



بدآقی، سجاده؛ اصغری ابراهیم آباد، محمدجواد؛ مشهدی، علی (۱۳۹۸). اثربخشی گروه درمانی بین فردی کوتاه مدت بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی و ابرازگری هیجانی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی.

DOI: 10.22067/ijap.v9i2.66114

پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۹ (۲)، ۴۳-۵۵.

اثربخشی گروه درمانی بین فردی کوتاه مدت بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی و ابرازگری هیجانی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی

سجاد بدآقی^۱، محمدجواد اصغری ابراهیم آباد^۲، علی مشهدی^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۴/۲۳ تاریخ پذیرش: ۹۷/۱۲/۱۵

چکیده

هدف: بررسی اثربخشی گروه درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی و ابرازگری هیجانی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی.

روش: شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را دانشجویان مؤسسه آموزش عالی شاندیز مشهد تشکیل می‌دادند. ۲۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب گردیدند. و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه‌ی هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی بین فردی کوتاه مدت قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های اختلال اضطراب اجتماعی لیوینتز (LSAS) و ابرازگری هیجانی (EEQ) و پرسشنامه جمعیت‌شناختی بود. داده‌ها با تحلیل کوواریانس به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نمره سه زیر مقیاس اضطراب اجتماعی (اضطراب عملکرد، اجتناب عملکرد و اجتناب موقعیت) در گروه آزمایش به طور معنی‌داری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته بود ($P < 0/05$). و نمره زیرمقیاس دیگر اضطراب اجتماعی (اضطراب موقعیت)، و ابرازگری هیجان افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت معنی‌داری نداشت ($P > 0/05$). از نتایج به دست آمده می‌توان چنین نتیجه گرفت که گروه درمانی بین فردی کوتاه مدت روش موثری برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: روان‌درمانی بین فردی کوتاه مدت، اختلال اضطراب اجتماعی، ابرازگری هیجانی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد، sajjadbodaghi@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، (نویسنده مسئول)، mjasghari@um.ac.ir

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی، بعد از هراس خاص، شایع‌ترین اختلالات اضطرابی، و سومین اختلال روانشناختی در جمعیت عمومی است (Barlow & Durand, 2015). اضطراب اجتماعی با ترس قابل ملاحظه، پایدار و غیرمنطقی از مشاهده شدن یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن توسط دیگران مشخص می‌شود، که با نشانه‌های جسمی و روانشناختی اضطراب همراه است. فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از موقعیت‌های ترسناک اجتناب می‌کند یا با استرس زیاد این موقعیت‌ها را تحمل می‌کند (Baldwin et al, 2016).

۱۲/۱ درصد جمعیت در مقطعی از زندگی خود، اختلال اضطراب اجتماعی را تجربه می‌کنند (Kessler, Chiu, Demler & Walters, 2005) و نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی حدود ۷ درصد است (American Psychiatric Association, 2013). این اختلال معمولاً در نوجوانی شروع می‌شود (Baldwin et al, 2016) و دارای یک سیر مزمن است (Nagata, Suzuki & Teo, 2015). هر چه دوره آن طولانی‌تر شود، میزان بهبود خودبخودی کاهش می‌یابد (Baldwin et al, 2014).

یافته‌های پژوهشی مختلف نشان می‌دهند، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با مسائل و مشکلات بی‌شماری از قبیل رتبه پایین اجتماعی، رفتارهای سلطه‌پذیرانه، ادراک کم صمیمیت در روابط با همسالان و روابط عاشقانه (Weisman, Aderka, Marom, Hermesh & Gilboa-Schechtman, 2011)، رضایت جنسی پایین، کاهش حمایت‌های اجتماعی و سلامت روان (Vriens, Becker, Meyer, Michael & Margraf, 2012) و کاهش کیفیت زندگی (Versella, Piccirillo, Potter, Olinio & Heimberg, 2016) مواجه هستند. در کنار کاهش شاخص‌های مختلف زندگی، عملکرد روزمره نه تنها در زمینه اجتماعی بلکه در حوزه‌های تحصیلی و شغلی به شدت کاهش می‌یابد (Ahmad & Bagheri, 2014). اختلال افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال همراه در میان افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی می‌باشد (Browne et al, 2002)؛ انزوای اجتماعی طولانی مدتی که در اختلال اضطراب اجتماعی دیده می‌شود می‌تواند منجر به اختلال افسردگی اساسی گردد (American Psychiatric Association, 2013).

با توجه به پیامدهای اختلال اضطراب اجتماعی و شیوع بالای آن در جامعه، مطالعات زیادی در زمینه ارائه درمان‌های اثربخش برای این اختلال انجام شده است و روش‌های درمانی گوناگونی جهت بهبود این اختلال ارائه شده‌اند و به لحاظ تجربی نیز مورد تأیید واقع شده‌اند. درمان شناختی رفتاری گروهی هیمبرگ بیش از هر درمان دیگری مورد کارآزمایی بالینی قرار گرفته است و اغلب به عنوان "استاندارد طلایی" برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شده است (Hoffman & Otto, 2008).

اگر چه یافته های پژوهشهای مختلف نشان می دهند که اغلب بیماران تا حدودی از درمان شناختی رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی بهره می برند، ولی به طور گسترده ای مشخص شده است که نسبت قابل توجهی از بیماران پاسخ ضعیفی به درمان می دهند و یا درمان را نیمه کاره رها می کنند و برخی پژوهش ها نشان می دهند که در بسیاری از بیمارانی که از درمان سود برده اند، برخی نشانه ها و عملکردهای معیوب همچنان باقی مانده اند (Leahy, Holland & McGinn, 2012). پژوهشها حاکی از این است که درصدی از یافته های مربوط به نتایج درمانی بعد از اجرای درمان شناختی رفتاری، به ویژه در میان افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، که دارای افسردگی هستند، کم تر از حد بهینه بوده است (Chambless, Tran & Glass, 1997). با توجه به محدودیت های بالینی موجود در اثربخشی درمان شناختی رفتاری، بهتر است که کاربرد روش های درمانی جایگزین برای درمان اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شود. لذا تحقیقات اخیر در این زمینه بر کاربست روشهای درمانی جدید چون روان درمانی بین فردی (IPT) و ذهن آگاهی متمرکز شده اند (Tavoli, Allahyari, Azadfalsh, Fathi-Ashtiani & Melyani, 2013).

به دلیل این که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، روابط بین فردی محدود و آسیب دیده ای دارند، بنابراین نشانه های اضطراب اجتماعی را می توان نتیجه آسیب بین فردی کلی تر در نظر گرفت. لذا روان درمانی بین فردی را می توان به عنوان جایگزینی برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی به حساب آورد. روان درمانی بین فردی، یک روان درمانی کوتاه مدت و اختصاصی است که در آغاز برای بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اما در نهایت برای سایر اختلال ها نیز در یک دوره ۳۰ ساله گسترش یافت (Weisman, Markowitz & Klerman, 2012). در روان درمانی بین فردی فرض بر این است که پیدایش و تداوم برخی بیماریهای روانپزشکی در بافتار اجتماعی و بین فردی صورت می گیرد و شروع بیماری، پاسخ به درمان، و فرجام بیماری تحت تاثیر روابط بین فردی بیمار و افراد مهم زندگیش است. هدف کلی روان درمانی بین فردی کاهش یا حذف علایم روانپزشکی توسط بهبود کیفیت روابط بین فردی فعلی و کارکرد اجتماعی بیمار است (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015).

به دلیل این که اضطراب اجتماعی یک سندرم مزمن است، لپسیتز، مارکوویتز، چری و فیر (Lipsitz, Markowitz, Cherry & Fyer, 1999) ایده "انتقال نقش پزشک زاد" را به کار می برند؛ یعنی با کشف گزینه های بین فردی جدید، بیماران تعامل های ناسازگار را تغییر می دهند، به صورت اثربخش تری عمل می کنند و حالشان بهتر می شود. به محض این که آنها به این گزینه ها پی می برند شروع به تشخیص این موضوع می کنند که الگوی قدیمی جنبه جدائی ناپذیری از آنها نیست بلکه یک بیماری قابل درمان است.

بنابراین درمان، خود یک "انتقال نقش به سلامتی" است که توسط درمان‌گر و بیمار خلق می‌شود (Weisman, Markowitz & Klerman, 2012).

اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی برای اختلال افسردگی توسط وایزمن، مارکوویتز، و کلرمن (Weisman, Markowitz & Klerman, 2000)؛ سیدالحسینی (Seyyed Alhoseini, 2013)؛ نظافت، مشهدی، امین یزدی و نوفرستی (Nezafat, Mashhadi, Amin Yazdi & Nofaresti, 2015) و اختلال افسرده‌خویی توسط براون و همکاران (Browne et al, 2002)، اختلال اضطراب اجتماعی توسط لیسیتز، مارکوویتز، چری و فیر (Lipsitz, Markowitz, Cherry & Fyer, 1999)؛ بورگی، هوفارت و سکستون (Borge, Hoffart & Sexton, 2010)؛ لیسیتز و همکاران (Lipsitz et al, 2008)؛ استینجیر، اسکران، هیدنریچ، برگر و کلارک (Stingier, Schramm, Heidenreich, Berger & Clark, 2011)؛ طاوولی، اللهیاری، آزادفلاح، فتحی آشتیانی و ملیانی (Tavoli, Allahyari, Azadfalalah, Fathi-Ashtiani & Melyani, 2013)، تأیید شده است. دلیل عمده‌ای که باعث جلب توجه پژوهشگران به بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین‌فردی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی شده است، شیوع بالای اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی است؛ روان‌درمانی بین‌فردی، درمان شناخته شده با اثربخشی خاص افسردگی است. در روان‌درمانی بین‌فردی، درمان‌گر باید افسردگی را به عنوان بخشی از فرمول‌بندی درمان در نظر بگیرد. بنابراین به نظر می‌رسد آسیب‌شناسی اصلی اضطراب اجتماعی هدف مناسبی برای روان‌درمانی بین‌فردی باشد.

ابرازگری هیجانی به عنوان یک مؤلفه اصلی هیجان‌ها، به نمایش بیرونی هیجان، بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا شیوه (چهره‌ای، کلامی و رفتاری) اطلاق می‌شود (Lewis, 2010). به اعتقاد لویس (Lewis, 2010)، ابرازهای هیجانی، به تغییرات سطحی بالقوه قابل مشاهده، در چهره، صدا و بدن و سطح فعالیت منجر می‌شود. برخی از افراد هیجان‌هایشان را آزادانه و بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می‌کنند. این افراد دارای شیوه ابراز هیجان از نوع ابرازگری هیجانی هستند. برخی دیگر گرایش به بازداری در ابراز پاسخ‌های هیجانی خود دارند. این افراد دارای شیوه ابراز هیجان از نوع بازداری هیجانی هستند (Khorianian, 2013). به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارای شیوه ابراز هیجان از نوع بازداری هیجانی هستند.

بنابراین هدف از انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی گروه درمانی بین‌فردی کوتاه‌مدت بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی و ابرازگری هیجانی دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی می‌باشد.

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی و مداخله ای بود. در این پژوهش، دو گروه شامل آزمایش و کنترل، برای این طرح انتخاب شده و پس از انتخاب هدف مند، شرکت کنندگان در این دو گروه جای گرفتند. جامعه آماری این پژوهش را دانشجویان موسسه آموزش عالی شاندریز در پاییز ۹۴ تشکیل داده اند. از بین دانشجویان ۲۰ نفر که معیارهای لازم جهت شرکت در پژوهش را داشتند، به طور هدف مند انتخاب شدند. آنها به طور تصادفی به دو گروه آزمایشی (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) تقسیم شدند. دلیل انتخاب این حجم نمونه آن است که اصولاً در گروه درمانی بین فردی کوتاه مدت توصیه می شود تعداد اعضای گروه ۶ تا ۹ نفر بوده و بسته به منابع موجود و نیازهای آموزشی یک یا دو رهبر گروه در آن حضور داشته باشند (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015). برای گروه آزمایشی، از پروتکل ۱۰ جلسه ای روان درمانی بین فردی کوتاه مدت لیسیتز، مارکویتز و چری (Lipsitz, Markowitz, Cherry, 1997) استفاده شد. در طی برنامه مداخله، از گروه آزمایش ۱ نفر به دلیل غیبت بیش تر از ۲ جلسه از گروه حذف شد. لازم به ذکر است که در این پژوهش در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۹ استفاده گردید.

جدول ۱: طرح مداخله

جلسه	اهداف و مداخلات درمانی
اول	برقراری اتحاد درمانی، بررسی علائم اختلال اضطراب اجتماعی، خلاصه ای از طرح درمانی، ایجاد پیوستگی گروهی
دوم	مرور علائم اختلال اضطراب اجتماعی، تعریف علائم افراد به عنوان بخشی از یک اختلال شناخته شده (Sick Role)، ارزیابی روابط بین فردی گذشته و روابط کنونی، برقراری ارتباط بین اختلال اضطراب اجتماعی و روابط بیماران
سوم	کمک به بیماران برای مشارکت و تعامل با اعضای گروه، فرمول بندی حیطه بین فردی و تعیین یک حیطه ناایمنی نقش و یک هدف بین فردی کاملاً اختصاصی به عنوان یک هدف ابتدایی
چهارم	تحلیل تعاملات و ارتباطات افراد، تسهیل ابراز واکنشهای هیجانی نسبت به آنچه که در درون و بیرون از گروه تجربه می کنند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی
پنجم	آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن از طریق فرایندهای: تغییر انتظارات منفی و اضطراب قبل از رویداد بین فردی، آماده کردن مراجع برای آن رویداد به وسیله در نظر گرفتن گزینه های راهبردی بین فردی و رسیدگی به تجربه های مراجع بعد از آن رویداد
ششم	کار روی موضوع های بین فردی انفعال، عدم قاطعیت، ابراز خشم، ترس از مخالفت
هفتم	افزایش مهارت های بین فردی مانند ابراز نیازها و احساسات و ارائه بازخورد به واکنشهای دیگران و کار روی آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در تعامل اجتماعی

هشتم	تحریک جرأت‌مندی و خودمختاری در صورت اجتناب گروه از تمرکز بر مشکلات بین فردی تصریح تغییرات کسب شده در عملکرد نقش، تصریح پیامدهای تغییر
نهم	بررسی پیشرفت درمان، آماده سازی 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
دهم	ابراز احساسات در مورد خاتمه درمان، ارائه شاخص‌های هشدار جهت مراجعه به درمان‌گر

ملاک‌های ورود و خروج

۱. دارا بودن نشانگان اضطراب اجتماعی و داشتن حداقل نمره ۵۵ در پرسشنامه اضطراب اجتماعی لیوئیتز
۲. حداقل سن ۱۸ سال
۳. قرار نداشتن هم‌زمان تحت درمان‌های روان‌پزشکی (دارویی) و روان‌شناختی و درمان‌های روان‌شناختی قبلی را می‌بایست تا یک ماه قبل از ورود به درمان به اتمام رسانده باشد؛
۴. عدم ابتلاء به اختلالات روانی دیگر (بر اساس مصاحبه بالینی). ابزار جمع‌آوری داده‌ها شامل دو پرسشنامه اضطراب اجتماعی لیوئیتز و ابرازگری هیجانی بود.

ابزار تحقیق

در این پژوهش برای دست‌یابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

مقیاس اضطراب اجتماعی لیوئیتز - فرم خود سنجی (LSAS-SR): مقیاس اضطراب اجتماعی لیوئیتز (Liebowitz, 1987) اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی که مواجه شدن با آنها برای افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مشکل است را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این فرم خودسنجی پرسشنامه برای افرادی بالای ۱۸ سال دارای ۲۴ عبارت و دو زیرمقیاس اضطراب عملکرد (۱۳ عبارت) و موقعیت‌های اجتماعی (۱۱ عبارت) است. هر عبارت بطور جداگانه برای ترس (۰ تا ۳، اصلاً، کم، متوسط، شدید) و رفتار اجتنابی (۰ تا ۳، هرگز، بندرت، اغلب، همیشه) درجه‌بندی می‌شود. بنابراین این آزمون یک نمره اضطراب اجتماعی کلی و نمراتی در مورد چهار مقیاس اضطراب از عملکرد، اجتناب از عملکرد، اضطراب اجتماعی و اجتناب اجتماعی به دست می‌دهد. اجرای کامل این پرسشنامه حدوداً ۳۰ دقیقه زمان را به خود اختصاص می‌دهد (Atrifar, 2012).

برای به دست آوردن نمرات مربوط هر زیرمقیاس باید امتیاز همه عبارات مربوط به زیرمقیاس مورد نظر را با هم جمع کرد. برای به دست آوردن نمره کلی نیز نمرات مربوط به هراس و اضطراب و اجتناب همه

عبارات با هم جمع می‌شوند. حداکثر نمره اضطراب عملکرد ۷۸ و حداکثر نمره اضطراب موقعیت‌های اجتماعی ۶۶ می‌باشد. حداکثر نمره کلی ۱۴۴ می‌باشد. با توجه به جمع این دو زیرمقیاس می‌توان به میزان اضطراب اجتماعی فرد پی برد (Atrifar, 2012).

برای بررسی اعتبار این آزمون از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شده است. ضریب آلفای کلی برابر با ۰/۹۵، ضریب آلفای زیرمقیاس اضطراب عملکرد ۰/۸۲ و ضریب آلفای زیرمقیاس اضطراب اجتماعی ۰/۹۱ گزارش شده است. در مطالعه عطری فرد و همکاران در نمونه ایرانی نشان می‌دهد که اعتبار بازآزمایی LSAS-SR و خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۸۴ تا $r=0/76$ قرار دارد و همسانی درونی (آلفای کرونباخ) آن‌ها نیز در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ گزارش شده و روایی همگرایی LSAS-SR با سایر مقیاس‌های اضطراب اجتماعی از جمله مقیاس اضطراب تعامل اجتماعی (SIAS)، مقیاس هراس اجتماعی (SPS)، پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، مقیاس ترس از ارزیابی منفی (BFNE) و مقیاس فراوانی اجتناب ظریف و هوشمندانه (SAFE) نیز در حد قابل قبولی است (۰/۹۴ تا $r=0/46$) (Atrifar, 2012).

پرسشنامه ابرازگری هیجانی (EEQ): پرسشنامه ابرازگری هیجانی شامل سه زیرمقیاس ابرازگری هیجانی مثبت، ابراز صمیمیت و ابرازگری هیجانی منفی، و دارای ۱۶ گویه است. موارد ۱ تا ۷ آن مربوط به زیرمقیاس ابراز هیجان مثبت، موارد ۸ تا ۱۲ آن مربوط به زیرمقیاس ابراز صمیمیت، موارد ۱۳ تا ۱۶ آن مربوط به زیرمقیاس ابراز هیجان منفی است. این پرسشنامه بر پایه مقیاس پنج رتبه‌ای لیکرت تنظیم شده است؛ بدین صورت که به پاسخ کاملاً موافق نمره ۵ و به پاسخ کاملاً مخالف نمره ۱ تعلق می‌گیرد. براساس این شیوه نمره‌گذاری نمره کل فرد از ۱۶ تا ۸۰ متغیر است. نمره بالاتر بیانگر ابراز هیجانی بالاتر است.

اعتبار این مقیاس به روش همسانی درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شد و مقدار آن برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۵۹ و ۰/۶۸ شد که در سطح ۰/۰۱ معنادار بود. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای کل مقیاس و زیرمقیاس‌های ابراز هیجان مثبت، ابراز صمیمیت و ابراز هیجان منفی به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۷، ۰/۷۳ و ۰/۷۷ شد که در سطح ۰/۰۱ معنی دار بود (Rafieenia, Rasoolzadeh & Azadfalalah, 2006).

یافته‌ها

تعداد افراد نمونه در این پژوهش ۱۹ نفر (۹ نفر گروه آزمایش، ۱۰ نفر گروه کنترل)، دامنه سنی آنها ۲۰ تا ۲۳ سال، و میانگین سن آنها ۲۱ سال بود. همه افراد نمونه، مجرد و دانشجوی مقطع کارشناسی بودند.

جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲: ویژگی‌های پایه آزمودنی‌های مورد مطالعه

درصد	فراوانی			جنسیت
۱۰/۵	۲	مرد	آزمایش	
۳۶/۸	۷	زن		
۱۰/۵	۲	مرد	کنترل	
۴۲/۱	۸	زن		
۱۰۰	۱۹	مجموع		

در مطالعه حاضر اثربخشی روان‌درمانی بین فردی کوتاه مدت به طور جداگانه بر اضطراب اجتماعی و ابرازگری هیجانی مورد بررسی قرار گرفت. پیش از اجرای آزمون ANCOVA مفروضه‌های اجرای این آزمون بررسی گردید. نتایج آزمون لون نشان می‌دهد دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر اضطراب اجتماعی از نظر واریانس تفاوت معنی‌داری ندارند ($F=0/283$ و $P>0/05$) و بین گروه آزمایش و کنترل در ابرازگری هیجان نیز تفاوت معناداری یافت نشد ($F=0/678$ و $P>0/05$). همچنین، با توجه به اینکه سطح معناداری مقادیر F آزمون همگنی شیب رگرسیون‌ها ($F=3/336$ و $P>0/05$) بیش‌تر از میزان خطای $0/05$ است، می‌توان استنتاج کرد که مفروضه همگنی شیب رگرسیون‌ها در گروه اول برقرار است. این نتایج در گروه اثربخشی روان‌درمانی بین فردی کوتاه مدت بر ابرازگری هیجان نیز بدست آمد ($F=1/569$ و $P>0/05$). همچنین برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف اسمیرنوف نیز استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: آزمون کولموگروف اسمیرنوف مفروضه نرمال بودن اضطراب اجتماعی و ابرازگری هیجان

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	Sig
اضطراب اجتماعی	کنترل	۶۹/۸	۲۳/۲۷	۰/۸۷
	آزمایش	۳۵/۷۸	۱۵/۸۱	۰/۶۴
ابرازگری هیجان	کنترل	۴۹/۶۲	۷/۴۱	۰/۹۶۶
	آزمایش	۵۳	۷/۶	۰/۹۶۴

برای بررسی اثربخشی روان‌درمانی بین فردی کوتاه مدت، جدول آزمونها را به منظور

ارزیابی اثر چندمتغیری گروه درمانی بر شاخص های اضطراب اجتماعی و ابرازگری هیجان مورد بررسی قرار می دهیم. به دلیل آنکه آزمون M باکس معنی دار نشده است از آزمون لامبدای ویلکز استفاده شده است. مقدار لامبدای ویلکز برای ترکیب شاخص های اضطراب اجتماعی و ابرازگری هیجان ۰/۰۹۵ است که با توجه به مقادیر F و P بین دو گروه از نظر ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد ($P=0/005$ و $F(6,5)=11/468$)

جدول ۴: آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثر متغیر مستقل بر پس آزمون متغیرهای اضطراب اجتماعی و ابرازگری هیجانی

متغیر وابسته	درجه ی آزادی	F	معنی داری
اضطراب اجتماعی	۱	۲۷/۱۲۱	۰/۰۰۱
	۱	۴/۲۰۱	۰/۰۵۷
	۱	۱۲/۰۰۹	۰/۰۰۳
	۱	۵/۳۶۳	۰/۰۳۴
ابرازگری هیجانی	۱	۱/۱۱۸	۰/۳۱۵

همان طور که در جدول فوق مشاهده می شود نتایج به دست آمده از مقایسه ی پس آزمون متغیرها در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از آن است که پس از شرکت در جلسات گروه درمانی بین فردی، نمرات افرادی که در گروه آزمایش شرکت داشتند نسبت به گروه شاهد، در متغیرهای اضطراب عملکرد ($P=0/001$ و $F=27/121$)، اضطراب موقعیت ($P=0/057$ و $F=4/201$)، اجتناب عملکرد ($P=0/003$ و $F=12/009$) و اجتناب موقعیت ($P=0/034$ و $F=5/363$) به طور معناداری کاهش یافته است که این حاکی از اثربخشی درمان بین فردی کوتاه مدت بر این متغیرها است.

نتیجه

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی بین فردی گروهی کوتاه مدت بر نشانه های اضطراب اجتماعی و ابرازگری هیجانی دانشجویان صورت گرفت. نتایج به دست آمده نشان می دهد این نوع درمان در بهبود شرکت کنندگان مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر بوده است این نتیجه مستقیماً همسو با پژوهش لیسیتز، مارکوویتز، چری و فیر (Lipsitz, Markowitz, Cherry & Fyer, 1999)، بورگی، هوفارت و سکستون (Borge, Hofart & Sexton, 2010)، لیسیتز و همکاران (Lipsitz et al, 2008)، استانجر،

چرام، هیدنریچ، برگر و کلارک (Stingier, Schramm, Heidenreich, Berger & Clark, 2011)، طاوولی، الهیاری، آزادفلاح، فتحی آشتیانی و ملیانی (Tavoli, Allahyari, Azadfalalah, Fathi-Ashtiani & Melyani, 2013) بود. در پژوهش‌های ذکر شده، همانند یافته به‌دست آمده، اختلال اضطراب اجتماعی پس از مداخله روان‌درمانی بین‌فردی کوتاه‌مدت، از کاهش معناداری برخوردار بود.

عوامل متعددی می‌توانند اثربخشی این مداخله را توجیه کنند؛ نخست اینکه افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، روابط بین‌فردی محدود و آسیب‌دیده‌ای دارند، و هدف کلی روان‌درمانی بین‌فردی کاهش یا حذف علائم روانپزشکی توسط بهبود کیفیت روابط بین‌فردی فعلی و کارکرد اجتماعی بیمار است (Sadock, Sadock & Ruiz, 2015). با کشف گزینه‌های بین‌فردی جدید، بیماران تعامل‌های ناسازگار را تغییر می‌دهند، به صورت اثربخش‌تری عمل می‌کنند و حالشان بهتر می‌شود. به محض این که آن‌ها به این گزینه‌ها پی می‌برند، شروع به تشخیص این موضوع می‌کنند که الگوی قدیمی جنبه جدائی‌ناپذیری از آن‌ها نیست بلکه یک بیماری قابل درمان است (Weisman, Markowitz & Klerman, 2012). دلیل دیگر اثربخشی این مداخله را می‌توان در همبودی بالای اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال افسردگی جستجو کرد. روان‌درمانی بین‌فردی، درمان شناخته شده با اثربخشی خاص افسردگی است و بسیاری از مشکلات بین هر دو اختلال مشترک هستند. در روان‌درمانی بین‌فردی، درمان‌گر باید افسردگی را به عنوان بخشی از فرمول‌بندی درمان در نظر بگیرد.

هم‌چنین نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که روان‌درمانی بین‌فردی تأثیر معناداری بر ابرازگری هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ندارد. این پژوهش یک بررسی مقدماتی در زمینه اثربخشی درمان بین‌فردی بر ابرازگری هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود و هیچ پیشینه‌ی پژوهشی در این زمینه وجود ندارد. بی‌گمان یافته‌های تکمیلی و پژوهش‌های آینده، می‌توانند نکات تازه‌ای را در این باره آشکار و زمینه به کارگیری آن را در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با اطمینان بیشتری فراهم سازند.

در این پژوهش مانند سایر مطالعات محدودیت‌هایی وجود داشت. نتایج این پژوهش فقط در جامعه دارای محدوده سنی ۱۸ سال به بالا انجام شده و برای سایر گروه‌های سنی کم‌تر از ۱۸ سال تعمیم نتایج باید با احتیاط انجام پذیرد. از آنجایی که در این پژوهش ابزار مورد استفاده پرسشنامه بوده است، محدودیت‌های مربوط به این ابزار را باید مد نظر قرار داد. از جمله اینکه علی‌رغم تأکیدات و توضیحات لازم از سوی درمانگر، ممکن است برخی افراد پاسخگو از ارائه پاسخ واقعی خودداری کرده، پاسخی سطحی و بدون

دقت لازم داده باشند. در پژوهش‌های آزمایشی گاهی اوقات ممکن است اثر هائورن پیش بیاید. در اثر هائورن آزمودنی‌ها عملکرد خود را بهتر از چیزی که واقعاً هستند، نشان می‌دهند. هر چند پژوهشگر از آزمودنی‌ها خواسته است که صادقانه پاسخ دهند و عملکرد واقعی خود را نشان دهند؛ اما اجرای مداخله توسط پژوهشگر ممکن است موجب چنین اثری باشد. اجرای تحقیق بر روی نمونه داوطلب که ممکن است باعث شود اثرات درمان تحت تأثیر انگیزه اعضای شرکت کننده برای بهبودی قرار گیرد. با توجه به اینکه در این پژوهش، مرحله پیگیری پس از درمان نداشتیم این امر می‌تواند در تعمیم نتایج محدودیت ایجاد کند. وجود تفاوت در میانگین پس از آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در سه مؤلفه از چهار اضطراب اجتماعی نشان‌دهنده اثربخش بودن این رویکرد درمانی است و نتایج درمانی حاصل شده، مبانی نظری زیربنایی این رویکرد را مبنی بر این که اختلالات روانپزشکی در بافت بین فردی به وجود آمده و در همین بافت بهبود می‌یابد، تأیید می‌کند. به عبارت دیگر، روان‌درمانی بین فردی کوتاه مدت یک رویکرد اثربخش در کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی می‌باشد. همچنین این روش درمان تأثیر معناداری بر ابرازگری هیجانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی ندارد.

قدردانی

مطالعه حاضر مقاله مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد که در کلینیک دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد و با همکاری موسسه عالی غیرانتفاعی شاندریز انجام یافته است. نتایج این مطالعه با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته و نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از زحمات پرسنل محترم واحدهای مذکور که در به ثمر رسیدن این مطالعه نقش داشتند، قدردانی نمایند.

References

- Ahmad M, Bagheri M. (2014). Mediating role of cognitive distortions in the relationship of adolescents' body image with social anxiety. *Journal of Behavioral Sciences*, 7 (4) 9-10. (In Persian)
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). *American Psychiatric Pub.*
- Atrifar M. (2012). Liebowitz social anxiety scale- self-report: Check out psychometric-based features. *Journal of Psychological Science*, 42. (In Persian)
- Baldwin DS, Asakura S, Koyama T, Hayano T, Hagino A, Reines E, Larsen K. (2016). Efficacy of escitalopram in the treatment of social anxiety disorder: A meta-analysis versus placebo. *European Neuropsychopharmacology*. 26(6), 1062-9.
- Baldwin DS, Anderson IM, Nutt DJ, Allgulander C, Bandelow B, den Boer JA, Christmas DM, Davies S, Fineberg N, Lidbetter N, Malizia A. (2014). Evidence-based pharmacological treatment of anxiety disorders, post-traumatic stress disorder, and obsessive-compulsive

- disorder: a revision of the 2005 guidelines from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*. 1, 28(5):403-39.
- Barlow, D. H & Durand, V. M. (2015). *Abnormal Psychology an integrative approach. Cengage Learning Publication.*
- Borge FM, Hoffart A, Sexton H. (2010). Predictors of outcome in residential cognitive and interpersonal treatment for social phobia: Do cognitive and social dysfunction moderate treatment outcome? *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 41(3), 212-9.
- Browne, G. Steiner, M. Roberts, J. Gafni, A. Byrne, C. Dunn, E. (2002). Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *Affect Disorder*, 68, 317-30.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*: 11, 221-240.
- Hoffman, S., & Otto, M., (2008). *Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety Disorder: Evidence based and disorder-specific treatment techniques. New York: Routledge.*
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. & Walters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*. 62, 617-627.
- Khorianian, M. (2013). The effectiveness of Short- term psychotherapy on depression disorders. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 7(26). 37-46. (In Persian)
- Leahy, R. Holland, S. McGinn, L. (2016). *Treatment Plans and Interventions for Depression & Anxiety Disorders*. 2th Edition, Akbari M, Chiniforoshan M. (translators). Tehran: Arjmand. (In Persian)
- Lewis, M. (2010). The emergence of human emotions. In: M. Lewis and J.M. Haviland. *Handbook of emotions. New York. 2rd.* 265 – 280.
- Liebowitz MR. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry. PubMed*, 22,141-173.
- Lipsitz JD, Markowitz JC, Cherry S, Fyer AJ. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*. 1,156(11), 1814-6.
- Lipsitz JD, Gur M, Vermes D, Petkova E, Cheng J, Miller N, Lain J, Liebowitz MR, Fyer AJ. (2008). A randomized trial of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*. 1; 25(6), 542-53.
- 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).
- Nagata T, Suzuki F, Teo AR. (2015). Generalized social anxiety disorder: A still-neglected anxiety disorder 3 decades since Liebowitz's review. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 1; 69(12):724-40.
- Nezafat Ferizi J, Mashhadi A, Amin Yazdi A, Noferehti F. (2015). The effectiveness of short-term group interpersonal psychotherapy to symptoms of depression, emotional expressiveness, social skills and quality of life in depressed university students, *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(6) 318-24. (In Persian)
- Rafieenia P, Rasoolzadeh TS, Azadfalah P. (2006). The relation between emotion expression styles with public health in university students, *Psychology Journal*, 1, 84-105. (In Persian)

- Sadock, B, Sadock, V, Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadocks Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, 11th. Ed, *Wolters Kluwer*
- Seyyed Alhoseini, Z. (2013). Efficacy of interpersonal psychotherapy group (IPT-AG) in reducing symptoms of depression and increased quality of life and social skills of adolescents. MA. Dissertation. Mashhad: *Ferdowsi University, College of psychology and education science*, 1-101. (Persian)
- Stingier U, Schramm E, Heidenreich T, Berger M, Clark DM. (2011). Cognitive therapy vs interpersonal psychotherapy in social anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*. 4; 68(7):692-700.
- Tavoli A, Allahyari A, Azadfalsh P, Fathi-Ashtiani A, Melyani M. A. (2013). Comparison of the effectiveness of interpersonal and cognitive behavioral therapies for social anxiety disorder, *Journal of Behavioral Sciences*, 7(3) 3-4. (In Persian)
- Versella MV, Piccirillo ML, Potter CM, Olino TM, Heimberg RG. (2016). Anger profiles in social anxiety disorder. *J Anxiety Disorder*. 37:21-9.
- Vriends N, Becker ES, Meyer A. Michael, T. Margraf, J. (2012). Subtypes of social phobia: Are they of any use. *J Anxiety Disorder*. 26: 393-400.
- Weisman, M. M., & Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. *New York: Basic Books*.
- Weisman O, Aderka IM, Marom S, Hermesh H, Gilboa-Schechtman E. (2011). Social rank and affiliation in social anxiety disorder. *Behavior research and therapy*. 30; 49(6):399-405.
- Weisman M, Markowitz J, Klerman GL. (2012). Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy. Mohammadhani M, Zemestani M. (translators). Tehran: *Danjeh*. (In Persian)