

مقایسه ی اثربخشی تکنیک های حساسیت زدایی تدریجی، جرات آموزی و ترکیب آنها در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی

دکتر حسن توزنده جانی^۱؛ دکتر حمید نجات^۲

و نسرین کمال پور^۳

این پژوهش، به منظور مقایسه ی اثربخشی تکنیک های حساسیت زدایی تدریجی، جرات آموزی و ترکیب آنها (در مقایسه با گروه کنترل) در درمان اختلال هراس اجتماعی انجام شده است. بدین منظور نمونه ای به حجم ۳۲ نفر از افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی (۱۸ تا ۲۳ ساله) از بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، پیام نور و فردوسی نیشابور انتخاب و به صورت تصادفی جایگزینی در چهار گروه درمان و کنترل کاربندی شدند. به منظور جمع آوری اطلاعات، از مصاحبه بالینی و پرسشنامه های خودسنجی استفاده شد سپس، داده ها با استفاده از تحلیل واریانس یک عاملی و آزمون تعقیبی توکی مورد تحلیل قرار گرفت. نتایج، نشان داد که روش های درمان حساسیت زدایی تدریجی، جرات آموزی و ترکیب آنها فقط در دوره درمان موثر بوده و بعد از درمان از اثربخشی آنها کاسته شده است. همچنین، روش ترکیبی، نسبت به دو روش دیگر در متغیرهای پژوهش، اثربخشی بیشتری داشته است.

واژه های کلیدی: حساسیت زدایی، جرات آموزی، اختلال هراس اجتماعی موثر

مقدمه

اختلال هراس اجتماعی^۴ از جمله اختلال های اضطرابی (اختلال اضطراب اجتماعی)^۵ است که در آن اضطراب، در برخی موقعیت های معین و یا در برابر اشیا خاص (خارج از وجود بیمار) در حالی که معمولاً خطرناک نیستند، بروز می کند. در نتیجه، فرد از این موقعیت ها و اشیا به طور جدی اجتناب نموده و یا با اضطراب شدید آنها را تحمل می کند. ترس از تحقیر و شرمساری در حضور

۱- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور

۲- استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان

۳- کارشناس روان شناسی بالینی و کارشناسی ارشد IT

4- social phobia disorder
5- social anxiety

دیگران علامت اصلی این اختلال است (توزنده جانی، ۱۳۷۴). این اضطراب بیشتر در روابط بین فردی ایجاد می شود، اما با هر علتی که ایجاد شود موجب کاهش کارآمدی و بازداری مهارتهای اجتماعی می شود، حتی در مواردی که فرد مهارت اجتماعی بالایی دارد (دیویدسون^۱، ۲۰۰۰).
مقابله با هراس اجتماعی می تواند در بهبود عملکرد افراد و کاهش اضطراب موقعیتی آنها اهمیت فراوانی داشته باشد. هراس اجتماعی، به عنوان تجربه ی ناراحت کننده ی اضطراب در حضور دیگران تعریف می شود (ولیمینگ و انگلس^۲، ۱۹۸۱؛ به نقل از فوآ^۳ و همکاران، ۱۹۹۸).
هایمبرگ و یاستر^۴ (۲۰۰۳) گزارش دادند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی، علیرغم تمایل به شروع و ادامه تعامل اجتماعی، به علت نداشتن مهارتهای اجتماعی لازم و یا به دلیل خجالتی بودن نمی توانند تعامل اجتماعی مناسبی داشته باشند و بنابراین گوشه گیر می شوند.
درمان هایی که بیشترین اثربخشی را بر روی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی داشته اند، انواع شیوه های رفتار درمانی هستند که در دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ ابداع شده اند و محور اصلی آنها مواجهه با عامل ترسناک است (گریست^۵، ۲۰۰۴). زمینه ی نظری درمان بیماری مبتلا به هراس، به ویژه هراس اجتماعی، شیوه های رفتار درمانی است که مستقیماً از یافته های روان شناختی تجربی، بخصوص کارهای ولپی^۶ (۱۹۶۱ - ۱۹۸۵) درباره ی حساسیت زدایی منظم، حاصل شده است.
حساسیت زدایی منظم بر این فرض استوار است که اکثر رفتارهای ناهنجار، اکتسابی هستند، در نتیجه هر آنچه را که فرا گرفته ایم می توانیم از یاد ببریم و به جای آن واکنشهای سازگارتری را فرا گیریم. در روش حساسیت زدایی منظم، محرکی را که مولد اضطراب است در شرایط آرمیدگی عضلانی به تدریج به فرد مضطرب ارایه می کنند و این کار تا آنجا ادامه می یابد که فرد بتواند محرک مولد اضطراب را از طریق نزدیک شدن به شی ترسناک، به صورت مواجهه ی تدریجی (مرحله به مرحله) تحمل نماید. بنابراین، در طول درمان از بیمار خواسته می شود که به طور مکرر با اشیا و موقعیت های ترسناک تماس حاصل کند و این تماس آنقدر ادامه یابد تا ترس کاهش یابد و مواجهه دور باطلی را که نشانه ها را حفظ می کند شکسته و یادگیری جدید را تسهیل نماید (سالکوسکیس و جیکس^۷، ۱۹۹۹). استراس^۸ (۲۰۰۵) آموزش کنترل اضطراب را یک جز اصلی

1- Davidson

2- Vleeming & Engeles

3- Foa

4- Heimberge & Juster

5- Greist

6- Wolpe

7- Salkoveskis & Jakes

8- Struss

درمان رفتاری در اختلالات اضطرابی معرفی می کند. پژوهش های متعددی (برای مثال، کاسیوب^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ هایمبرگ و بارلو^۲، ۲۰۰۶؛ برنستین^۳ و همکاران، ۱۹۹۶؛ ویلموت^۴، ویلموت^۴، ۲۰۰۲؛ ریگرز^۵ و فوآ، ۱۹۹۹؛ استراس، ۲۰۰۵؛ هرسن و بلاک^۶، ۱۹۹۸؛ هیوز^۷، ۲۰۰۵؛ ۲۰۰۵؛ بلک برن^۸ و دیویدسون، ۱۹۹۷؛ آیزنگک^۹، ۱۹۹۱؛ به نقل از ترنر و بیدل^{۱۰} (۱۹۹۸) نیز اثر بخشی روش حساسیت زدایی تدریجی را مورد تایید قرار داده اند. در حال حاضر روش حساسیت زدایی تدریجی برای رفع پاره ای از اختلالات، به ویژه برای اختلالات هراس بزرگسالان، بسیار مفید است.

در مطالعه ی شرمین^{۱۱} (۱۹۷۲) که در رابطه با دانشجویان مبتلا به هراس انجام گرفت مشخص شد که برخورد تدریجی با موقعیت ترس آور واقعی، باید در ضمن حساسیت زدایی انجام گیرد، نه در پایان آن. بنابراین، بسیاری از درمانگران و درمانجویان تشویق می شوند تا قبل از پایان دوره ی حساسیت زدایی خود را در برخورد با شرایط طبیعی امتحان کنند (به نقل از ماهر، ۱۳۷۰).

نوع دیگری از رفتار درمانی پیشنهاد شده برای هراس اجتماعی، جرات آموزی^{۱۲} با روش چند محتوایی است که اولین بار سالتر^{۱۳} آن را مورد استفاده قرار داد. ولپی و لازاروس^{۱۴} (۱۹۶۶) جرات آموزی را به همان شیوه ی آرمیدگی تفسیر کردند و اصل درمانی موثر را همان بازداری متقابل اضطراب در نظر گرفتند (به نقل از ویلموت، ۲۰۰۲).

گروهی از محققان (برای مثال، املکامپ^{۱۵}، ۱۹۹۸؛ فوآ و کوزاک^{۱۶}، ۱۹۹۶؛ مایکن بام^{۱۷}، ۱۹۸۴؛ سالکوسکیس، ۱۹۹۸؛ راجمن^{۱۸} و همکاران، ۱۹۹۳؛ هرسن و بلاک، ۱۹۹۸) یک برنامه ی چندعاملی را پیشنهاد کرده اند که شامل آموزش مهارت های اجتماعی یا جرات آموزی، حساسیت زدایی در واقعیت و تخیل و نیز درمان های شناختی است. هیوز (۲۰۰۵) درمان های شناختی - رفتاری را (که شامل راهنمایی کردن، الگوسازی، کنترل همایند، تمرین های منظم و روش عقلانی - عاطفی الیس است) به عنوان یک روش خودکنترلی برای تشخیص شناختهای ناسازگارانه ای که

1-Caciopp

2-Barlow

3-Brehestien

4-Wilimuth

5-Riggs

6-Hersen & Bellack

7-Hughes

8-Belackbrn

9-Eysenck

10-Turner & Beidel

11-Sherman

12-assertive training

13-Salter

14-Lazarus

15-Emekamp

16-Kozak

17-Mainkenbaum

18-Rachman

منجر به فشارهای هیجانی می شوند در نظر می گیرد و آنها را به عنوان مولفه های اصلی مداخله های درمانی افراد مبتلا به هراس اجتماعی، تلقی می کند.

آیزنک (۱۹۹۱) نیز روش کاهش اضطراب را پیشگیری از پاسخ متقابل در نظر می گرفت که مبتنی بر روش جرات آموزی بود. او معتقد بود که پاسخ های ابراز وجود، باعث بازداری متقابل اضطراب می شوند. بنابراین، سوال و مساله ی اساسی پژوهش حاضر، این است که چگونه می توان با استفاده از تکنیک های حساسیت زدایی تدریجی، جرات آموزی و ترکیب آن ها، مبتلایان به هراس اجتماعی را درمان کرد و یا در کاهش اضطراب موقعیتی آنها موفق شد.

روش

جامعه ی آماری، نمونه و روش نمونه گیری

جامعه ی آماری این پژوهش، دانشجویان دختر ۱۷ الی ۲۳ ساله (تعداد ۲۷۵۰ نفر) رشته های تحصیلی مختلف، مانند آموزش ابتدایی، ادبیات فارسی، ریاضی، علوم تجربی، معارف اسلامی، پرستاری و مامایی دانشگاه آزاد اسلامی، دانشگاه پیام نور و دانشگاه فردوسی نیشابور هستند که در سال تحصیلی ۸۵-۸۴ در مقطع کاردانی و کارشناسی مشغول به تحصیل بودند. از این جامعه افرادی که بر اساس نمرات پرستنامه مشکوک به هراس اجتماعی بودند استخراج و توسط روان شناس در مورد دارا بودن ملاکهای تشخیصی هراس اجتماعی (بر طبق DSM-IV و ICD-10) مورد تشخیص قرار گرفتند. در مجموع ۳۲ دانشجوی دختر (۱۸ تا ۲۳ ساله، مجرد و متأهل) انتخاب و به صورت جایگزینی تصادفی در چهار گروه قرار داده شدند.

شیوه اجرا

به دنبال تکمیل پرستنامه های خودسنجی و مصاحبه ی تشخیصی، هر یک از آزمودنیها به صورت انفرادی مورد پیش آزمون قرار می گرفت. سپس هر گروه به طور جداگانه و به صورت گروهی در معرض متغیر مستقل قرار داده می شدند. برای گروه درمان با شیوه ی حساسیت زدایی تدریجی، گروه درمان با شیوه جرات آموزی و گروه درمان ترکیبی (حساسیت زدایی تدریجی و جرات آموزی) در هر هفته دو جلسه ی یک ساعته تشکیل می شد، اما برای گروه کنترل هیچگونه مداخله ی درمانی صورت نمی گرفت. روش های درمان به صورت گروهی اجرا می شد. تعداد جلسات درمانی برای هر گروه ۱۳ تا ۱۵ جلسه بود که در پایان دوره درمان آزمودنیها مورد پس

آزمون قرار می گرفتند. همچنین، پس از سه ماه (دوره پیگیری) مجدداً ارزیابی های اولیه انجام می شد.

ابزار

در این پژوهش، مقیاس اضطراب (زونگ)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (واتسون و فرند)، مقیاس فشار و اجتناب اجتماعی (واتسون و فرند) و پرسشنامه‌ی جرات آموزی (گمبیل و ریچی) برای بررسی میزان بروز رفتار و درجه‌ی ناراحتی، مورد استفاده قرار گرفتند که ضرایب پایانی و اعتبار آنها در حد قابل قبولی گزارش شده است. همچنین، در اواسط درمان، مقیاس ارزیابی درمانگر برای بررسی یکی بودن رفتار درمانگر با درمانجویان توسط آنها تکمیل شد.

یافته‌ها

بر اساس الگوی پژوهش و به منظور آزمون فرضیه‌ها، روش آماری تجزیه و تحلیل واریانس لیندکویست مورد استفاده قرار گرفت. بدین منظور، ابتدا میانگین های نمرات افتراقی (\bar{D}) پیش آزمون و پس آزمون و سپس میانگین نمرات افتراقی پس آزمون و آزمون پیگیری چهار گروه پژوهش در متغیرهای مورد نظر بررسی شد.

به منظور بررسی این که درمان ترکیب حساسیت زدایی تدریجی و جرات آموزی، نسبت به هر یک از روش های درمان به تنهایی (در مقایسه با گروه کنترل) در کاهش سطح اضطراب مبتلایان به هراس اجتماعی موثرتر است. تحلیل واریانس یک عاملی مورد استفاده قرار گرفت. خلاصه‌ی این نتایج در جدول شماره ۱ ارایه شده است.

جدول ۱: خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش آزمون و پس آزمون آزمودنیها در

پرسشنامه‌ی اضطراب زونگ

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
بین گروهی	۱۲۶۹/۴۸	۳	۴۲۳/۱۶	۱۳/۷۵	۰/۰۰۱
درون گروهی	۹۸۴/۳۹	۳۲	۳۰/۷۶		
کل	۲۲۵۳/۸۷	۳۵	۳۴۰		

$$F_{0/01}(3 \text{ و } 32) = 4/51$$

از آن جا که F محاسبه شده (۱۳/۷۵) از $F_{0/01}$ با درجه ی آزادی ۳۲ و ۴/۵۱) بزرگتر است نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد اثر بخشی درمان ترکیبی در کاهش اضطراب آزمودنیها تایید می شود. به منظور مقایسه ی میانگینها با یکدیگر، از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج نشان می دهد که میانگین نمره ی آزمون اضطراب زونگ در گروه درمان ترکیبی پایین تر از سه گروه دیگر است. بنابراین، کاربرد تکنیکهای حساسیت زدایی تدریجی و جرات آموزی به صورت ترکیبی در کاهش نشانه های اضطرابی آزمودنیها نسبت به هر یک از درمانها به تنهایی و همچنین در مقایسه با گروه کنترل موثرتر بوده است. در واقع از آن جا که F محاسبه شده (۱/۱۱) از $F_{0/01}$ با درجه آزادی ۳۲ و ۴/۵۱) کوچکتر است، می توان گفت که اثرات درمانی پایدار نبوده اند.

به منظور بررسی این که ترکیب حساسیت زدایی تدریجی و جرات آموزی، نسبت به هر یک از روش های درمان به تنهایی (در مقایسه با گروه کنترل) در کاهش ترس از ارزیابی منفی مبتلایان به هراس اجتماعی موثرتر است، تحلیل واریانس یک عاملی مورد استفاده قرار گرفت. خلاصه ی این نتایج در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه ی نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش آزمون و پس آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	p
				بین گروهی	۱۲۲۰/۹۵
درون گروهی	۱۳۹/۹۳	۳۲	۴		
کل	۱۳۶۰	۳۶	۳۴۰		

$$F_{0/01}(3 \text{ و } 32) = 4/51$$

از آن جا که F محاسبه شده (۱۰۱) از $F_{0/01}$ با درجه ی آزادی ۳۲ و ۴/۵۱) بزرگتر است بنابراین نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد اثر بخشی تکنیکهای درمانی، در کاهش ترس از ارزیابی منفی آزمودنیها رد نمی شود. به منظور مقایسه ی میانگینها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج آزمون توکی نشان می دهد که میانگین نمره ی پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی در گروه درمان ترکیبی پایین تر از سه گروه دیگر (۴/۱۴) است. بنابراین، کاربرد ترکیب

تکنیک های درمانی F در کاهش ترس از ارزیابی منفی آزمودنی ها نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی و همچنین درمقایسه با گروه کنترل موثرتر بوده است. از سوی دیگر، در مقایسه میانگین ها، F محاسبه شده (۱/۹۳) از $F_{0/01}$ با درجه ی آزادی ۳۲ و ۳ (۴/۵۱) کوچکتر است، بنابراین نتیجه می گیریم که اثرات درمانی چندان پایدار نبوده اند.

به منظور بررسی این که ترکیب حساسیت زدایی تدریجی و جرات آموزی، نسبت به هر یک از روش های درمان به تنهایی (در مقایسه با گروه کنترل) در کاهش فشار و اجتناب اجتماعی مبتلایان به هراس اجتماعی موثرتر است، تحلیل واریانس یک عاملی مورد استفاده قرار گرفت. خلاصه ی این نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: خلاصه ی نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه ی فشار و اجتناب اجتماعی سه گروه درمان و گروه کنترل

	F	p	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
بین گروهی	۸۷/۲۶	۰/۰۰۱	۳۳۵/۹۸	۳	۱۰۰۷/۹۵	بین گروهی
درون گروهی	۳/۸۵			۳۲	۱۲۳/۳۸	درون گروهی
کل				۳۶	۱۱۳۱/۳۳	کل

از آن جا که F محاسبه شده (۸۷/۲۶) از $F_{0/01}$ با درجه آزادی ۳۲ و ۳ (۴/۵۱) بزرگتر است، نتیجه می گیریم که ادعای محقق در مورد اثر بخشی تکنیکهای درمانی در کاهش فشار و اجتناب آزمودنیها تایید می شود. به منظور مقایسه ی میانگین ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج آزمون توکی نشان می دهد که میانگین نمره ی پرسشنامه ی فشار و اجتناب اجتماعی در گروه درمان ترکیبی پایین تر از سه گروه دیگر (۴/۵۱) است. بنابراین، کاربرد تکنیک های درمانی به صورت ترکیبی در کاهش فشار و اجتناب اجتماعی آزمودنی ها نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی، و هم چنین درمقایسه با گروه کنترل موثرتر بوده است. از سوی دیگر، در مقایسه ی میانگین ها، F محاسبه شده (۳/۸۵) از $F_{0/01}$ با درجه ی آزادی ۳۲ و ۳ (۴/۵۱) کوچکتر است. بنابراین، اثرات تکنیک های درمانی در دوره ی پیگیری پایدار نمانده اند.

به منظور بررسی این که ترکیب حساسیت زدایی تدریجی و جرات آموزی، نسبت به هر یک از روش های درمان به تنهایی (در مقایسه با گروه کنترل)، در رفتار جرات آموزی (درجه ی

ناراحتی) مبتلایان به هراس اجتماعی موثرتر است، تحلیل واریانس یک عاملی مورد استفاده قرار گرفت. خلاصه ی این نتایج در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: خلاصه ی نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه ی جرات آموزشی (درجه ی ناراحتی) در سه گروه درمان و گروه کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه ی آزادی	میانگین مجذورات	F	p
بین گروهی	۸۵۷۵/۸۵	۳	۲۸۵۸/۶۱	۱۲۳/۳۷	۰/۰۰۱
درون گروهی	۷۴۷/۶۳	۳۲	۲۳/۳۶		
کل	۹۳۲۳/۴۸	۳۶			

از آن جا که F محاسبه شده (۱۲۳/۳۷) از ۰/۰۱ با درجه ی آزادی ۳ و ۳۲ (۴/۵۱) بزرگتر است نتیجه می گیریم که اثربخشی تکنیکهای درمانی در جرات آموزشی (درجه ی ناراحتی) آزمودنیها تایید می شود. به منظور مقایسه میانگینهای فوق از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. نتایج آزمون توکی نشان می دهد که میانگین نمره ی پرسشنامه جرات آموزشی (درجه ناراحتی) در گروه درمان ترکیبی، پایین تر از سه گروه دیگر (۰/۶) است. بنابراین، کاربرد تکنیک های درمانی به صورت ترکیبی در رفتار جرات مندانه (درجه ی ناراحتی) آزمودنی ها نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی و هم چنین در مقایسه با گروه کنترل، موثرتر بوده است. از سوی دیگر، در مقایسه ی میانگین ها، F محاسبه شده (۱/۳۳) از ۰/۰۱ با درجه ی آزادی ۳ و ۳۲ (۴/۵۱) کوچکتر است بنابراین اثرات تکنیک های درمانی در دوره پیگیری پایدار نبوده اند.

به منظور بررسی این که ترکیب حساسیت زدایی تدریجی و جرات آموزشی نسبت به هر یک از روش های درمان به تنهایی (در مقایسه با گروه کنترل) در افزایش رفتار جرات مندانه (بسامد یا نرخ بروز رفتار) در مبتلایان به هراس اجتماعی موثرتر است، تحلیل واریانس یک عاملی مورد استفاده قرار گرفت. خلاصه ی این نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

از آنجا که F محاسبه شده (۱۸۲/۶۱) از ۰/۰۱ با درجه آزادی ۳ و ۳۲ (۴/۵۱) بزرگتر است آزمون تعقیبی توکی نشان می دهد که میانگین نمره ی پرسشنامه جرات آموزشی (میزان بروز رفتار) در گروه درمان ترکیبی پایین تر از سه گروه دیگر (۴/۱۴) است. بنابراین، کاربرد تکنیک های

درمانی به صورت ترکیبی، در افزایش رفتار جرات مندانه (میزان بروز رفتار) آزمودنی ها نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی و هم چنین در مقایسه با گروه کنترل، موثرتر بوده است. از سوی دیگر، در مقایسه ی میانگین ها، F محاسبه شده (۱/۳۹) از $F_{0/01}$ با درجه ی آزادی ۳۳ و ۳ (۴/۵۱) کوچکتر است، پس اثرات تکنیک های درمانی در دوره پیگیری پایدار نبوده اند.

جدول ۴: خلاصه ی نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش آزمون و پس آزمون پرسشنامه ی

جرات آموزی (میزان بروز رفتار) در سه گروه درمان و گروه کنترل

	P	F	میانگین	درجه	مجموع	منبع تغییرات
			مجذورات	آزادی	مجذورات	
بین گروهی	۰/۰۰۱	۱۸۲/۶۱	۵۶۷۳/۷۹	۳	۱۷۰۲۱/۳۸	بین گروهی
درون گروهی			۳۱/۰۷	۳۲	۹۹۴/۵۱	درون گروهی
کل				۳۶	۱۸۰۱۵/۸۹	

بحث و نتیجه گیری

دیدیم، درمان هایی که بیشترین اثربخشی را بر روی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی داشته اند انواع شیوه های رفتار درمانی هستند که در دهه ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ ابداع شده اند و محور اصلی آنها مواجهه با عامل ترسناک است (گریست، ۲۰۰۴) و زمینه ی نظری درمان بیماری مبتلا به هراس، به ویژه هراس اجتماعی، شیوه های رفتار درمانی است که مستقیماً از یافته های روان شناختی تجربی بخصوص کارهای ولپی (۱۹۶۱ - ۱۶۸۵) درباره ی حساسیت زدایی منظم، حاصل شده است.

نتایج این پژوهش نیز، بیانگر این است که درمان ترکیبی در مقایسه با دو روش حساسیت زدایی تدریجی و جرات آموزی، به تنهایی (در مقایسه با گروه کنترل) در کاهش علائم وابسته به اختلال هراس اجتماعی دارای اثربخشی بیشتری بوده و این یافته ها، نتایج یکسانی با پژوهشهای گذشته همانند، کاسیوپ و همکاران، ۲۰۰۱؛ هایمبرگ و بارلو، ۲۰۰۶؛ ترنر و بیدل، ۲۰۰۳؛ ریگز^۱ و فوآ، ۱۹۹۹؛ استراس، ۲۰۰۵؛ هرسن و بلاک، ۱۹۹۸؛ هایمبرگ و یاستر ۲۰۰۳ هیوز، ۲۰۰۳، کسب کرده است.

نتایج مربوط به ارزیابی های دوره ی پیگیری، نشان دهنده ی آن است که، روشها از پایداری لازم

برخوردار نبوده اند. این امر با استناد به یافته های پژوهشهای دیگر، لزوم به کارگیری روشهای شناختی را، در ترکیب با این درمانها مطرح می سازد (هرسن و بلک، ۱۹۹۸؛ هیوز، ۲۰۰۳؛ دیویدسون، ۲۰۰۰؛ توزنده جانی، ۱۳۷۴).

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان می دهد که روشهای حساسیت زدای تدریجی، جرات آموزی و ترکیب آنها، روشهای موثری برای کاهش علائم اضطرابی اختلال هراس اجتماعی هستند (املکامپ، ۱۹۹۸؛ فوآ و کوزاک، ۱۹۹۶؛ مایکن بام، ۱۹۸۴؛ سالکوسکیس، ۱۹۹۹؛ استراس، ۲۰۰۵؛ هایمرگ و بارلو، ۲۰۰۶؛ راجمن و همکاران، ۱۹۹۳). چون حساسیت زدایی تدریجی و جرات آموزی یک درمان چند محوری است که اجزای آن همگی از روشهایی تشکیل شده اند که در کاهش علائم اضطرابی بر اساس نظریه بازداری متقابل موثرند، زیر بنای روشهای جرات آموزی و حساسیت زدایی تدریجی نوعی روش رویارویی است که ممکن است در ابتدا و در چند جلسه سطح علائم اضطرابی را افزایش دهد، اما با گذشت زمان و به تدریج با تکرار، باعث کاهش علائم اضطرابی می شود، و این روش ها و فنون فوق به یک جامعه و فرهنگ خاص اختصاص ندارند و می توان آنها را در جوامع مختلف بکار برد.

منابع

- توزنده جانی، حسن (۱۳۷۴). شناخت درمانی افسردگی و اضطراب. مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- جرالد سی. دیوسیون؛ مارونی آر. گلد فرید. رفتار درمانی بالینی. ترجمه ماهر، فرهاد (۱۳۷۰).
- مشهد: انتشارات آستان قدس رضوی.
- Belackburn, M. & Davidosn, K. (1997). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. London: black well scientific publications.
- Caciopp., J.T. Glass, C. R & Merluzzi T.V. (2001). Self statement and self evaluation a cognitive response. *Analysis modification de Conducta*, vol (20), 325-334.
- Dividson, J.R.T. (2000). *Social anxiety disorder under scrutiny*. Depression and anxiety, 11,93-98.
- Emmelkamp, P. Visser S. & Hoekstra, R. (1998). Cognitive therapy VS exposure invivo in the treatment of obsessive-compulsive. *Cognitive and Therapy Research*, vol 12 (1), pp. 103-114.

- Eysenck, H. J. (1991). *A model for personality*. New york: springer verlage.
- Foa, E. B., & Kozk, M. J., Steketee, G. S. & McCarthy, P. R. (1999). Imipratmine and behavior therapy in the treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms. Immediate and long term effect. *British journal of clinical psychology*, vol. 31, pp,249-292.
- Gerist, I. (2004). An integrate approach to treatment of obsessive compulsive disorder. *Jojournal of clinical psychiatry*, vol 53 (suppl), PP, 38-41.
- Heimberg, R. G., Barlow, D. H. (1991). New development in cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Journal of clinical psychiatry*, 52,21-30.
- Herson, M. & Bellack, A. S (1998). *Handbook of clinical behavior therapy with adults*. New york: pleum press.
- Hughes, Jan. (2005). *Cognitive behavior therapy with in social* . pregamon press.
- Jenilk, M. (1998). New development in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of clinical psychiatry*, vol 55(10,supple), pp , 1-5.
- Meichenbaum, D. (1984). *Therapists manual for cognitive behavior modification*. Un Published manuser: pt, university of waterloo, Ontario N21 3G1 , Canada .
- Rachman , S., Hodson, R. & Marks , J. M. (1993). The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modeling and flootding in vivo. *Behavior Research and Therapy*, vol. 11. 463-471
- Salkovskis, P & Jacks, I. (1998). Cognivite behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *behavioral research and therapy*, vol 27 (6), pp,677-684.
- Struss, C. C. (2005). Behavioral assessment and treatment of over anxious disorder in children and adolescents. *Behavior modification*, 13, 324-251.
- Turner, S. M. & Beidel, D. C. (2003). *Treating obsessive-compulsive disorder*, new york: pergman press, Inc.
- Wilmuth, M. (2002). Cognitive-behavioral and insight-oriented psychotherapy of and eleven - years old boy with obsessive-compulsive disorder. *American journal of psychiatry*, vol. 42(3) pp,472-478.

Wolpe, J, & Lang., P. J (1982). After schedule for use in behavioral therapy behavior research and therapy, 2, 27-30.