چرخه تعاملی خود - نگهدارنده می گردند (آلدن، ۲۰۰۵) زمانی که یک طرح‌واره ارتباطی به کار افتد و شخص در چرخه تعاملی درگیر باشد، گرایش به

- 
1. Alden, L.E.
  2. Taylor, C.T.
  3. Strupp, H.
  4. Binder, J.
  5. Kiesler, D.J.

ارزیابی مستقیم خویشتن دارد و این خود - ارزیابی‌ها ممکن است در چگونگی احساسات و رفتار او نقش داشته باشند.

جهت به کار بستن چارچوب بین فردی برای اضطراب اجتماعی، ابتدا این پرسش مطرح می‌شود که الگوهای ارتباطی غالب در میان افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی کدام‌اند؟ تحقیقات نشان داده‌اند که مشخصه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، تجربه ناهمخوانی بین خود واقعی و خودی است که آن‌ها معتقدند دیگران از آن‌ها انتظار دارند (هیگینز<sup>۱</sup>، کلین<sup>۲</sup> و استرومن<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵، به نقل از آلدن، ۲۰۰۵). بنابراین آن‌ها خیلی سریع احساس می‌کنند که دیگران نسبت به آن‌ها انتقادگر و خصمانه هستند. همین‌طور آن‌ها خودشان را از دیدگاه دیگران عجیب و غریب، کسل‌کننده یا احمق و معیوب ارزیابی می‌کنند. چنین تجاربی با احساسات منفی چون اضطراب اجتماعی، شرمساری و خجالت‌زدگی در ارتباط هستند و فعال‌سازی الگوی انتقادی - دفاعی اغلب منجر به ادراک‌های سوگیرانه از موقعیت‌های اجتماعی کنونی می‌گردد. زمانی که الگوی انتقادی - دفاعی ذخیره‌شده در حافظه فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی به واسطه سرنخ‌های اجتماعی فعال می‌شود، او وارد چرخه‌های تعاملی خود - نگهدارنده می‌شود و برای اینکه دیگران متوجه احساس بی‌کفایتی او نشوند و به منظور اجتناب از احساس تنش، اضطراب، پریشانی و شرمساری، به رفتارهای خود - حمایتگر مختلفی می‌پردازد. او موضع منفعلی را اتخاذ می‌کند، از ابراز آرزوها و احساسات خودداری می‌کند، اضطراب خود را پنهان می‌نماید و سعی می‌کند خودش را تا حد امکان در معرض توجه دیگران قرار ندهد، به‌منظور بررسی اینکه عملکرد یا ظاهرش برای دیگران قابل قبول هست یا نه، توجه خود را بر خویشتن متمرکز می‌کند، عملکرد اجتماعی آراسته‌ای را به نمایش می‌گذارد و به‌مجرد اینکه امکانش فراهم بشود خودش را کنار می‌کشد و از تماس آتی اجتناب می‌کند (آلدن، ۲۰۰۵)

- 
1. Higgins, E.T.
  2. Klein, R.
  3. Strauman, T.

طبق چرخه تعاملی، این رفتارها در مرحله بعد بر نحوه ادراک دیگران از فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی تأثیر می‌گذارد. نخست اینکه دیگران از خواسته‌ها و احساسات او ناآگاه نگه‌داشته می‌شوند و نمی‌توانند به خود واقعی او پاسخ دهند. دوم اینکه کاربرد رفتارهای خود - حمایت‌گرانه ممکن است باعث شود که فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی کناره‌گیری کند و بی‌علاقه به دیگران به نظر برسد و این علائم نیز ممکن است باعث شود که احساس طردشدگی و کسل‌کنندگی در دیگران ایجاد شود. بر اساس چنین تجاربی و به‌عنوان آخرین مرحله این چرخه تعاملی، دیگران ممکن است عقب‌نشینی کنند و فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی را طرد کنند. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به‌طور غیرعمدی موجب بروز واکنش‌هایی از سوی دیگران می‌شوند که به‌شدت از آن هراس دارند، مانند فقدان علاقه و گرمی و حتی ارزیابی منفی از سوی دیگران (آلدن، ۲۰۰۵). با در نظر داشتن این چرخه، نظریه‌پردازان بین فردی به طراحی درمان بین فردی به‌منظور تأثیر بر این چرخه تعاملی و کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی و از آن جمله مؤلفه‌های شناختی این اختلال پرداختند.

تفاوت‌های قابل‌ملاحظه‌ای در نحوه اثر و انتظارات از مراجع در CBT و IPT وجود دارد، به‌عنوان مثال در CBT، بیماران برای توانایی خود در به‌حداقل رساندن شدت و طول مدت عاطفه منفی از طریق استفاده از بازسازی شناختی مورد تشویق قرار می‌گیرند، اما در IPT، از بیماران خواسته می‌شود تا تجربه‌های عاطفی مربوط به تعاملات بین فردی را به‌صورت عمیق‌تری از CBT موردبحث و پردازش قرار دهند؛ بنابراین، درحالی‌که CBT بیماران را به‌واسطه تمرکز بر شناخت‌های حول تغییرات عاطفی ترغیب می‌کند، IPT بر نوسانات خلقی به‌خصوص نوساناتی که در ارتباط با عوامل استرس‌زای بین فردی رخ می‌دهد، تأکید می‌کند. (کلی<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). با وجود تفاوت‌هایی که میان CBT و IPT از لحاظ انتظارات درمانی (کلی و همکاران، ۲۰۰۷)، کانون تمرکز و فنون مورد استفاده (لیپسیتز و همکاران، ۱۹۹۷) وجود دارد، شباهت عمده‌ای در اثربخشی بر

---

1. Kelly M.A.R.

متغیرهای ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود دارند و به دنبال درمان بین فردی برای اختلال اضطراب اجتماعی، متغیرهای تمرکز بر خود، رفتارهای ایمنی‌بخش و برآورد احتمال و پیامد وقوع رویدادهای اجتماعی منفی نیز تغییر می‌کنند (هوفارت و همکاران، ۲۰۰۸). هوفارت و همکاران (۲۰۰۸) مطرح کردند که مؤلفه‌های فعال در درمان شناختی و درمان بین فردی اثر مشابهی بر مؤلفه‌های شناختی مذکور دارند. در واقع همان‌طور که درمان شناختی بر توجه متمرکز بر خود و رفتارهای ایمنی اثر می‌گذارد، اصل جایگزینی رفتارهای خودحمایت‌گرانه با رفتارهای خودافش‌گرانه و رفتارهای حاکی از تمایل به برقراری تماس در درمان بی فردی نیز توجه متمرکز بر خود و رفتارهای ایمنی را تحت تأثیر قرار می‌دهند (هوفارت و همکاران، ۲۰۰۸).

این پژوهش نشان داد که همانند درمان شناختی-رفتاری برای اضطراب اجتماعی که منجر به کاهش معنادار سوگیری توجه نسبت به تهدید می‌گردد (پیشیار<sup>۲</sup>، هریس<sup>۳</sup> و منزیس<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸) درمان بین فردی نیز قابلیت اصلاح و کاهش توجه متمرکز بر خود را دارد و با توجه به تأثیر غیرمستقیم درمان IPT بر طرح‌واره‌های بین فردی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، نقائص شناختی نیز در کنار سایر مؤلفه‌های اختلال اضطراب اجتماعی درمان می‌شوند.

اثربخشی درمان بین فردی در مؤلفه‌های شناختی اختلال اضطراب اجتماعی را می‌توان از منظر وجوه مشترک دو اختلال افسردگی و هراس اجتماعی نیز تبیین نمود. همان‌طور که واتسون<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۵) نشان داده‌اند، ویژگی‌های شناختی بین اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی مشترک هستند و هر دو اختلال با فرآیندهای نشخواری (کلارک و ولز، ۱۹۹۵)، نگرانی‌هایی در مورد پذیرش و جذابیت اجتماعی (آلن<sup>۶</sup> و

- 
1. Hoffart, A.
  2. Pishyar, R.
  3. Harris, L. M.
  4. Menzies, R. G.
  5. Watson, D.
  6. Allen, N.B.

بد کوک<sup>۱</sup>، (۲۰۰۳)، طرح‌واره‌های بین فردی (واتسون و همکاران، ۲۰۰۵) در ارتباط هستند. لری<sup>۲</sup> و کووالسکی<sup>۳</sup> (۱۹۹۵) نیز نشان می‌دهند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی نسبت به کفایت اجتماعی خود دیدگاهی منفی دارند و معتقدند که دیگران نیز در چنین ارزیابی هم عقیده هستند. تعداد فزاینده‌ای از مطالعات اخیر این نظریه را تأیید نموده‌اند (هنریچز<sup>۴</sup> و هافمن، ۲۰۰۱؛ اسپار و استوپا، ۲۰۰۲). این یافته‌ها حاکی از شباهت‌های این دو اختلال در محتوای طرح‌واره‌های مربوط به خود می‌باشد (مینکا<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۸). با توجه به این وجوه اشتراک و با توجه به اثربخشی قابل توجه درمان بین فردی بر علائم افسردگی، می‌توان مطرح نمود که بهبودی خلق افسرده و غمگین در اثر درمان بین فردی منجر به کاهش توجه متمرکز بر خود نیز می‌گردد، زیرا مطابق ادبیات پژوهشی، خلق غمگین در مقایسه با خلق عادی، توجه متمرکز بر خود را افزایش می‌دهد و بسیاری از حالات عاطفی توسط رویدادهای بین فردی ایجاد می‌شوند (پارکینسون<sup>۶</sup>، ۱۹۹۷). از این رو می‌توان گفت که تعدیل چرخه بین فردی و به تبع آن درمان افسردگی و هراس اجتماعی در انتقال فواید درمانی به علائمی چون توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی نقش دارند.

مطالعه حاضر چندین محدودیت داشت: محدود بودن نمونه موردبررسی به دانشجویان دختر ممکن است تعمیم یافته‌های آن به سایر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، شامل بیماران جنس مذکر و به‌ویژه بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روان‌درمانی را که از علائم شدیدتر و اختلالات همراه بیشتر رنج می‌برند، محدود نماید. از این رو تکرار مطالعه حاضر در جامعه بالینی می‌تواند مقایسه بهتر نتایج و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را امکان‌پذیر نماید. همچنین عدم ارزیابی پیگیری یک‌ساله جهت مقایسه نرخ تداوم بهبودی در دو روش درمانی محدودیت دیگر این مطالعه است و انجام آن در مطالعات متعاقب

- 
1. Badcock, P.B.T.
  2. Leary, M.R.
  3. Kowalski, R.M.
  4. Heinrichs, N.
  5. Mineka, S.
  6. Parkinson, B.

امکان اظهار نظر قطعی در مورد پایداری اثرات درمانی دو روش CBT و IPT را فراهم می‌نماید. از آنجا که در این پژوهش، صرفاً از روش درمان گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود مقایسه اثربخشی IPT و CBT در قالب درمان‌های انفرادی نیز مورد بررسی قرار گیرد.

### نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج مطالعه حاضر نشان داد که CBT و IPT به یک اندازه در کاهش نشانه‌های شناختی هراس اجتماعی مؤثر هستند. با توجه به اینکه IPT به اندازه درمان مبتنی بر شواهد شناختی رفتاری در کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود اثربخش است، لذا می‌توان در شرایطی که درمان بین فردی تناسب و امکان اجرای بیشتری دارد مانند مواردی که نقص عملکرد اجتماعی و شناختی خفیف‌تر است، از این درمان جهت کاهش علائم هراس اجتماعی به‌ویژه ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود استفاده کرد.



## منابع

- عبدی، محمد. (۱۳۸۲). سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به هراس اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان‌پزشکی تهران.
- هاشمی نصرت اباد، تورج؛ محمود علیلو، مجید؛ قلی زاده، اعظم. (۲۰۱۷). اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مدل هافمن بر کاهش ترس از ارزیابی منفی و توجه متمرکز بر خود در اختلال اضطراب اجتماعی. *روان‌شناسی بالینی*، ۹(۱)، ۱۰۱-۱۱۰.
- American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Author, Washington, DC.
- Alden, L. E. & Taylor, C. T. (2004). Interpersonal perspectives on social phobia. Special Issue. *Clinical Psychology Review*, 24, 857-882.
- Alden, L.E. (2005). *interpersonal perspectives on social phobia*. In: W.R. Crozier, L.E. Alden) Ed.). The essential handbook of social anxiety for clinicians. England, Chichester: John Wiley & Sons.
- Allen, N.B., Badcock, P.B.T. (2003). The social risk hypothesis of depressed mood: evolutionary, psychosocial, and neurobiological perspectives. *Psychol Bull*, 129, 887-913.
- Beidel, D.C., Turner, S.M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohn, C., Aderka, I. M., Schreiber, F., Stangier, U., & Hofmann, S. G. (2013). Sudden gains in cognitive therapy and interpersonal therapy for social anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(1), 177.
- 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.
- Browning, M., Holmes, E. A., & Harmer, C. J. (2010). The modification of attentional bias to emotional information: A review of the techniques, mechanisms, and relevance to emotional disorders. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 10(1), 8-20.
- Carleton, R. N., McCreary, D. R., Norton, P. J., & Asmundson, G. J. G. (2006). Brief fear of negative evaluation scale-revised. *Depression and Anxiety*, 23, 297-303.
- Carleton, R. N., Teale Sapach, M. J., Oriet, C., & LeBouthillier, D. M. (2017). Online attention modification for social anxiety disorder:

- replication of a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 46(1), 44-59.
- 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 [ed]. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York, NY: Guilford Press.
- 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.
- Heinrichs, N., Hofmann, S.G. (2001). Information processing in social phobia: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 21, 751-770.
- Hirsch, C.R., Clark, D.M. (2004). Information-processing bias in social phobia. *Clinical Psychology Review*, 24, 799-825.
- Hofmann, S.G. (2000). Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 717-725.
- 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. 454-477). New York: The Guilford Press.
- Hoffart, A., Borge, F. M., Sexton, H., & Clark, D. M. (2009). Change processes in residential cognitive and interpersonal psychotherapy for social phobia: A process-outcome study. *Behavior Therapy*, 40(1), 10-22.
- 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.
- Kelly M.A.R., Cyranowski J.M., Frank, E. (2007). Sudden gains in interpersonal psychotherapy for depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2563-2572.
- Leary, M. R., & Kowalski, R. M. (1995). *Social anxiety*. New York: Guilford Press.
- Ledley, D.R., Heimberg, R.G., Hope, D.A., Hayes, S.A., Zaider, T.I., Van Dyke, M., 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.
- 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.]
- 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.

- Lipsitz, J.D., Gur, M., Vermes, D., Petkova, E., Cheng, J., Miller, M., Laino, J., Liebowitz, M.R., Fyer, A.J. (2008). Randomized trail of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25, 542-553.
- Lundh, L. G., & Öst, L. G. (2001). Attentional bias, self-consciousness and perfectionism in social phobia before and after cognitive-behaviour therapy. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 30(1), 4-16.
- McEvoy, P.M., Perini, S.L. (2009). Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 519-528.
- McManus, F., Clark, D. M., Grey, N., Wild, J., Hirsch, C., Fennell, M., ... & Manley, J. (2009). A demonstration of the efficacy of two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 496-503.
- 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.
- Mörtberg, E., Hoffart, A., Boecking, B., & Clark, D. M. (2015). Shifting the focus of one's attention mediates improvement in cognitive therapy for social anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(1), 63-73.
- Musa, C.Z., Lepine, J.P. (2000). Cognitive aspects of social phobia: a review of theories and experimental research. *Europian Psychiatry*, 15, 59-66.
- Parkinson, B. (1997). Untangling the appraisal-emotion connection. *Personality and Social Psychology Review*, 1, 62-79.
- Pineles, S. L., & Mineka, S. (2005). Attentional biases to internal and external sources of potential threat in social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 314-318.
- Pishyar, R., Harris, L.M., & Menzies, R.G. (2008). Responsiveness of measures of attentional bias to clinical change in social phobia. *Cognition and Emotion*, 22, 1209-1227.
- Roth, D.A. & Heimberg, R.G. (2001). Cognitive-behavioural models of social anxiety disorder. *Sychiatric Clinics of North America*, 24, 753-771.
- Spurr, J.M., Stopa, L. (2002). Self -focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 22, 947-975.
- Stopa, L. & Clark, D.M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behavioural Research and Therapy*, 31, 255-267.
- Strupp, H., & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a New Key*. New York: Basic Books.

- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522–536.
- Tobon, J. I., Ouimet, A. J., & Dozois, D. J. (2011). Attentional bias in anxiety disorders following cognitive behavioral treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(2), 114-129.
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: the role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.
- Wittchen, H.U., Stein, H.B. & Kessler, R.C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors, and comorbidity. *Psychol M*, 29, 309–323.
- Woody, S. R. (1996). Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 61-69.
- 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.

**استناد به این مقاله:** طاوولی، آزاده، اللهیاری، عباسعلی، آزاد فلاح، پرویز، فتحی آشتیانی، علی. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان بین فردی و درمان شناختی- رفتاری بر کاهش توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی، *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۴۲)، ۲۳-۵۰.

DOI: 10.22054/JCPS.2021.55203.2438



Clinical Psychology Studies is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.