

مقایسه‌ی اثربخشی تکنیک‌های حساسیت‌زدایی تدریجی، جرأت‌آموزی و ترکیب آن‌ها در درمان دانشجویان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی

دکتر حسن توزنده‌جانی

خلاصه

مقدمه: اختلال هراس اجتماعی از جمله اختلال‌های اضطرابی است که در آن اضطراب در برخی موقعیت‌های معین و یا در برابر اشیای خاصی (خارج از وجود بیمار) بروز می‌کند که اغلب خطرناک نیستند. در نتیجه، فرد از این موقعیت‌ها و اشیا به طور جدی اجتناب نموده، یا با اضطراب شدید آن‌ها را تحمل می‌کند.

روش‌ها: این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی بود که به منظور مقایسه‌ی اثربخشی تکنیک‌های حساسیت‌زدایی تدریجی، جرأت‌آموزی و ترکیب آن‌ها (در مقایسه با گروه شاهد) در درمان اختلال هراس اجتماعی انجام شد. بدین منظور، نمونه‌ای به حجم ۳۲ نفر از افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی (۱۸ تا ۲۳ ساله، مجرد و متأهل) از بین دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی، پیام نور و فردوسی نیشابور انتخاب شده، به صورت تصادفی جایگزینی در سه گروه درمان قرار گرفتند. گروه شاهد از بین دانشجویانی انتخاب شد که هیچ‌یک از ملاک‌های مربوط به هراس اجتماعی را نداشتند و هیچ‌گونه مداخله‌ی درمانی را دریافت نکردند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات لازم از مصاحبه‌ی بالینی و مقیاس اضطراب Zong، مقیاس ترس از ارزیابی منفی Watson و Friend، مقیاس فشار و اجتناب اجتماعی Watson و Friend و پرسش‌نامه‌ی جرأت‌آموزی Gambriel و Richiey برای بررسی میزان بروز رفتار و درجه‌ی ناراحتی استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس لیندکوئیست، تحلیل واریانس یک عاملی و آزمون تعقیبی توکی مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: درمان ترکیبی (حساسیت‌زدایی تدریجی و جرأت‌آموزی) بیشتر از هر یک به تنهایی در کاهش سطح اضطراب، کاهش ترس از ارزیابی منفی مبتلایان به هراس اجتماعی مؤثرتر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که روش‌های درمان حساسیت‌زدایی تدریجی، جرأت‌آموزی و ترکیب آن‌ها فقط در دوره‌ی درمان مؤثر 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.

واژگان کلیدی: اختلال هراس اجتماعی، حساسیت‌زدایی تدریجی، جرأت‌آموزی، درمان ترکیبی (حساسیت‌زدایی تدریجی و جرأت‌آموزی).

مقدمه

با هر علتی که ایجاد شود، موجب کاهش کارآمدی و بازدارندگی مهارت‌های اجتماعی می‌گردد؛ حتی در مواردی که فرد مهارت اجتماعی بالایی دارد (۲).

مقابله با هراس اجتماعی می‌تواند در بهبود عملکرد افراد و کاهش اضطراب موقعیتی آن‌ها اهمیت فراوانی داشته باشد. هراس اجتماعی به تجربه‌ی ناراحت‌کننده‌ی اضطراب در حضور دیگران تعریف می‌شود (۳). Heimberg و Barlow گزارش دادند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی، با وجود تمایل به شروع و ادامه‌ی تعامل اجتماعی، به علت نداشتن مهارت‌های

اختلال هراس اجتماعی (Social phobia disorder) از جمله اختلال‌های اضطرابی است که در آن اضطراب در برخی موقعیت‌های معین و یا در برابر اشیای خاص (خارج از وجود بیمار) بروز می‌کند که اغلب خطرناک نیستند. در نتیجه، فرد از این موقعیت‌ها و اشیا به طور جدی اجتناب نموده، یا با اضطراب شدید آن‌ها را تحمل می‌کند. ترس از تحقیر و شرمساری در حضور دیگران علامت اصلی این اختلال است (۱). این اضطراب اغلب در روابط بین فردی ایجاد می‌شود اما

^۱ استادیار روان‌شناسی، گروه علوم تربیتی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران.

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر حسن توزنده‌جانی

Email: h.toozandehjani@ymail.com

اجتماعی لازم و یا به دلیل خجالتی بودن، نمی‌توانند تعامل اجتماعی مناسبی داشته باشند و بنابراین گوشه‌گیر می‌شوند (۴).
درمان‌هایی که بیشترین اثربخشی را بر روی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی داشته‌اند، انواع شیوه‌های رفتار درمانی هستند که در دهه‌ی ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ ابداع شده‌اند و محور اصلی آن‌ها مواجهه با عامل ترسناک است (۵).
زمینه‌ی نظری درمان بیماری مبتلا به هراس، به ویژه هراس اجتماعی، شیوه‌های رفتار درمانی است که به طور مستقیم از یافته‌های روان‌شناختی تجربی، به خصوص کارهای Wolpe و Lang (۶) در بازه‌ی حساسیت‌زدایی منظم حاصل آمده است. این درمان بر این فرض استوار است که اکثر رفتارهای نابهنجار اکتسابی هستند. در نتیجه، هر آن چه را که فرا گرفته‌ایم، می‌توانیم از یاد ببریم و به جای آن واکنش‌های سازگارتری را یاد بگیریم. این امر از طریق نزدیک شدن به شیء ترسناک به صورت مواجهه‌ی تدریجی (مرحله به مرحله)، نه از طریق اجتناب کردن از آن حاصل می‌شود. بنابراین، در درمان از بیمار خواسته می‌شود که به طور مکرر با اشیا و موقعیت‌های ترسناک تماس حاصل کند و این تماس آن قدر ادامه یابد تا ترس کاهش یابد و مواجهه دور باطالی را، که نشانه‌ها را حفظ می‌کند، شکسته شود و یادگیری جدید را تسهیل نماید (۷).

نوع دیگری از رفتار درمانی پیشنهاد شده برای هراس اجتماعی، جرأت‌آموزی (Assertive training) با روش چند محتوایی است که اولین بار Salter آن را مورد استفاده قرار داد. ولپی و Lazarus، جرأت‌آموزی را به همان شیوه‌ی آرمیدگی تفسیر کردند و اصل درمانی مؤثر را همان "بازداری متقابل اضطراب" در نظر گرفتند (۱۰). گروهی از محققان مانند Emmelkamp و همکاران (۱۷)، Foa و همکاران (۳)، Meichenbaum (۱۸)، Salkovskis (۷) و Rachman و همکاران (۱۹) یک برنامه‌ی چند عاملی را پیشنهاد نمودند که شامل آموزش مهارت‌های اجتماعی یا جرأت‌آموزی، حساسیت‌زدایی در واقعیت و تخیل و نیز درمان‌های شناختی است.

Hughes (۱۲) درمان‌های شناختی- رفتاری را، که شامل راهنمایی‌کردن، الگوسازی، کنترل همایند، تمرین‌های منظم و روش عقلانی- عاطفی Elise می‌باشد، به عنوان یک روش خود کنترلی برای تشخیص شناخت‌های ناسازگارانه‌ای که منجر به فشارهای هیجانی می‌شوند، در نظر می‌گیرد و آن‌ها را به عنوان مؤلفه‌های اصلی مداخله‌های درمانی افراد مبتلا به هراس اجتماعی

اجتماعی لازم و یا به دلیل خجالتی بودن، نمی‌توانند تعامل اجتماعی مناسبی داشته باشند و بنابراین گوشه‌گیر می‌شوند (۴).

درمان‌هایی که بیشترین اثربخشی را بر روی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی داشته‌اند، انواع شیوه‌های رفتار درمانی هستند که در دهه‌ی ۱۹۶۰ تا ۱۹۷۰ ابداع شده‌اند و محور اصلی آن‌ها مواجهه با عامل ترسناک است (۵).
زمینه‌ی نظری درمان بیماری مبتلا به هراس، به ویژه هراس اجتماعی، شیوه‌های رفتار درمانی است که به طور مستقیم از یافته‌های روان‌شناختی تجربی، به خصوص کارهای Wolpe و Lang (۶) در بازه‌ی حساسیت‌زدایی منظم حاصل آمده است. این درمان بر این فرض استوار است که اکثر رفتارهای نابهنجار اکتسابی هستند. در نتیجه، هر آن چه را که فرا گرفته‌ایم، می‌توانیم از یاد ببریم و به جای آن واکنش‌های سازگارتری را یاد بگیریم. این امر از طریق نزدیک شدن به شیء ترسناک به صورت مواجهه‌ی تدریجی (مرحله به مرحله)، نه از طریق اجتناب کردن از آن حاصل می‌شود. بنابراین، در درمان از بیمار خواسته می‌شود که به طور مکرر با اشیا و موقعیت‌های ترسناک تماس حاصل کند و این تماس آن قدر ادامه یابد تا ترس کاهش یابد و مواجهه دور باطالی را، که نشانه‌ها را حفظ می‌کند، شکسته شود و یادگیری جدید را تسهیل نماید (۷).

Strauss آموزش کنترل اضطراب را یک جزء اصلی درمان رفتاری اختلال‌های اضطرابی معرفی می‌کند (۸). پژوهشگران متعددی مانند Caciopp و همکاران (۹)، Heimberg و Barlow (۴)، Wilmuth (۱۰)، Herson و Bellack (۱۱)، Hughes (۱۲)، Belackburn و Davidosn (۱۳)، Eysenck (۱۴) و Turner و Beidel (۱۵) نیز اثربخشی روش

توزیع و تکمیل شد. سپس، افرادی که مشکوک به هراس اجتماعی بودند، توسط روان‌شناس بالینی و همکار روان‌پزشک مورد ارزیابی دقیق‌تر قرار گرفتند. در نهایت، ۳۲ نفر از افرادی که ملاک‌های تشخیصی هراس اجتماعی را بر طبق DSM-IV و ICD-10 داشتند، انتخاب شده، به صورت جایگزینی تصادفی در سه گروه گمارده شدند. گروه چهارم گروه شاهد بود که از بین دانشجویانی انتخاب شدند که هیچ یک از ملاک‌های تشخیصی هراس اجتماعی را نداشتند.

روش اجرای پژوهش: به دنبال تکمیل

پرسشنامه‌های خودسنجی و مصاحبه‌ی تشخیصی، هر یک از آزمودنی‌ها به صورت انفرادی مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. سپس، هر گروه به طور جداگانه و به صورت گروهی در معرض متغیر مستقل قرار داده شدند. برای گروه درمان با شیوه‌ی حساسیت‌زدایی تدریجی، گروه درمان با شیوه‌ی جرأت‌آموزی و گروه درمان ترکیبی (حساسیت‌زدایی تدریجی و جرأت‌آموزی) در هر هفته دو جلسه‌ی یک ساعته تشکیل می‌شد، اما برای گروه شاهد هیچ‌گونه مداخله‌ی درمانی صورت نمی‌گرفت. روش‌های درمان به صورت گروهی اجرا می‌گردید. تعداد جلسات درمانی برای هر گروه ۱۳ تا ۱۵ جلسه بود و در پایان دوره‌ی درمان آزمودنی‌ها مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. در روش حساسیت‌زدایی تدریجی، پس از چند جلسه آموزش آرام‌سازی عضلانی و تهیه‌ی فهرستی از سلسله‌مراتب اضطراب توسط درمانگر و بیماران، به تدریج آن‌ها با موقعیت‌های اضطراب‌زا مواجه شدند تا جایی که می‌توانستند تنش و اضطراب خود را کنترل نمایند. در روش جرأت‌آموزی از تکنیک‌هایی نظیر راهنمایی و هدایت و ... استفاده شد. هم‌چنین، پس از

تلقی می‌کند. Eysenck (۱۴) نیز روش کاهش اضطراب را پیش‌گیری از پاسخ متقابل در نظر می‌گرفت که مبتنی بر روش جرأت‌آموزی بود. او معتقد بود که پاسخ‌های ابراز وجود باعث بازداری متقابل اضطراب می‌شود. بنابراین، سؤال و مسأله‌ی اساسی پژوهش حاضر این خواهد بود که چگونه می‌توان با استفاده از تکنیک‌های حساسیت‌زدایی تدریجی، جرأت‌آموزی و ترکیب آن‌ها، مبتلایان به هراس اجتماعی را درمان کرد و یا در کاهش اضطراب موقعیتی آن‌ها موفق شد (۱۶).

روش‌ها

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی (طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون چندگروهی با گروه شاهد) و هدف آن، مقایسه‌ی اثربخشی روش‌های حساسیت‌زدایی تدریجی و جرأت‌آموزی به تنهایی و ترکیب آن‌ها (در مقایسه با گروه شاهد) در درمان مبتلایان به هراس اجتماعی بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش متشکل از کلیه‌ی دانشجویان دختر ۱۷ تا ۲۳ ساله‌ی (۲۷۵۰ نفر) رشته‌های تحصیلی مختلف (آموزش ابتدایی، ادبیات فارسی، ریاضی، علوم تجربی، معارف اسلامی، پرستاری و مامایی) دانشگاه آزاد اسلامی، دانشگاه پیام نور و دانشگاه فردوسی نیشابور بود که در سال تحصیلی ۸۵-۱۳۸۴ در مقطع کاردانی و کارشناسی مشغول به تحصیل بودند. نمونه‌ی پژوهش نیز شامل ۳۲ دانشجوی دختر (۱۸ تا ۲۳ ساله، مجرد و متأهل) مقطع کاردانی و کارشناسی دانشگاه‌های فوق بودند که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بدین صورت که ابتدا پرسش‌نامه‌های مورد نظر برای شناسایی افراد مبتلا به هراس اجتماعی در بین دانشجویان رشته‌های مختلف

سه ماه (دوره‌ی پی‌گیری) بار دیگر ارزیابی‌های اولیه انجام شد.

ابزارهای پژوهش: در این پژوهش، مقیاس اضطراب Zong، مقیاس ترس از ارزیابی منفی Watson و Frennd، مقیاس فشار و اجتناب اجتماعی Watson و Frennd و پرسش‌نامه‌ی جرأت‌آموزی Gambril و Richiey برای بررسی میزان بروز رفتار و درجه‌ی ناراحتی مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس اضطراب Zong این مقیاس در سال ۱۹۷۰ ساخته شد و دارای ۲۰ سؤال چهار درجه‌ای می‌باشد که علایم و شدت اضطراب را می‌سنجد. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه‌ی اضطراب آشکار Tylour، ۰/۶۳ گزارش شده است (۱). اعتبار و پایایی بازآزمایی این مقیاس توسط Beidel و Turner (۱۵) حدود ۰/۸۲ گزارش گردیده است.

مقیاس ترس از ارزیابی منفی: این مقیاس توسط Watson و Frennd ساخته شد و علایم ترس از ارزیابی منفی را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی این مقیاس به فاصله‌ی دو هفته در یک مطالعه بر روی ۱۵۰ نفر از دانشجویان ۰/۷۸ و در مطالعه‌ی Watson و Frennd ۰/۹۴ گزارش گردیده است (۲۰). پایایی بازآزمایی این مقیاس به فاصله‌ی دو هفته بر روی ۱۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی رشت ۰/۸۸ گزارش شده است (۲۰).

مقیاس فشار و اجتناب اجتماعی: این مقیاس توسط Watson و Frennd ساخته شد و علایم فشار و اجتناب اجتماعی را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی این مقیاس به فاصله‌ی یک ماه بر روی ۵۴ دانشجو ۰/۶۸ گزارش گردیده است (۲۰). پایایی بازآزمایی این مقیاس به فاصله‌ی دو هفته بر روی ۱۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی رشت ۰/۷۹ گزارش

شده است (۲۰).

پرسش‌نامه‌ی جرأت‌آموزی (میزان بروز رفتار و درجه‌ی ناراحتی): این مقیاس توسط Gambril و Richiey ساخته شد و نرخ بروز رفتار و درجه‌ی ناراحتی بیمار را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی این مقیاس توسط طراحان ۰/۸۹ گزارش گردیده است (۲۰). پایایی بازآزمایی این مقیاس به فاصله‌ی دو هفته بر روی ۱۶۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی رشت برای نرخ بروز رفتار ۰/۸۷ و برای درجه‌ی ناراحتی ۰/۶۸ گزارش شده است (۲۰).

همچنین، در اواسط درمان مقیاس محقق ساخته‌ی ارزیابی درمانگر برای بررسی یکی بودن رفتار درمانگر با درمانجویان توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد.

روش‌های تجزیه و تحلیل داده‌ها: در پایان دوره‌ی درمان، یافته‌ها با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (شکل ساده شده‌ی تجزیه و تحلیل واریانس لیندکوئیست، تحلیل واریانس یک عاملی و آزمون تعقیبی توکی) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها

بر اساس الگوی پژوهش و به منظور آزمون فرضیه‌ها، روش تجزیه و تحلیل واریانس لیندکوئیست مورد استفاده قرار گرفت. بدین منظور ابتدا میانگین‌های نمرات افتراقی (\bar{D}) پیش‌آزمون و پس‌آزمون و سپس میانگین نمرات افتراقی پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری چهار گروه پژوهش در متغیرهای مورد نظر بررسی شد. به منظور بررسی فرضیه‌ی اول پژوهش مبنی بر این که «درمان ترکیبی (حساسیت‌زدایی تدریجی و جرأت‌آموزی) نسبت به هر یک از روش‌های درمان

همچنین در مقایسه با گروه شاهد مؤثرتر بوده است. به منظور خلاصه نمودن مقاله از ارایه‌ی جدول تحلیل واریانس نمرات پس‌آزمون و آزمون پی‌گیری در کلیه‌ی فرضیه‌ها خودداری شد. از آن جا که $F(۴/۵۱)$ و $F(۳/۴۵)$ از $F(۰/۰۱)$ با درجه‌ی آزادی ۳۲ و ۳ بزرگ‌تر بود، ادعای محقق در مورد اثربخشی درمان ترکیبی در کاهش اضطراب آزمودنی‌ها در دوره‌ی پس از درمان رد شود و اثرات درمانی پایدار نبود.

به منظور بررسی فرضیه‌ی دوم پژوهش مبنی بر این که «درمان ترکیبی (حساسیت‌زدایی تدریجی و جرأت‌آموزی) نسبت به هر یک از روش‌های درمان به تنهایی (در مقایسه با گروه شاهد) در کاهش ترس از ارزیابی منفی مبتلایان به هراس اجتماعی مؤثرتر است» تحلیل واریانس یک عاملی مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۳).

به تنهایی (در مقایسه با گروه شاهد) در کاهش سطح اضطراب مبتلایان به هراس اجتماعی مؤثرتر است» تحلیل واریانس یک عاملی مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۱). از آن جا که $F(۱۳/۷۵)$ از $F(۰/۰۱)$ با درجه‌ی آزادی ۳۲ و $F(۴/۵۱)$ بزرگ‌تر بود، ادعای محقق در مورد اثربخشی درمان ترکیبی در کاهش اضطراب آزمودنی‌ها تأیید شد. در این جا، به منظور مقایسه‌ی میانگین‌ها با یکدیگر از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌ی آزمون اضطراب Zong در گروه درمان ترکیبی پایین‌تر از سه گروه دیگر بوده است. بنابراین، کاربرد تکنیک‌های حساسیت‌زدایی تدریجی و جرأت‌آموزی به صورت ترکیبی در کاهش نشانه‌های اضطرابی آزمودنی‌ها نسبت به هر یک از درمان‌ها به تنهایی و

جدول ۱. خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ی اضطراب Zong

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

$$F(۰/۰۱) = F(۳۲) = ۴/۵۱$$

جدول ۲. خلاصه‌ی نتایج مقایسه‌ی میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات پرسش‌نامه‌ی اضطراب Zong

متغیرها گروه‌ها	درمان حساسیت‌زدایی تدریجی	درمان جرأت‌آموزی	درمان ترکیبی	عدم درمان (شاهد)
	$(\bar{D} = ۳۵/۱۳)$	$(\bar{D} = ۳۵/۶۳)$	$(\bar{D} = ۴۸/۳۸)$	$(\bar{D} = -۳/۶۸)$
گروه حساسیت‌زدایی تدریجی	$(\bar{D} = ۳۵/۱۳)$	۰/۶	۱۴/۲۶*	۳۸*
گروه جرأت‌آموزی	$(\bar{D} = ۳۵/۶۳)$		۱۳/۷۶*	۳۸/۴*
گروه درمان ترکیبی	$(\bar{D} = ۴۸/۳۸)$			۵۱/۲۸*
گروه شاهد	$(\bar{D} = -۳/۶۸)$			

علامت * نشان دهنده‌ی تفاوت معنی‌دار جفت میانگین‌ها در سطح ۰/۰۱ می‌باشد.

جدول ۳. خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ی ترس از ارزیابی منفی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	P
بین گروهی	۱۲۲۰/۹۵	۳	۴۰۶	۱۰۱	۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۳۹/۹۳	۳۲	۴		
کل	۱۳۶۰	۳۶	۳۴۰		

$$F_{0/01}(3, 32) = 4/51$$

از آن جا که F محاسبه شده (۸۷/۲۶) از $F_{0/01}$ با درجه‌ی آزادی ۳۲ و ۳ (۴/۵۱) بزرگ‌تر بود، ادعای محقق در مورد اثربخشی تکنیک‌های درمانی در کاهش فشار و اجتناب اجتماعی آزمودنی‌ها تأیید شد. به منظور مقایسه‌ی میانگین‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که میانگین نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی فشار و اجتناب اجتماعی در گروه درمان ترکیبی پایین‌تر از سه گروه دیگر (۴/۵۱) بود. بنابراین، کاربرد تکنیک‌های درمانی به صورت ترکیبی در کاهش فشار و اجتناب اجتماعی آزمودنی‌ها نسبت به هر یک از درمان‌ها به تنهایی و همچنین در مقایسه با گروه شاهد مؤثرتر بوده است. از سوی دیگر، در مقایسه‌ی میانگین‌ها $F_{0/01}$ با درجه‌ی آزادی ۳۲ محاسبه شده (۳/۱۵) از $F_{0/01}$ با درجه‌ی آزادی ۳۲ و ۳ (۴/۵۱) کوچک‌تر بود که ادعای محقق در مورد اثربخشی تکنیک‌های درمانی در کاهش فشار و اجتناب اجتماعی آزمودنی‌ها را رد کرد. به عبارت دیگر، اثرات تکنیک‌های درمانی در دوره‌ی پی‌گیری پایدار نماند.

به منظور بررسی فرضیه‌ی چهارم پژوهش مبنی بر این که «درمان ترکیبی (حساسیت‌زدایی تدریجی و جرأت‌آموزی) نسبت به هر یک از روش‌های درمان به تنهایی (در مقایسه با گروه شاهد) در رفتار جرأت‌آموزی (درجه‌ی ناراحتی) در مبتلایان به هراس اجتماعی مؤثرتر است» تحلیل واریانس یک عاملی مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۵).

از آن جا که F محاسبه شده (۱۰۱) از $F_{0/01}$ با درجه‌ی آزادی ۳۲ و ۳ (۴/۵۱) بزرگ‌تر بود، ادعای محقق در مورد اثربخشی تکنیک‌های درمانی در کاهش ترس از ارزیابی منفی آزمودنی‌ها تأیید شد. به منظور مقایسه‌ی میانگین‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نشان داد، میانگین نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی ترس از ارزیابی منفی در گروه درمان ترکیبی پایین‌تر از سه گروه دیگر (۴/۱۴) است. بنابراین، کاربرد تکنیک‌های درمانی به صورت ترکیبی در کاهش ترس از ارزیابی منفی آزمودنی‌ها نسبت به هر یک از درمان‌ها به تنهایی و همچنین در مقایسه با گروه شاهد مؤثرتر بوده است. از سوی دیگر، در مقایسه‌ی میانگین‌ها، F محاسبه شده (۱/۹۳) از $F_{0/01}$ با درجه‌ی آزادی ۳۲ و ۳ (۴/۵۱) کوچک‌تر بود که ادعای محقق در مورد اثربخشی تکنیک‌های درمانی در کاهش ترس از ارزیابی منفی آزمودنی‌ها در دوره‌ی پی‌گیری را رد کرد. به عبارت دیگر، اثرات درمانی چندان پایدار نبود.

به منظور بررسی فرضیه‌ی سوم پژوهش مبنی بر این که «درمان ترکیبی (حساسیت‌زدایی تدریجی و جرأت‌آموزی) نسبت به هر یک از روش‌های درمان به تنهایی (در مقایسه با گروه شاهد) در کاهش فشار و اجتناب اجتماعی در مبتلایان به هراس اجتماعی مؤثرتر است» تحلیل واریانس یک عاملی مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۴).

جدول ۴. خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ی فشار و اجتناب اجتماعی

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

جدول ۵. خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس نمرات افتراقی پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ی جرأت‌آموزی (درجه‌ی ناراحتی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی 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			

جرأت‌آموزی (درجه‌ی ناراحتی) آزمودنی‌ها را رد کرد. به عبارت دیگر، اثرات تکنیک‌های درمانی در دوره‌ی پی‌گیری پایدار نبود.

به منظور بررسی فرضیه‌ی پنجم پژوهش مبنی بر این که «درمان ترکیبی (حساسیت‌زدایی تدریجی و جرأت‌آموزی) نسبت به هر یک از روش‌های درمان به تنهایی (در مقایسه با گروه شاهد) در افزایش رفتار جرأت‌مندانه (بسامد یا نرخ بروز رفتار) در مبتلایان به هراس اجتماعی مؤثرتر است»، تحلیل واریانس یک عاملی مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۶).

از آن جا که F محاسبه شده (۱۸۲/۶۱) از $F_{0/01}$ با درجه‌ی آزادی ۳ و ۳۲ (۴/۵۱) بزرگ‌تر بود، ادعای محقق در مورد اثر بخشی تکنیک‌های درمانی در جرأت‌آموزی (نرخ بروز رفتار) آزمودنی‌ها تأیید شد. به منظور بررسی و مقایسه‌ی میانگین‌ها از آزمون

از آن جا که F محاسبه شده (۱۲۳/۳۷) از $F_{0/01}$ با درجه‌ی آزادی ۳ و ۳۲ (۴/۵۱) بزرگ‌تر بود، ادعای محقق در مورد اثربخشی تکنیک‌های درمانی در جرأت‌آموزی (درجه‌ی ناراحتی) آزمودنی‌ها تأیید شد. به منظور مقایسه‌ی میانگین‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که میانگین نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی جرأت‌آموزی (درجه‌ی ناراحتی) در گروه درمان ترکیبی پایین‌تر از سه گروه دیگر (۰/۶) بود. بنابراین، کاربرد تکنیک‌های درمانی به صورت ترکیبی در رفتار جرأت‌مندانه (درجه‌ی ناراحتی) آزمودنی‌ها نسبت به هر یک از درمان‌ها به تنهایی و همچنین در مقایسه با گروه شاهد مؤثرتر بوده است. از سوی دیگر، در مقایسه‌ی میانگین‌ها، F محاسبه شده (۱/۳۳) از $F_{0/01}$ با درجه‌ی آزادی ۳ و ۳۲ (۴/۵۱) کوچک‌تر بود که ادعای محقق در مورد اثربخشی تکنیک‌های درمانی در

جدول ۶. خلاصه‌ی نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌ها در پرسش‌نامه‌ی جرأت‌آموزی (میزان بروز رفتار)

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

جرات‌آموزی و ترکیب آن‌ها (در مقایسه با گروه شاهد) در دوره‌ی بعد از درمان به اندازه‌ی دوره‌ی درمان مؤثر نبوده و بنابراین اثربخشی روش‌های فوق در ارزیابی پی‌گیری ثبات نداشته و از اثربخشی آن کاسته شده است. شاید علت کاهش اثرات درمانی این روش‌ها مربوط به بی‌ثباتی و ناپایداری آن‌ها باشد؛ چرا که هر سه از روش‌های رفتار درمانی هستند. اما در جریان پژوهش‌های مختلف ثابت شده است که روش‌های رفتاری تنها علایم و نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی و سایر اختلال‌ها را در کوتاه مدت کاهش می‌دهند و اثرات درمانی ریشه‌ای بر جا نمی‌گذارد. لازم به ذکر است که عدم تأثیر روش‌های رفتاری در دوره‌ی بعد از درمان در پژوهش حاضر در راستای پژوهش‌های گذشته مانند Herson و Bellack (۱۱)، Hughes (۱۲)،

Dividson (۲) و برخی متون (۱۲)، که علاوه بر روش‌های رفتاری از روش‌های شناختی نیز استفاده کرده‌اند، می‌باشد. علت کاهش علایم اضطرابی بیماران گروه شاهد می‌تواند ناشی از اثرات ارزیابی‌های مکرر، متغیرهای پیش‌بینی نشده مانند انجام درمان‌های دارویی و دیگر روش‌های درمانی باشد (۱۸).

به طور کلی، نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که روش‌های حساسیت‌زدایی تدریجی، جرات‌آموزی و ترکیب آن‌ها روش‌های مؤثری برای کاهش علایم اضطرابی اختلال هراس اجتماعی می‌باشند. از سوی دیگر، این نتایج نظریه‌ی عده‌ای از پژوهشگران مانند Foa و همکاران (۳)، Emmelkamp و همکاران (۱۷)، Salkovskis (۷)، Strauss (۸)، Heimberg و Barlow (۴) و Rachman و همکاران (۱۹) را مورد تأیید قرار داده، نشان می‌دهد که روش‌های رفتاری اصولاً به سه دلیل روش‌های مؤثری می‌باشند (۸).

تعقیبی توکی استفاده شد که میانگین نمره‌ی پرسش‌نامه‌ی جرات‌آموزی (میزان بروز رفتار) در گروه درمان ترکیبی پایین‌تر از سه گروه دیگر (۴/۱۴) بود. بنابراین، کاربرد تکنیک‌های درمانی به صورت ترکیبی در افزایش رفتار جرات‌مندانه (میزان بروز رفتار) آزمودنی‌ها نسبت به هر یک از درمان‌ها به تنهایی و همچنین در مقایسه با گروه شاهد مؤثرتر بوده است. از سوی دیگر، در مقایسه‌ی میانگین‌ها، $F(۴/۵۱)$ با درجه‌ی آزادی ۳۲ و ۳ ($۴/۵۱$) کوچک‌تر بود که ادعای محقق در مورد اثربخشی تکنیک‌های درمانی در جرات‌آموزی (میزان بروز رفتار) آزمودنی‌ها را رد کرد. به عبارت دیگر، اثرات تکنیک‌های درمانی در دوره‌ی پی‌گیری پایدار نبود.

بحث

در این مطالعه، تکنیک‌های درمانی تنها در طول دوره‌ی درمان مؤثر بود، اما در دوره‌ی پی‌گیری این نتایج پایدار نبود. نتایج بیانگر این است که درمان ترکیبی در مقایسه با دو روش حساسیت‌زدایی تدریجی و جرات‌آموزی به تنهایی (در مقایسه با گروه شاهد) در کاهش علایم وابسته به اختلال هراس اجتماعی دارای اثربخشی بیشتری بوده است؛ این یافته‌ها در راستای پژوهش‌های گذشته نظیر Caciopp و همکاران (۹)، Heimberg و Barlow (۴)، Turner و Beidel (۱۵)، Foa و همکاران (۳)، Strauss (۸)، Herson و Bellack (۱۱) و Hughes (۱۲) می‌باشد.

در این بررسی، نتایج مربوط به ارزیابی‌های دوره‌ی پی‌گیری در راستای فرضیه‌های مربوط به دوره‌ی درمان نبود. یعنی این که روش‌های حساسیت‌زدایی تدریجی،

جرات‌آموزی، حساسیت‌زدایی تدریجی و ترکیب آن‌ها در درمان اختلال هراس اجتماعی بود که علایم اضطرابی در آن مربوط به یک اضطراب موقعیتی بوده و اضطراب صفت مد نظر آن نبوده است. بنابراین، حساسیت‌زدایی تدریجی، جرات‌آموزی و ترکیب آن‌ها می‌تواند باعث کاهش علایم اختلال هراس اجتماعی در نوجوانان و جوانان شود. نتیجه‌ی نهایی که می‌توان از این داده‌ها گرفت این است که این روش‌ها و فنون به یک جامعه و فرهنگ خاص اختصاص ندارند و می‌توان آن‌ها را با در نظر گرفتن زیر بناهای فرهنگی و منطبق نمودن با آن‌ها در جوامع مختلف به کار برد.

نخست آن که، حساسیت‌زدایی تدریجی و جرات‌آموزی یک درمان چند محوری می‌باشد که اجزای آن همگی از روش‌هایی تشکیل شده‌اند که در کاهش علایم اضطرابی بر اساس نظریه‌ی «بازداری متقابل» مؤثرند. دوم آن که، زیر بنای روش‌های جرات‌آموزی و حساسیت‌زدایی تدریجی نوعی روش رویارویی است که ممکن است در ابتدا و در چند جلسه سطح علایم اضطرابی را افزایش دهد؛ اما با گذشت زمان و به تدریج با تکرار، تمرین و آرام‌سازی عضلانی باعث کاهش علایم اضطرابی خواهد شد. سوم آن که، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی روش‌های

References

1. Toozandehjani H. Cognitive Therapy of Depression and Anxiety. Mashhad: Astan Ghods Razavi Publications; 1996.
2. Davidson JR. Social anxiety disorder under scrutiny. *Depress Anxiety* 2000; 11(3): 93-8.
3. Foa EB, Kozak MJ, Steketee GS, McCarthy PR. Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. *Br J Clin Psychol* 1992; 31 (Pt 3): 279-92.
4. Heimberg RG, Barlow DH. New developments in cognitive-behavioral therapy for social phobia. *J Clin Psychiatry* 1991; 52 Suppl: 21-30.
5. Greist JH. An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1992; 53 Suppl: 38-41.
6. Wolpe J, Lang PJ. A fear survey schedule for use in Behaviour therapy. *Behav Res Ther* 1964; 2: 27-30.
7. Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther* 1989; 27(6): 677-82.
8. Strauss CC. Behavioral assessment and treatment of overanxious disorder in children and adolescents. *Behav Modif* 1988; 12(2): 234-51.
9. Cacioppo JT, Glass C R, Merluzzi T V. Self statement and self evaluation a cognitive response. *Analysis modification de Conducta* 2001; 20: 325-34.
10. Willmuth ME. Cognitive-behavioral and insight-oriented psychotherapy of an eleven-year-old boy with obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychother* 1988; 42(3): 472-8.
11. Herson M, Bellack AS. Handbook of clinical behavior therapy with adults. New York: Plenum Press; 2001.
12. Hughes JN, Hall RJ. Cognitive-behavioral psychology in the schools. New York: Plenum Press; 2005.
13. Belackburn M, Davidosn K. Cognitive therapy for depression and anxiety. London: Black well scientific publications; 2007.
14. Eysenck HJ. A model for personality. New York: Springer verlage; 1991.
15. Turner S M, Beidel DC. Treating obsessive-compulsive disorder. New York: pergamon press; Inc, 2008.
16. Davidson J C, Gold Fried MR. Clinical Behavior Therapy. Mashhad: Astan Ghods Razavi publications; 1991.
17. Emmelkamp P, Visser S, Hoekstra R. Cognitive therapy VS exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive. *Cognitive and Therapy Research* 2008; 12(1): 103-14.
18. Meichenbaum D. Therapists manual for cognitive behavior modification. Un Published manuscript: pt, university of waterloo, Ontario 2011.
19. Rachman S, Hodson R, Marks JM. The treatment of obsessive-compulsive neurotics by modeling and flooding in vivo. *Behavior Research and Therapy* 1973; 11: 463-71.
20. Akbari B. The effectiveness systematic desensitization and assertive techniques for the treatment of the students suffering from social phobia disorder. 2003.

Comparing the Effectiveness of Gradual Systematic Desensitization, Assertive Training Techniques and Their Combination for the Treatment of Students Suffering from Social Phobia Disorder

Hasan Toozandehjani MD

Abstract

Introduction: Social phobia disorder is an example of anxiety disorders in which anxiety appears in some certain situations or against special objects (out of his personality), while they are not dangerous. As a result, the person avoids these situations or objects seriously or endures them with intense anxiety.

Methods: This semi experimental research was done to compare the effectiveness of gradual systematic desensitization and assertive training techniques and also their combination (in comparison with the control group) in the treatment of social phobia disorder. In this research thirty two people suffered from social phobia (between 18 and 22 years, both single and married) were chosen and divided to three treatment and control groups randomly. The main purpose of this research was to analyze the results of different therapeutic methods (curing methos) in treating social phobia in the end of relief period and to observe them in a period of three months after the relief. To gather data heeded, clinical interview and self-report forms were used. Then the data were analyzed by means of vair-lind-anlalaysis and tuky-t tests.

Finding: The curing methods of gradual systematic desensitization, assertive training and the combination of these two were effective only during the treatment period and their effectiveness reduces after treatment. Meanwhile, the combined therapy was more effective than each of them separately.

Keywords: Social phobia disorder, Gradual systematic desensitization, Assertive training, Combination therapy.

¹ Assistant Professor, Department of Educational Sciences, School of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Corresponding Author: Hasan Toozandehjani MD, Email: h_toozandehjani@ymail.com