

اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب در درمان مردان مبتلا به هراس اجتماعی

مصطفی محمودی قهساره^(۱)، دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شهرباف^(۲)،
دکتر محمود دهقانی^(۳)، دکتر حسین حسن‌آبادی^(۴)

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب در درمان مردان مبتلا به هراس اجتماعی بود. **روش:** این پژوهش روی شش مرد جوان مبتلا به هراس اجتماعی که با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند، در چهارچوب طرح تجربی تک‌موردی، با استفاده از خط پایه چندگانه به صورت پلکانی، طی ۲۰ جلسه برای هر مراجع، همراه با پیگیری سه‌ماهه، انجام شد. از مصاحبه بالینی ساختاریافته بر مبنای *DSM-IV* (*SCID*) برای گزینش آزمودنی‌ها و از مقیاس ارزیابی عملکرد کلی (*GAF*) و پرسشنامه هراس اجتماعی (*SPIN*) برای ارزیابی شرایط بالینی افراد استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها روش تحلیل نگاره‌ای، معناداری بالینی، درصد بهبود و شاخص‌های شش‌گانه کارایی به کار رفت. **یافته‌ها:** روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب توانست هراس اجتماعی مراجعان را کاهش دهد (۶۶ درصد بهبودی) که تا پایان دوره پیگیری سه‌ماهه باقی بود (۶۷ درصد بهبودی). نمرات مراجعان بر اساس *SPIN* پیش از مداخله بالاتر از نقطه برش (نمره ۱۹) بود، اما پس از مداخله و دوره پیگیری به کمتر از نقطه برش رسید. همچنین در پایان درمان و دوره پیگیری نمره *GAF* مراجعان از ۵۱ تا ۶۰ به ۷۱ تا ۸۰ افزایش یافت. **نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب، با تمرکز بر تعارضات هیجانی، ممکن است بر درمان مبتلایان به هراس اجتماعی مؤثر باشد.

کلیدواژه: روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت؛ روش تنظیم‌کننده اضطراب؛ هراس اجتماعی

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۲/۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۸]

مقدمه

مختلف عملکردی فرد، مانند پیشرفت تحصیلی و عملکرد شغلی و اجتماعی، می‌شود (۱، ۵، ۶). مطالعات متعددی در مورد درمان هراس اجتماعی با روش‌های روان‌درمانی روان‌پویشی^۲ صورت گرفته است (۷-۹). در روان‌درمانی روان‌پویشی، ریشه اختلالات روانی تعارضات هیجانی^۳ فرض می‌شود که از تجربیات اولیه فرد برمی‌خیزد. تعارضات هیجانی باعث می‌شود فرد برای کاهش اضطراب ناشی از نهاد^۴ و فرامن^۵ از احساسات واقعی بگریزد و از شیوه‌های

هراس اجتماعی^۱ ترس آشکار و پایدار از حضور در موقعیت‌ها یا فعالیت‌های اجتماعی است که در آنها ممکن است فرد با اشخاص ناآشنا مواجه شود یا دیگران او را زیر نظر داشته باشند (۱). این اختلال از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی و سومین اختلال شایع روانپزشکی در نوجوانی و بزرگسالی است (۴-۱). تداوم این اختلال، در صورت درمان نشدن، موجب کاهش کیفیت زندگی و اختلال در ابعاد

^(۱) کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد. مشهد، میدان آزادی، دانشگاه فردوسی مشهد. دورنگار: ۰۵۱۱-۳۸۸۰۳۰۰۰ (نویسنده مسئول)
E-mail: mstfmahmoudi@yahoo.com ^(۲) دکترای روانشناسی، استاد دانشگاه فردوسی مشهد؛ ^(۳) دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران؛ ^(۴) دکترای مشاوره، استادیار دانشگاه فردوسی مشهد.

1- social phobia
2- psychodynamic psychotherapy
3- emotional conflicts
4- id
5- superego

پلکانی انجام شد (۲۲). جامعه آماری این پژوهش دانشجویان پسر مبتلا به هراس اجتماعی دانشگاه فردوسی مشهد بودند که برای درمان به کلینیک روانشناسی بالینی و مشاوره دانشجویی مراجعه کرده بودند. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از تشخیص قطعی هراس اجتماعی بر مبنای معیارهای چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV)^۲ (۲۳) در پرونده بیمار و تأیید تشخیص با مصاحبه بالینی ساختاریافته بر مبنای DSM-IV (SCID)^۳ (۲۴)، دامنه سنی بین ۲۲ تا ۳۰ سال، نمره بالاتر از ۵۰ در مقیاس ارزیابی عملکرد کلی (GAF)^۴ و مدت ابتلای حداقل پنج سال. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از اختلالات روانی جدی و مشکل‌زا در محورهای I و II، افکار جدی در مورد خودکشی و سابقه رفتارهای خشونت‌آمیز و سابقه دارودرمانی و روان‌درمانی. برای دستیابی به نمونه‌های واجد شرایط، ابتدا مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور I و مقیاس ارزیابی عملکرد کلی (GAF) برای گزینش بیماران مناسب برای مداخله روان‌پویشی توسط روانشناس اجرا شد. برای جلوگیری از سوگیری‌های احتمالی، تشخیص به فرد دیگری غیر از پژوهشگر واگذار شد. همچنین برای جلوگیری از همبود هراس اجتماعی با سایر اختلالات روانپزشکی، افرادی که تشخیص اصلی آنها هراس اجتماعی بود، انتخاب شدند. به گزارش روانشناس، یکی از بیماران دچار اختلال افسرده‌خویی و دو نفر دیگر نیز دچار اختلال شخصیت (یک مورد اختلال شخصیت وسواسی-جبری و یک مورد اختلال شخصیت اجتنابی) همراه با هراس اجتماعی بودند؛ اما هیچ‌کدام سابقه درمان دارویی روانپزشکی نداشتند. روند ورود مراجعان به درمان، طبق اصول طرح‌های تجربی تک‌آزمودنی با روش پلکانی، بدین صورت بود: مراجعان در مرحله خط پایه، پس از مصاحبه بالینی تشخیصی و ارزیابی عملکرد کلی، پرسشنامه هراس اجتماعی^۵ (SPIN) را تکمیل کردند. اجرای این آزمون به منظور سنجش مکرر در جلسات اول، پنجم، دهم، پانزدهم و بیستم تکرار شد. سپس مراجع اول وارد طرح درمان شد. در جلسه دوم مراجع اول،

غیرانطباقی استفاده کند (۷، ۱۰). بر اساس این فرض، هراس اجتماعی نیز نتیجه تعارضات هیجانی ناشی از تجارب طرد، جدایی و ناسازگاری در روابط با افراد مهم زندگی (والدین، مراقبان، خواهرها و برادرها و مانند آنها) است (۱۱). در نتیجه، فرد به دلیل ترس از طرد یا عمل متقابل از ابراز هیجاناتی مثل اضطراب و خشم نسبت به برخی افراد اجتناب می‌کند (۱۲، ۱۳). مبتلایان به هراس اجتماعی بازنمایی درونی شده اولیه از شرم، نکوهش، تحقیر و طرد را بعدها به‌طور مکرر بر افراد مورد اجتناب فرافکنی می‌کنند (۹). از سوی دیگر، درمان‌های روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت مدعی هستند که برای غلبه و حل و فصل مشکلات ناشی از تعارضات هیجانی طراحی و تدوین شده‌اند (۷، ۱۰). در مطالعات متعددی اثربخشی روان‌درمانی‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت، همراه با ماندگاری طولانی، در درمان اختلالات روانی نشان داده شده است (۱۴-۱۶). روان‌درمانی با روش تنظیم‌کننده اضطراب^۱ از جمله روش‌های روان‌پویشی است که با حفظ چهارچوب رویکرد روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت، این رویکرد را با رویکردهای دیگر، مثل رویکردهای رفتاری، شناختی، گشتالت، مراجع محوری و نظریه‌های خود، دلبستگی و روابط شیء، یکپارچه می‌سازد تا به اهداف بازسازی دفاع‌ها، عواطف و دلبستگی دست یابد (۷، ۱۷). این روش با فنون مشخصی، همچون حساسیت‌زدایی تدریجی و تجسم هدایت‌شده، با دفاع‌ها و هیجانات بیمار برخورد می‌کند. در مجموع، این روش از یک رابطه همدلانه و مشارکتی برای بازسازی دفاع‌ها و اضطراب‌هایی استفاده می‌کند که احساسات واقعی نسبت به خود و دیگران را مسدود کرده‌اند. پژوهش‌های مختلفی در داخل و خارج از ایران اثربخشی معنادار این روش را نشان داده‌اند (۲۱-۱۸). با توجه به محدود بودن پژوهش‌ها در مورد اثربخشی روان‌درمانی‌های روان‌پویشی بر سیر هراس اجتماعی، خصوصاً در ایران، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب در درمان مردان مبتلا به هراس اجتماعی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر که با کد IRCT2013012212237N1 در سامانه کارآزمایی بالینی ایران (www.irct.ir) ثبت شده است، با طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه چندگانه به صورت

1- anxiety-regulating
2- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition
3- Structured Clinical Interview for DSM Disorders
4- Global Assessment of Functioning
5- Social Phobia Inventory

بیستم: بازآموزی مهارت در رابطه با خود و دیگران، به علاوه تمرکز بیشتر برای ایجاد تعادل با دیگران.

برای گردآوری داده‌ها ابزارهای زیر به کار رفت:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I (SCID):

این مصاحبه به گونه‌ای انعطاف پذیر انجام می‌شود و توسط فرست^۴ و همکاران تهیه شده است (۲۵). ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها با این روش ۰/۶۰ گزارش شده است (۲۶). شریفی و همکاران، پس از ترجمه این مصاحبه به زبان فارسی، توافق تشخیص این روش را برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب (بالا تر از ۰/۶۰) گزارش کردند (۲۷). کاپای مجموع برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمد.

مقیاس ارزیابی عملکرد کلی (GAF): این مقیاس از جمله مقیاس‌های DSM-IV در محور V است که در آن درمانگر در مورد سطح عملکرد کلی بیمار در یک دوره زمانی خاص قضاوت می‌کند. مقیاس ارزیابی عملکرد کلی سطح عملکرد فرد را از لحاظ نقاط قوت و همچنین آسیب‌پذیری در سه زمینه عمده عملکرد اجتماعی، شغل و روانی به صورت یک طیف سلامت روانی از نمره ۱ تا ۱۰۰ نشان می‌دهد (۷). در بررسی اعتبار بازآزمایی GAF، ضریب همبستگی بین طبقه‌ای ۰/۶۱ تا ۰/۹۱ گزارش شد (۲۸). نمرات GAF ارتباط بالایی با ارزیابی نشانگان و رفتار اجتماعی داشته و پایایی بین ارزیاب‌ها در این مقیاس بسیار خوب ($r=0.76$) بوده است (۲۹).

پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN): این پرسشنامه توسط کانر^۵ و همکاران، به منظور ارزیابی هراس اجتماعی، تهیه شد (۳۰). این ابزار با دارا بودن ویژگی‌های باثبات روان‌سنجی، ابزار معتبری برای سنجش شدت علائم هراس اجتماعی، غربالگری تشخیصی و ارزیابی پاسخ به درمان در اختلال هراس است (۳۱). پایایی SPIN با روش بازآزمایی در گروه‌های دچار هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده است. نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌های دارای تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی تفاوت معناداری داشته است (۳۰). نقطه

مراجع دوم، در جلسه سوم مراجع اول، مراجع سوم، در جلسه چهارم مراجع اول، مراجع چهارم، در جلسه پنجم مراجع اول، مراجع پنجم و در جلسه ششم مراجع اول، مراجع ششم وارد طرح درمان شدند. به منظور رعایت مسایل اخلاقی، از مراجعان رضایت کتبی آگاهانه گرفته شد و به آنها اطمینان داده شد که در قبال خدمات روانشناختی هزینه‌ای دریافت نمی‌شود و نتایج پژوهش بدون ذکر نام افراد گزارش خواهد شد. به این افراد گفته شد که در صورت نیاز به سایر روش‌های درمانی، آنها ارجاع خواهند شد. مراجعان برای امضای این رضایت‌نامه اختیار کامل داشتند.

پس از انتخاب نمونه‌های واجد شرایط، درمان بر اساس کتاب‌های تغییر منش^۱ (۷) و راهنمای روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت تنظیم‌کننده اضطراب^۲ (۱۷) و تجربه درمانگر، به مدت ۲۰ جلسه برای هر مراجع، اجرا شد. درمانگر پیش از این پژوهش، پس از گذراندن یک دوره روانکاوی تحلیلی، کارگاه روان‌درمانی تحلیلی و کارگاه‌های روان‌درمانی روان‌پویایی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب مک‌کالو^۳ در دو دوره مقدماتی و پیشرفته، تجربه بیش از پانصد ساعت درمان با رویکرد روان‌پویایی تحت نظارت راهنما (سوپروایزر) را در کلینیک روانشناسی بالینی و مشاوره دانشجویی دانشگاه فردوسی مشهد به صورت کارآموزی داشت. در مدت این پژوهش نیز عملکرد درمانگر به صورت ویدیویی، تحت نظارت راهنما (م. د.؛ عضو هیأت علمی انستیتو روانپزشکی تهران) ضبط و بررسی شد. خلاصه محتوای اجرایی جلسات درمان، به ترتیب اولویت، از این قرار بودند: جلسه اول: شروع درمان با یک مشکل خاص؛ جلسه دوم به بعد: شناسایی فویبای عاطفه زیربنایی و چک کردن پاسخ‌های فویبک؛ جلسه چهارم به بعد: کاوش اضطراب‌هایی که منجر به فویبک شدن عواطف می‌شوند؛ جلسه هفتم به بعد: شناسایی دفاع‌های غیرانطباقی و تشخیص فویبای اجتنابی از احساسات واقعی؛ جلسه نهم به بعد: رهاسازی دفاع‌های غیرانطباقی؛ جلسه دوازدهم به بعد: تقویت انگیزه بیمار برای رویارویی با فویبای عاطفه؛ جلسه چهاردهم به بعد: تجربه عاطفه خاموش شده با حساسیت‌زدایی از فویبای عاطفه؛ جلسه پانزدهم به بعد: مواجهه با فویبای عاطفه؛ جلسه شانزدهم به بعد: تنظیم اضطراب در مدت مواجهه؛ جلسه هفدهم به بعد: ابرازگری عاطفه به صورت ابراز انطباقی احساسات، خواسته‌ها و نیازها در روابط با درمانگر و دیگران؛ جلسه هجدهم تا

1- Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment

2- Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy

4- First

3- McCullough

5- Connor

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شش مراجع را نشان می‌دهد. **جدول ۲** نشان‌دهنده سطوح GAF پیش از مداخله، پس از مداخله و دوره پیگیری سه‌ماهه است. سطوح GAF هر شش مراجع پیش از مداخله ۵۱ تا ۶۰ ارزیابی شد و پس از مداخله GAF آنها بین ۷۱ تا ۸۰ برآورد شد. در دوره پیگیری نیز سطوح GAF برای هر شش مراجع ۷۱ تا ۸۰ بود. با توجه به نتایج این داده‌ها، میزان بهبود در پایان مداخله برای مقیاس GAF، ۳۶ درصد محاسبه شد که در پایان دوره سه‌ماهه پیگیری حفظ شده بود. در **جدول ۳** نمرات و درصد بهبود مراجعان در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) آمده است. درصد بهبود در پایان جلسه بیستم، برای شش مراجع، به ترتیب، ۶۴، ۶۸، ۵۸، ۷۰، ۶۸ و ۶۶ بود و بهبود کلی ۶۶ درصد محاسبه شد. همچنین شاخص درصد بهبود برای پیگیری سه‌ماهه این شش نفر نیز، به ترتیب، ۶۶، ۷۰، ۵۸، ۷۰، ۶۸ و ۶۹ بود. بهبود کلی پس از پیگیری سه‌ماهه ۶۷ درصد بود. نمرات همه مراجعان قبل از مداخله، بالاتر از نقطه برش ۱۹ بود و پس از مداخله نمرات مراجعان، به‌جز نمره مراجع سوم، به کمتر از نقطه برش کاهش یافت. نمره مراجع سوم نیز در سطح نقطه برش بود. همچنین تغییرات ایجادشده در دوره مداخله، پس از مداخله و در دوره پیگیری سه‌ماهه حفظ شده و حتی در اغلب موارد افزایش یافته بود (**شکل ۱**).

برش ۲۴، با حساسیت ۸۱ درصد، برای این مقیاس پیشنهاد شده است و با نقطه برش ۱۹ می‌توان ۷۹ درصد افراد مبتلا به هراس اجتماعی و بدون هراس اجتماعی را تشخیص داد (۲).

در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نگاره‌ای، معناداری بالینی، درصد بهبود و شاخص‌های شش‌گانه کارایی استفاده شد. در تحلیل نگاره‌ای که به صورت دیداری انجام می‌گیرد، از رسم نمودار استفاده می‌شود. به این صورت که نمرات به‌دست آمده در مراحل مختلف (خط پایه، در جریان درمان، انتهای درمان و پیگیری) در نمودار وارد می‌شود و فراز و فرود نمودار متغیر وابسته، مبنای قضاوت در مورد میزان تغییر است. فرمول درصد بهبود برای تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از طرح‌های تجربی تک‌موردی ارائه شده است. در این فرمول، نمره پیش‌آزمون را از نمره پس‌آزمون کم و حاصل آن را بر نمره پیش‌آزمون تقسیم می‌کنیم. بهبود ۵۰ درصد یا بیشتر براساس این فرمول معنادار است. معناداری بالینی نیز زمانی است که نمره پس از مداخله پایین‌تر از نقطه برش باشد (۲۲، ۳۳). همچنین در این پژوهش برای ارزیابی اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت از شش متغیر اینگرام، هیز و اسکات^۱، شامل اندازه تغییر^۲، کلیت تغییر^۳، عمومیت تغییر^۴، میزان پذیرش^۵، ایمنی^۶ و ثبات^۷ دستاوردهای درمان استفاده شد (۳۳).

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان

شماره مراجع	سن	تحصیلات	وضعیت اشتغال	وضعیت تأهل	مدت ابتلا
اول	۲۵	دانشجوی کارشناسی ارشد	شاغل + دانشجو	مجرد	۱۰ سال
دوم	۲۴	دانشجوی کارشناسی ارشد	شاغل + دانشجو	مجرد	۹ سال
سوم	۲۵	دانشجوی کارشناسی ارشد	شاغل + دانشجو	مجرد	۱۵ سال
چهارم	۲۲	دانشجوی کارشناسی	دانشجو	مجرد	۸ سال
پنجم	۲۴	دانشجوی کارشناسی ارشد	شاغل + دانشجو	مجرد	۱۰ سال
ششم	۲۴	دانشجوی کارشناسی ارشد	دانشجو	مجرد	۱۰ سال

جدول ۲- مقایسه نمرات مراجعان در فواصل ده نقطه‌ای مقیاس ارزیابی عملکرد کلی (GAF)

مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم	مراجع چهارم	مراجع پنجم	مراجع ششم
۵۱-۶۰	۵۱-۶۰	۵۱-۶۰	۵۱-۶۰	۵۱-۶۰	۵۱-۶۰
۵۱-۶۰	۵۱-۶۰	۵۱-۶۰	۵۱-۶۰	۵۱-۶۰	۵۱-۶۰
۷۱-۸۰	۷۱-۸۰	۷۱-۸۰	۷۱-۸۰	۷۱-۸۰	۷۱-۸۰
۳۶	۳۶	۳۶	۳۶	۳۶	۳۶
۳۶					
۷۱-۸۰	۷۱-۸۰	۷۱-۸۰	۷۱-۸۰	۷۱-۸۰	۷۱-۸۰
۳۶	۳۶	۳۶	۳۶	۳۶	۳۶
۳۶					

1- Ingram, Hayez and Scott
3- universality of change
5- acceptability
7- stability

2- magnitude of change
4- generality of change
6- safety

جدول ۳- نمرات و درصد بهبود مراجعان در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)

مراجع اول	مراجع دوم	مراجع سوم	مراجع چهارم	مراجع پنجم	مراجع ششم	
خط پایه اول	۴۴	۴۷	۴۵	۴۸	۴۸	
خط پایه دوم	۴۴	۴۶	۴۵	۴۸	۴۹	
جلسه اول	۴۳	۴۶	۴۴	۴۸	۴۹	
جلسه پنجم	۳۰	۳۴	۳۲	۳۵	۳۶	
جلسه دهم	۲۵	۲۷	۲۶	۲۷	۲۶	
جلسه پانزدهم	۲۱	۲۰	۲۳	۲۰	۲۱	
جلسه بیستم	۱۶	۱۵	۱۹	۱۴	۱۶	
درصد بهبود	۶۴	۶۸	۵۸	۷۰	۶۸	۶۶
درصد بهبود کلی						۶۶
پیگیری یک ماهه	۱۶	۱۴	۱۹	۱۳	۱۶	۱۵
پیگیری دو ماهه	۱۵	۱۴	۱۹	۱۴	۱۶	۱۵
پیگیری سه ماهه	۱۵	۱۴	۱۹	۱۴	۱۶	۱۵
درصد بهبود	۶۶	۷۰	۵۸	۷۰	۶۸	۶۹
درصد بهبود کلی						۶۷



شکل ۱- فرایند تغییر نمرات مراجعان در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)

بحث

و بزرگسالان هستند. پژوهش‌های متعددی ارتباط معناداری را بین سن و هراس اجتماعی نشان داده‌اند (۴-۲). همچنین با آنکه مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که هراس اجتماعی در زنان شایع‌تر است، در نمونه‌های بالینی عکس موضوع صادق است (۱). بدین معنا که علائم هراس اجتماعی ممکن است برای مردها نگران‌کننده‌تر باشد. شاید دلیل این موضوع نیاز سنتی مردان به جرأت‌مندی بیشتر باشد. همچنین به‌جز یک شرکت‌کننده (مراجع چهارم)، باقی شرکت‌کنندگان این پژوهش دانشجویان مقطع کارشناسی

این پژوهش با هدف بررسی کارایی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب در درمان مردان مبتلا به هراس اجتماعی صورت گرفت. شرکت‌کنندگان این پژوهش پسران ۲۲ تا ۲۶ ساله بودند. نداشتن گروه شاهد، محدود بودن دامنه سنی شرکت‌کنندگان و مرد بودن تمام آنها امکان تعمیم این نتایج به دامنه سنی پایین‌تر یا بالاتر یا سایر گروه‌های بیماران را محدود می‌کند. اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی در نوجوانان

ارشد بودند. هراس اجتماعی ممکن است پیشرفت تحصیلی را تحت تأثیر قرار دهد (۱، ۲). از این جهت، شاید شرکت بیشتر دانشجویان مقطع کارشناسی ارشد در این پژوهش را بتوانیم با ماهیت نظام آموزشی این مقطع، مبنی بر شرکت فعالانه در ارائه کنفرانس‌ها، سمینارها و بحث‌های کلاسی و داشتن جلسه دفاع از پروژه و پایان‌نامه، قابل تبیین بدانیم. در ادامه کارایی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب را با شش متغیر برای بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی اینگرم، هیز و اسکات (اندازه تغییر، کلیت تغییر، عمومیت تغییر، میزان پذیرش، ایمنی و ثبات دستاوردهای پژوهش) بررسی می‌کنیم.

الف. اندازه تغییر (علائم اختلال چقدر کاهش یافته‌اند؟)

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب حدود ۷۰ درصد از شدت هراس اجتماعی مراجعان کاسته است. هیلسنروث^۱ و همکاران میزان بهبود با روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت را ۶۰ درصد اعلام کردند (۳۴). همچنین میزان تغییرات بر اساس نقطه برش در پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) نیز به لحاظ بالینی معنادار محسوب می‌شود (۳۲). در پژوهش حاضر، نمرات تمام مراجعان در پرسشنامه هراس اجتماعی پیش از مداخله، بالای ۱۹ بود که، جز در یک مورد، پس از مداخله به کمتر از نقطه برش کاهش پیدا کرد. این روند در طول دوره پیگیری سه‌ماهه نیز حفظ شد. این یافته‌ها با پژوهش‌های دورنلاس^۲ و همکاران (۱۸)، اسکنج^۳ (۱۹) و دهقانی (۲۰) مبنی بر اینکه روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب می‌تواند تعارضات هیجانی را حل و فصل و اختلال روانی را به‌طور اثربخشی رفع کند، همسو است و با پژوهش‌های ویلتینگ^۴ و همکاران (۸)، نایجنیک^۵ و همکاران (۹) و ندر^۶ (۲۱) نیز مبنی بر اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر درمان هراس اجتماعی همخوانی دارد. پژوهش‌های دینر^۷ و همکاران (۳۵) و گرینبرگ^۸ و همکاران (۳۶) بهبود مؤثر توسط جلسات روان‌درمانی که روی ابراز و تجربه هیجان کار می‌کنند، را نشان داده‌اند. شاید این موضوع را بتوان به ماهیت روش تنظیم‌کننده اضطراب نسبت داد. در روان‌درمانی‌های روان‌پویشی هیجان‌محور، تعارضات هیجانی ریشه اختلالات روانی فرض می‌شود. یکی از اهداف روش تنظیم‌کننده

اضطراب مک کالو ابراز و تجربه هیجان‌ات سرکوب شده اولیه است. این روش با استفاده از فنون تجسم هدایت‌شده و حساسیت‌زدایی تدریجی به‌طور ملایم و همدلانه موجب می‌شود تا بیمار با تعارضات ناشی از روابط گذشته، حال و در ارتباط با درمانگر رویارو شود و با بازشناسی و تجربه عواطف فعال‌ساز و بازدارنده، تعارضات هیجانی‌اش را حل و فصل کند (۷). از آنجایی که مبتلایان به هراس اجتماعی به‌خاطر فرافکنی تجارب گذشته روی دیگران و به‌خاطر پرهیز از ترد، هیجان‌ات خود را سرکوب و از حضور فعال در جمع اجتناب می‌کنند، ابراز هیجان‌ات در فضای امن همراه با عدم احساس ترد از سوی درمانگر به بهبود مناسب این اختلال منجر شود.

ب. کلیت تغییر (چند درصد از شرکت‌کنندگان تغییر کرده‌اند؟)

نتایج پرسشنامه هراس اجتماعی در پایان مداخله و دوره پیگیری سه‌ماهه، کاهش معنادار علائم و نشانگان هراس اجتماعی در مورد همه مراجعان را نشان داد. مقایسه میزان بهبود مراجعان بر اساس پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN) و ارزیابی سطح عملکرد کلی (GAF) آنها، پیش و پس از مداخله، نشان می‌دهد که هر شش مراجع تغییر مثبتی داشته‌اند. با این حال، درصد بهبود مراجع سوم نسبت به مراجعان دیگر کمتر بود. بهبود این مراجع در پایان مداخله و انتهای دوره پیگیری سه‌ماهه، ۵۸ درصد بود و شدت هراس در او، بر اساس SPIN، مساوی با نقطه برش ۱۹ بود. عنوان شده است که افرادی که سال‌ها با علائم بالینی محور I دست‌وپنجه نرم کرده‌اند، از مشکلات خود سود زیادی می‌برند (۳۳). ممکن است بتوان بهبود نه‌چندان قابل توجه این مراجع که حدود ۱۵ سال به هراس اجتماعی مبتلا بود، را به این موضوع نسبت داد. علاوه بر این، شاید بتوان عزت نفس پایین و خودانتقادی بالای این مراجع را عامل تغییر اندک او دانست. طبق نظر هافمن^۹ و بارلو^{۱۰}، هراس اجتماعی با اختلال در خود ادراکی و عزت نفس پایین ارتباط دارد (۳۷) و پژوهش‌های تجربی کاکس^{۱۱} و همکاران نیز نشان داده‌اند که مشخصه این بیماران عزت نفس پایین و سطح بالای خودانتقادی است (۳۸).

1- Hilsenroth
3- Schanche
5- Knjnik
7- Diener
9- Hofmann
11- Cox

2- Dornelas
4- Wiltink
6- Nadr
8- Greenberg
10- Barlow

عملکرد درمانشان، این مداخله برای آنها سودمند بود و موجب گرفتاری و دردسر آنها نشد. اما بهتر است در پژوهش‌های آتی از ابزارهای عینی و استاندارد برای سنجش بهبود اختلالات همایند استفاده شود.

و. ثبات^۶ دستاوردهای درمان (دستاوردهای درمان چقدر دوام آورده‌اند؟)

نتایج دوره پیگیری سه‌ماهه بر اساس SPIN و نمرات GAF نشان‌دهنده ثبات تغییرات ایجادشده در مراجعان است. البته سه ماه زمان کوتاهی برای چنین ادعایی به نظر می‌رسد. این یافته با پژوهش‌های عباس و همکاران (۱۴)، کالستاد^۷ و همکاران (۱۵) و شدلر^۸ (۱۶)، مبنی بر اینکه روان‌درمانی‌های روان‌پویشی، علاوه بر بینش بالا و اثربخشی معنادار، موجب بهبود طولانی‌مدت مراجعان می‌شود، همسویی دارد. شاید بتوان یک دلیل برای تبیین ثبات چنین تغییراتی در طول زمان را به تحلیل احساسات سرکوب‌شده مراجعان از گذشته تا زندگی جاری و در رابطه با درمانگر در روند درمان نسبت داد. این روش از راه تجربه هیجانی اصلاح‌کننده موجب می‌شود تا بیمار در محیطی شایسته فرصت یابد با آنچه در طول زندگی از آن اجتناب کرده، روبه‌رو شود و شیوه‌های غیرانطباقی را که برای ارتباط با خود و دیگران استفاده می‌کرده، رها کند (۷). از این رو، پس از حل و فصل تعارضات هیجانی، بیمار می‌تواند بدون احساس طرد، در جمع حضور یابد و از فرافکنی هیجانانگیز گذشته‌اش به حال جلوگیری کند. در مجموع، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت با روش تنظیم‌کننده اضطراب ممکن است بتواند در درمان هراس اجتماعی اثربخشی باشد. با این حال، این پژوهش نیاز به تکرار دارد تا بهتر بتوان به نتایج آن اعتماد کرد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی نمونه‌های وسیع‌تری از بیماران در چهارچوب طرح‌های آزمایشی و شامل زنان مبتلا به هراس اجتماعی نیز انجام شود تا نتایج قابل اعتمادتری به دست آید.

سپاسگزاری

از زحمات سرکار خانم دکتر زهرا طیبی مدیریت محترم کلینیک روانشناسی بالینی و مشاوره دانشجویی دانشگاه

ج. عمومیت تغییر (در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است؟)

نمره‌های مراجعان در مقیاس ارزیابی عملکرد کلی (GAF) پیش و ابتدای مداخله در محدوده ۶۰-۵۱ قرار داشت. ارزیابی مجدد با نمرات همین مقیاس در پایان درمان و مرحله پیگیری سه‌ماهه، افزایش نمرات آنها در فاصله ۸۰-۷۱ را نشان داد. پژوهش‌های بیدل^۱ و ترنر^۲ (۵) و کروزیئر^۳ و آلدن^۴ (۶) نشان داد که ابعاد مختلفی از زندگی مبتلایان به هراس اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. طبق تعریف، هراس اجتماعی باعث اختلال عملکرد در حوزه‌های مختلف تحصیلی، بین فردی و شغلی می‌شود. به نظر می‌رسد با افزایش نمره GAF، در وضعیت عمومی مراجعان نیز تغییراتی صورت گرفته است. هرچند این میزان از لحاظ شاخص بهبود حدود ۳۶ درصد بوده است. این فاصله نشان‌دهنده کاهش نشانگان آسیب برای جمعیت غیربیمار است.

د. میزان پذیرش (افراد تا چه اندازه‌ای در فرایند درمان مشارکت کرده و آن را به پایان رسانده‌اند؟)

طبق نظر کزدین^۵ (۲۲)، ترک درمان را هم باید به‌عنوان یکی از متغیرهای درمان محاسبه کرد. آزمودنی‌های پژوهش حاضر تا پایان مرحله درمان و مراحل پیگیری، فرایند را ادامه دادند و شاید به همین دلیل بتوان قابلیت پذیرش این روش درمانی را مناسب دانست. روش تنظیم‌کننده اضطراب از جمله روش‌های درمانی یکپارچه است که با تنظیم اضطراب در زمان مواجهه با هیجانانگیز، به بازسازی دفاع‌ها، عواطف و دلبستگی می‌پردازد (۷، ۱۷). این ویژگی‌ها موجب انعطاف‌پذیری این روش درمانی می‌شود و رویکرد همدلانه آن نیز ممکن است برای مراجع جذابیت داشته باشد. اگرچه میزان پذیرش درمان در این پژوهش بسیار بالا بود، تعمیم این یافته به سایر مشکلات روان‌شناختی و حتی مشکلات مشابه تنها در سایه پژوهش‌های گسترده و دقیق‌تر امکان‌پذیر خواهد بود.

ه. ایمنی (آیا سلامتی روانی و جسمانی مراجعان بر اثر درمان بهبود داشته است؟)

نتایج ارزیابی شرکت‌کنندگان با SPIN، GAF و مصاحبه روانشناس در پایان درمان و دوره پیگیری سه‌ماهه نشان‌دهنده بهبود نسبی هراس اجتماعی و بالا رفتن سطح عملکرد کلی آنها است. طبق گزارش مکتوب هر شش مراجع از فرایند و

- protocol for a cluster-randomised controlled trial. *Trials*. 2011; 12:142-9.
9. Knijnik DZ, Blanco C, Salum GA, Moraes CU, Mombach C, Alamedia E, et al. A pilot study of clonazepam versus psychodynamic group therapy plus clonazepam in the treatment of generalized social anxiety disorder. *Eur psychiatry*. 2008; 23(8):567-74.
 10. Davanloo, H. Short-term dynamic psychotherapy. New York: Jason Aronson; 1980.
 11. Blatt SJ. Polarities of experience. Relatedness and self-definition in personality development, psychopathology, and the therapeutic process. Washington: American Psychological Association; 2008.¹
 12. Breen EW, Han S, Kashdan BT, Volkman RJ. Social anxiety and romantic relationships: The costs and benefits of negative emotion expression are context-dependent. *J Anxiety Disord*. 2007; 21(4):475-92.
 13. Sparrevoorn RM, Rapee RM. Self-disclosure, emotional expression and intimacy within romantic relationships of people with social phobia. *Behav Res Ther*. 2009; 47(12):1074-8.
 14. Abbass A, Hancock JT, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Sys Rev*. 2006; Issue CD 004687
 15. Kallestad H, Valen J, McCullough L, Svartberg M, Høglend P, Stiles TC. The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for cluster C personality disorders. *Psychother Res*. 2010; 20(5):526-34.
 16. Shedler J. The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *Am Psychol*. 2010; 65(2):98-109.
 17. McCullough L, Kuhn N, Andrews S, Kaplan A, Wolf J, Hurley CL. Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy. New York: Guilford Press; 2003.
 18. Dornelas E, Ferrand J, Stepnowski R, Barbagallo J, McCullough L. A pilot study of affect-focused psychotherapy for antepartum depression. *J Psychother Integr*. 2010; 20(4):346-82.
 19. Schanche E, Stiles TC, McCullough L, Svartberg M, Nielsen GH. The relationship between activating affects, فردوسی مشهد، سرکار خانم دکتر الیزابت اسکنجج از دانشگاه برگین¹ نروژ و کلیه درمانجویان محترمی که با مشارکت و همکاری خود در این پژوهش به افزایش دانش در مورد اثربخشی روان‌درمانی روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر درمان هراس اجتماعی کمک کردند، سپاسگزاری می‌شود. [این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است].
 - [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].
- منابع**
1. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2007.
 2. Ranta K, Kaltiala-Heino R, Rantanen P, Tuomisto MT, Marttunen M. Screening social phobia in adolescents from general population: The validity of the Social Phobia Inventory (SPIN) against a clinical interview. *Eur Psychiatry*. 2007; 22(4):244-51.
 3. Acarturk C, de Graaf R, van Straten A, Have MT, Cuijpers P. Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking: a population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008; 43(4):273-9.
 4. Talepasand S, Nokani M. Social phobia symptoms: prevalence and sociodemographic correlates. *Arch Iran Med*. 2010; 13(6):522-7.
 5. Beidel DC, Turner SM, Morris TL. Behavioral treatment of childhood social phobia. *J Consult Clin Psychol*. 2000; 68(6):1072-80.
 6. Crozier WR, Alden LE. The essential handbook of social anxiety for clinicians. England: John Wiley & sons; 2005
 7. McCullough Vaillant L. Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment. New York: Basic Books; 1997.
 8. Wiltink J, Ruckes C, Haselbacher A, Canterino M, Leichsenring F, Joraschky P, et al. Transfer of manualized short term psychodynamic psychotherapy (STPP) for social phobia into clinical practice: study

- inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy (Chic)*. 2011; 48(3):293-303.
20. Dehghani M. The efficacy of anxiety regulation short-term dynamic psychotherapy on the love trauma [dissertation]. [Tehran]: Tehran Psychiatry Institute; 2010. 130P.[In Persian]
21. Nadr Mohammadi Moghaddam M. Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy versus sertraline in reducing the symptoms of social phobia in Tehran University student [dissertation]. [Tehran]: Tehran Psychiatry Institute; 2013. [In Persian]
22. Kazdin AE. *Research design in clinical psychology*. Boston: Allyn and Bacon; 1992.
23. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth edition. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
24. Mohammad-khani P, Jahani Tabesh A, Tamanaie-far S. *Structured Clinical Interview for DSM-IV, Clinician Version*. Tehran: Faradid Publication; 2005. [In Persian]
25. First MB, Spitzer RL, Williams JB. *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version, administration booklet*. Washington: American Psychiatric Publications; 1997.
26. Tran GQ, Smith GP. Behavioral assessment in the measurement of treatment outcome. In Haynes SN, Heiby EM (Eds.). *Comprehensive handbook of psychological assessment*: New York: Wiley; 2004.
27. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and performance capabilities Persian version of structured diagnostic interview for DSM-IV. *Adv Cogn Sci*. 2005; 6(1-2):10-22. [In Persian]
28. Woldoff SB. Reliability of the global assessment of functioning scale [dissertation]. [Drexel]: Drexel University. 2004.
29. Startup M, Jackson MC, Bendix S. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry*. 2002; 41:417-22.
30. Connor KM, Davidson JR, ChurchillLE, Sherweed A, Foa EB. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Br J Psychiatry*. 2000; 176:379-86.
31. Afzali MH, Fathi-ashtiani A, Azad-fallah P. The study of defense styles & mechanisms in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and social phobia. *J Clin Psychol*. 2009; 1(1):79-93. [In Persian].
32. Abdi R. Effects of bias interpretation in social phobia patients [dissertation]. [Tehran]: Tehran Psychiatry Institute; 2003. 145P.[In Persian]
33. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. *Iran J Psychiatry*. 2011;16(4):420-31.
34. Hilsenroth MJ, Defife JA, Blagys MD, Ackerman SJ. Effects of training in short-term psychodynamic psychotherapy: Changes in graduate clinician technique. *Psychother Res*. 2006; 16(3):293-305.
35. Diener MJ, Hilsenroth MJ, Weinberger J. Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(6): 936- 41.
36. Greenberg LS, Auszra L, Herrmann IR. The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychother Res*. 2007; 17(4):482-93.
37. Hofmann SG, Barlow DH. Social phobia (social anxiety disorder). In: Barlow DH, editor. *Anxiety and Its Disorders: the Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. New York: Guilford Press; 2002. P.454-476.
38. Cox BJ, Fleet C, Stein MB. Self-criticism and social phobia in the US national comorbidity survey. *J Affect Disord*. 2004; 82(2):227-34.

Original Article

The Effectiveness of Anxiety-regulating Short-Term Dynamic Psychotherapy (STDP) on the Treatment of male patients with Social Phobia

Abstract

Objectives: The study goal was to investigate the effectiveness of anxiety-regulating short-term dynamic psychotherapy (STDP) in the treatment of male patients with social phobia. **Method:** The study was carried out over six young men with social phobia who were selected using purposeful sampling method, as a multiple baseline experimental single case study framework design, and 20 sessions for each patient accompanied with three months of follow-up. The Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) was used for patient selection and Global Assessment of Functioning (GAF) and Social Phobia Inventory (SPIN) for assessing clinical status of patients. Graphic analysis, clinically significance, improvement ratio, and six index efficacy scales were used for data analysis. **Results:** The anxiety-regulating STPD could decrease severity of social phobia (66% improvement) in which continued up to three months of follow-up period (67%). The patients' scores based on SPIN were higher than the cut-off point (score of 19), nonetheless decreased to lower than the cut-off after the intervention and follow-up. **Conclusion:** The anxiety-regulating STPD focusing over emotional conflicts, may be an effective treatment for patients with social phobia.

Key words: Short-Term Dynamic Psychotherapy, anxiety regulation, social phobia

[Received: 28 April 2013; Accepted: 9 September 2013]

Mostafa Mahmoudi Ghehsareh *,
Hamidreza Aghamohamadian Sherbaf^a,
Mahmoud Dehghani^b, Hosein
Hasanabadi^a

* Corresponding author: Ferdowsi University
of Mashhad, Mashhad, Iran, IR.

Fax: +98511-38803000

E-mail: mstfmahmoudi@yahoo.com

^a Faculty of Education & Psychology, Ferdowsi
University of Mashhad, Mashhad, Iran; ^b Tehran
Institute of Psychiatry- School of Behavioral
Sciences and Mental Health, Iran University of
Medical Sciences, Tehran, Iran

۱۲۰
|
120