

A Comparison of the effectiveness of interpersonal and cognitive behavioral therapies for social anxiety disorder

Tavoli A. *MSc*[✉], Allahyari AA. *PhD*¹, Azad-Fallh P. *PhD*¹, Fathi-Ashtiani A. *PhD*², Melyani M. *MSc*¹

[✉]*Depratment Psychology, Humanities Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*

¹*Depratment Psychology, Humanities Faculty, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*

²*Behavioral Sciences Research Center, Baqiattalh University, Tehran, Iran*

Submitted: 2012.10.29 Accepted: 2013.8.11

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive - behavioral therapy (CBT) and interpersonal therapy (IPT) for reducing symptoms of social anxiety.

Methods: The design of study is pre-test - post-test in which 40 students suffering from social anxiety disorder were selected and randomly assigned to either groups of CBT and IPT. Tools used in this study included the Social Phobia Inventory (SPIN), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), and the Brief Fear of Negative Evaluation Scale, revised version (BFNE-II), and the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). Data was statistically analyzed using multivariate covariance analysis (MANCOVA).

Results: Data analysis suggested that there is significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and interpersonal therapy for reducing symptoms of social phobia and social interaction anxiety; In fact, IPT significantly decreased social phobic symptoms and social interaction anxiety in comparison to CBT (respectively $p=0.002$, $p=0.008$). The results also showed that There was no difference between the two psychotherapies in improvement to the fear of negative evaluation ($P=0.71$)

Conclusions: Interpersonal therapy was significantly more effective than IPT in engendering improvement in patients suffering from social anxiety disorder. This suggests that IPT should be considered the preferred psychotherapeutic treatment for social anxiety disorder.

Keywords: Cognitive - Behavioral Therapy, Interpersonal Therapy, Social Anxiety Disorder

مقایسه اثربخشی درمان بین فردی و درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی

آزاده طاوولی[✉]، عباسعلی اللهیاری^۱، پرویز آزاد فلاح^۱، علی فتحی آشتیانی^۲، مهديه مليانی^۱

[✉]گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۱گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران
^۲مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۸/۱۵

چکیده

مقدمه: هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری (CBT) و درمان بین فردی (IPT) در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی می‌باشد.

روش: این مطالعه از نوع طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون دوگروهی است که در آن از بین دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، نمونه‌ای ۴۰ نفره، انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه CBT و IPT اختصاص داده شدند. جلسات درمانی در قالب گروه‌های ۱۰ نفره و در طول ۱۲ هفته برگزار گردید. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN)، مقیاس اضطراب در تعاملات اجتماعی (SIAS) و فرم تجدید نظر شده مقیاس مختصر ترس از ارزیابی منفی (BFNE-II) و مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر DSM-IV (SCID) بود. داده‌های به دست آمده با روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها مشخص کرد که بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان بین فردی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی و اضطراب در تعاملات اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد، به طوری که اثربخشی IPT در کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی و اضطراب در تعاملات اجتماعی بیش‌تر از CBT می‌باشد. همچنین نتایج نشان داد که IPT از لحاظ اثربخشی بر کاهش ترس از ارزیابی منفی مبتلایان تفاوت معناداری با CBT ندارد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که از بین دو رویکرد درمان بین فردی و درمان شناختی-رفتاری، درمان بین فردی در اثربخشی بر نشانه‌های هراس اجتماعی مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری است. این یافته پیشنهاد می‌کند که IPT درمان ترجیحی برای اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، درمان بین فردی، اختلال اضطراب اجتماعی

مقدمه

هراس اجتماعی که آن را اختلال اضطراب اجتماعی نیز می‌خوانند، ترسی بارز و مستمر از شرم‌منده شدن در موقعیت‌های اجتماعی و یا در زمان انجام فعالیت در حضور دیگران است [۱]. در گذشته اضطراب اجتماعی در میان جامعه تقریباً غیر شایع فرض می‌شد، ولیکن مطالعات همه گیر شناسی شیوع بسیار بالاتری را نشان داده‌اند [۲]، به قسمی که بررسی شیوع این اختلال در جامعه ایران در سال ۱۳۸۹، حاکی از شیوع ۱۰/۱ درصد با برتری نسبت زنان مبتلا به اضطراب اجتماعی بوده است [۳].

اضطراب اجتماعی، بیماری مزمن با شروع تدریجی و زود هنگام در دوران نوجوانی می‌باشد که منجر به ناتوانی و رنج بسیار می‌گردد [۴]. این اختلال عملکرد تحصیلی، اجتماعی، خانوادگی و شخصی و نیز بهره‌وری اقتصادی فرد را به طور قابل ملاحظه‌ای مختل می‌سازد [۵] و مبتلایان را در معرض خطر بالای ابتلا به اختلال افسردگی اساسی ثانوی بر اضطراب اجتماعی و کاهش سطح کیفیت زندگی قرار می‌دهد [۶].

با توجه به تبعات این اختلال و میزان شیوع آن در جامعه [۷]، مطالعات زیادی برای ارائه درمان‌های مؤثر برای اضطراب اجتماعی صورت گرفته است [۸] و روش‌های درمانی گوناگونی شامل انواع درمان‌های دارویی و روان‌شناختی جهت بهبود اختلال اضطراب اجتماعی ارائه شده‌اند و به لحاظ تجربی نیز مورد تأیید واقع شده‌اند. رایج‌ترین درمان روانشناختی برای اضطراب اجتماعی درمان شناختی رفتاری - گروهی (CBGT) است [۹]. CBGT یک مداخله گروهی ساخت یافته است که بر اساس مدل شناختی اضطراب اجتماعی طراحی شده است [۱۰].

در مدل‌های شناختی-رفتاری، بر تحریف‌های شناختی و سوگیری‌های ادراکی تأکید می‌شود، نظریه‌های شناختی درباره اضطراب اجتماعی بر نقش باورهای مبتلایان به اضطراب اجتماعی درباره خود، دیگران و دنیا، فرآیندهای شناختی و کانون توجه در تداوم این اختلال تأکید دارند [۱۱]. نقش عوامل شناختی چون پردازش پس‌رویدادی [۱۲]، ترس از ارزیابی منفی [۱۳] و سوگیری در توجه [۱۴] در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی به اثبات رسیده است، لذا در درمان شناختی-رفتاری نقش تحریف‌ها و سوگیری‌های شناختی در سبب شناسی و ماندگاری اضطراب اجتماعی نمایان است [۱۰]. درمان شناختی-رفتاری گروهی بیش از هر درمان دیگری بر روی بیماران اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفته [۱۵] و حمایت تجربی فوق‌العاده‌ای دریافت نموده است [۱۶].

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری برای اختلالات مختلفی چون اضطرابی [۱۶]، افسردگی [۱۷]، اضطراب اجتماعی [۱۸] و پراشتهایی روانی [۱۹] تأیید شده است. اگرچه اثربخشی CBT برای درمان اضطراب اجتماعی به خوبی به تأیید رسیده است، نتایج کارآزمایی‌های بالینی نشان داده‌اند که تعداد نسبتاً معدودی از بیمارانی که درمان شناختی-رفتاری را با رعایت استانداردهای

لازمه آن دریافت نموده‌اند، بعد از اتمام دوره درمان به عملکرد بهینه دست می‌یابند [۱۸]، [۲۰]. در همین راستا پژوهش‌ها حکایت از آن دارند که درصدی از یافته‌های مربوط به نتایج درمانی کمتر از حد بهینه بعد از اجرای CBT، به ویژه در میان افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی که به افسردگی تک قطبی (افسرده‌خوبی و یا افسردگی اساسی) دچار شده‌اند، رایج است [۲۱]. با توجه به محدودیت‌های بالینی موجود در اثربخشی CBT، سودمند است که کاربرد رویکردهای روان‌درمانی جایگزین را برای درمان اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شود [۲۲]. لذا تحقیقات اخیر در این زمینه بر کاربست روش‌های درمانی جدید چون روان‌درمانی بین‌فردی (IPT) و ذهن‌آگاهی متمرکز شده‌اند [۲۳].

از آنجا که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، روابط بین‌فردی محدود و آسیب دیده‌ای دارند [۵]، بنابراین نشانه‌های اضطراب اجتماعی را می‌توان به عنوان یک بخش یا نتیجه آسیب بین‌فردی کلی‌تر در نظر گرفت. لذا IPT را می‌توان به عنوان یک جایگزین موجه برای درمان اضطراب اجتماعی به حساب آورد. IPT که به عنوان درمانی متمرکز و کوتاه مدت جهت درمان افسردگی ابداع شده است، بر بهبود عوامل ارتباطی مختلف در زندگی فرد تمرکز می‌کند [۲۴].

اثربخشی درمان بین‌فردی در قالب فردی و گروهی برای اختلالات افسردگی [۲۵] و افسرده خوبی [۲۶]، اختلال دو قطبی [۲۷] و پراشتهایی روانی [۲۸] تأیید شده است. با توجه به شیوع بالای اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی و از آنجا که روان‌درمانی بین‌فردی، درمان شناخته شده با اثربخشی خاص افسردگی است و بسیاری از مشکلات بین فردی (انتقال نقش، مشاجره‌ها در نقش) برای هر دو اختلال مشترک هستند و از آنجا که در IPT درمان‌گر باید افسردگی را به عنوان بخشی از فرمول‌بندی درمان در نظر بگیرد، ممکن است IPT منافع ویژه‌ای برای بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی داشته باشد [۲۲]. از این رو بررسی اثربخشی IPT در درمان اختلال اضطراب اجتماعی توجه محققین را به خود جلب نموده و اولین مطالعه کارآمدی این درمان توسط لیبسیتزر و همکاران [۲۹]، بر روی یک گروه از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی صورت گرفته و در اولین گام، کارآمدی این درمان ثابت گردیده است. همچنین در مطالعات متعاقب، به مقایسه درمان بین فردی با سایر درمان‌های روانشناختی معتبر نیز پرداخته شده است [۲۹] و [۳۰]، [۳۱]. به عنوان مثال، بورگی و همکاران [۳۱] در مطالعه‌ای، به مقایسه اثربخشی IPT و CT بر روی دو گروه از بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی بستری در بخش‌های یک کلینیک اختلالات روانی در نروژ پرداختند. نتایج مقایسه این دو روش درمانی حاکی از آن بود که هر دو درمان بهبود معناداری را در نمرات اضطراب اجتماعی بیماران ایجاد کرده و هیچ تفاوت معناداری بین پاسخ به دو درمان وجود ندارد [۳۱]. اثربخشی روش درمان بین‌فردی همچنین در جامعه بیماران سرپایی مراجعه کننده به کلینیک اختلالات اضطرابی نیز با روش

درمانی شناختی-رفتاری گروهی. هر گروه، کاربندی طی ۱۲ هفته و توسط دو روان‌درمانگر که در زمینه روش‌های درمانی مذکور دوره آموزشی را طی کرده و تحت سرپرستی متخصصین آن رویکرد درمانی، فعالیت بالینی داشته‌اند، تحت درمان گروهی واقع شدند. در انتهای جلسه دوازدهم کلیه آزمودنی‌ها توسط پرسشنامه های پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

در این پژوهش از پرسشنامه هراس اجتماعی، و مقیاس اضطراب در تعاملات اجتماعی، فرم تجدیدنظر شده مقیاس مختصر ترس از ارزیابی منفی و مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر DSM-IV-TR استفاده شد.

پرسشنامه هراس اجتماعی (SPIN): این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران [۳۳] به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که هر ماده یا سؤال براساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (اصلاً: ۰، بی‌نهایت: ۴) نمره گذاری می‌شود و نقطه برش آن در مجموع ۱۹ می‌باشد. اعتبار این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برابر با ۰/۹۴ گزارش شده است [۳۳]. در ایران نیز مؤمنی [۳۴]، این پرسشنامه را از نظر ویژگی‌های روانسنجی مورد بررسی قرار داده و ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه را ۰/۸۸، آلفای نیمه اول و دوم پرسشنامه را به ترتیب برابر با ۰/۸۱ و ۰/۷۷ و همبستگی بین دو نیمه را ۰/۷۷ و ضریب اعتبار آن به واسطه آزمون اسپیرمن را برابر با ۰/۸۷ گزارش کرد.

مقیاس اضطراب در تعاملات اجتماعی (SIAS): این مقیاس حاوی ۲۰ پرسش است که توسط متیک و کلارک [۳۵] برای ارزیابی اضطراب اجتماعی در ارتباطات دو نفره یا گروهی طراحی شده است و در یک لیکرت ۵ نمره‌ای از ۰ (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا ۴ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) درجه بندی شده است. پرسش‌های این مقیاس در قالب جملاتی طراحی شده است که توصیف کننده واکنش فرد به موقعیت‌های مرتبط با تعاملات اجتماعی گروهی و یا بین‌فردی می‌باشد. نمره کل مقیاس SIAS در دامنه ۰ تا ۸۰ قرار دارد و نمرات بالاتر معرف سطوح بالاتر اضطراب در تعاملات اجتماعی می‌باشد. مقیاس SIAS به زبان‌های مختلف ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن در بسیاری از کشورهای جهان مورد بررسی قرار گرفته است. روایی این مقیاس ۰/۸۴ و در بازآزمایی اعتبار ۰/۹۱ گزارش شده است [۳۶]. روایی و اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر بررسی شده است. همسانی درونی نسخه فارسی SIAS با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ارزیابی شد که در نتیجه این ضریب، ۰/۹۰ محاسبه گردید. همچنین در بررسی اعتبار بازآزمایی این مقیاس، ضریب همبستگی ($r = 0.79, p < 0.001$) به دست آمد. آزمون آماری «مقایسه گروه‌های شناخته شده» جهت بررسی روایی پرسشنامه

شناخت درمانی به مقایسه گذاشته شده و نشان داده شده است که اثربخشی CT بر علائم هراس اجتماعی این بیماران بیش‌تر از IPT بوده ولی بین دو روش درمانی مذکور از لحاظ کاهش نشانه های افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد [۳۲].

همان طور که در محدود مطالعاتی که در زمینه مقایسه اثربخشی درمان بین‌فردی و سایر درمان‌ها برای جامعه بالینی متشکل از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مشاهده می‌شود، IPT به اندازه درمان شناختی مؤثر واقع شده است. از آنجایی که تا به حال در هیچ مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی IPT و CBT به ویژه در جمعیت دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته نشده است، هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان بین‌فردی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های آزمایشی است. انتصاب آزمودنی‌ها به گروه‌های آزمایشی، به صورت تصادفی انجام می‌شود و مداخلات درمانی توسط درمانگر اعمال می‌گردد. در این مطالعه، مداخله درمانی (درمان بین‌فردی و درمان شناختی-رفتاری) به عنوان متغیر مستقل و سطح اضطراب اجتماعی و اضطراب در تعاملات اجتماعی و متغیر شناختی ترس از ارزیابی منفی، به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته می‌شوند. جنسیت نیز متغیر کنترل می‌باشد. جامعه پژوهش حاضر، دربرگیرنده کلیه بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی است. پس از اعلان برگزاری جلسات در سایت متخصصین ایران، از دانشجویان دختر متقاضی و علاقمند به شرکت در گروه درمانی ثبت نام به عمل آمد. سپس افراد داوطلب از لحاظ اضطراب اجتماعی مورد سنجش واقع شدند. بر اساس نقطه برش ۱۹ در مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN) و مصاحبه بالینی ساخت‌یافته بر اساس راهنمای تشخیصی-آماري اختلالات روانی (SCID)، تعداد ۴۰ نفر از دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی شناسایی، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه جایگزین گردیدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به اضطراب اجتماعی، مؤنث بودن و رضایت به مشارکت در پژوهش. ملاک‌های خروج از مطالعه عبارت بودند از: سابقه اختلال سایکوتیک یا دوقطبی در طول عمر، سابقه ابتلا به اختلال‌های شخصیت اسکیزوئید و اجتنابی، اختلال وسواس-اجبار، وحشتزدگی و فکر خودکشی در ۶ ماه اخیر، سوء مصرف مواد یا الکل، مصرف داروی روان‌گردان و روان‌درمانی طی ماه اخیر.

پس از جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه درمانی، آزمودنی‌ها سایر مقیاس‌های پژوهش را تکمیل کردند. بدین صورت دو گروه مورد بررسی و مقایسه در این پژوهش عبارت بودند از: افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تحت روان‌درمانی بین فردی گروهی و افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تحت روان

روایی صوری نسخه ایرانی مقیاس BFNE-II نیز مشخص کرد که مقیاس BFNE-II از روایی قابل قبولی برخوردار است.

مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر DSM-IV (SCID)
IV: مصاحبه مذکور بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV و به منظور تشخیص اختلالات روانی به صورت ساخت یافته طراحی شده است و با به پرسش نهادن نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را تأیید می‌نماید و اختلال‌هایی چون اختلال هراس، اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی، اختلال شخصیت اجتنابی و اختلال طبعی کلی یا اختلال روانی دیگر که ترس این اختلال با آن ربط ندارد، چون ترس مربوط به لکتن زبان، لرزش در بیماری پارکینسون، یا ابراز رفتارهای ناپه‌نجانر مربوط به خوردن در بی‌اشتهایی روانی یا پرآشتهایی روانی را رد می‌کند. اعتبار و قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار در پژوهش شریفی و همکاران [۳۹] تأیید شده است. در این مطالعه مشخص شد که اعتبار تشخیص‌گذاری با SCID تقریباً در تمام تشخیص‌ها قابل قبول (۰/۷) می‌باشد.

درمان‌های مورد نظر در این پژوهش مبتنی بر راهنماهای درمانی است که به منظور درمان افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی توسط لیبسیتزر و همکاران [۲۲] و همیبرگ و همکاران [۴۰] طراحی شده است.

افراد طی ۱۲ هفته تحت درمان بین‌فردی گروهی و یا شناختی-رفتاری گروهی قرار می‌گیرند. به جز جلسه پیش‌گروهی که در آن درمان‌گر از طریق مصاحبه در مورد علائم اضطراب اجتماعی افراد

نشان داد که گونه فارسی SIAS قادر به افتراق زیر گروه جمعیتی به تفکیک جنسیت است به صورتی که زنان طبق انتظار در این مقیاس نمرات بالاتری را به دست آوردند ($p=0/035$). آزمون روایی همگرا با استفاده از محاسبه همبستگی نمره مقیاس SIAS با نمرات مقیاس‌های BFNE ($r = 0/54$ ، $p < 0/001$) و SPIN ($r = 0/68$ ، $p < 0/001$) نتایج مطلوبی را به دست داد. در مجموع نتایج نشان داد که گونه فارسی مقیاس SIAS که در جریان مطالعه حاضر، تهیه گردید، ابزاری با اعتبار و روایی مناسب است [۳۷].

فرم تجدید نظر شده مقیاس مختصر ترس از ارزیابی منفی (BFNE-II): این مقیاس میزان ترس از ارزیابی منفی را اندازه‌گیری می‌کند. BFNE-II از ۱۲ ماده تشکیل شده و نمره‌گذاری آن طبق مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد (اصلاً: ۰، خیلی زیاد: ۴). کارتون و همکاران [۳۸] نقطه برش این مقیاس را ۲۵ گزارش نموده و ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس را مورد بررسی قرار دادند. همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۹ گزارش گردیده است و تحلیل عاملی این مقیاس نشانگر ساختار عاملی واحد بود که با مبانی نظری مقیاس ترس از ارزیابی منفی همخوانی دارد. بررسی اعتبار و روایی این مقیاس در میان جامعه دانشجویان ایرانی در مطالعه حاضر و از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ و اعتبار صوری محاسبه شده و ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۲ به دست آمده است که حاکی از همسانی درونی قابل قبول مقیاس می‌باشد. محاسبه

جدول ۱. خلاصه ساختار جلسات درمان IPT

جلسه اول	برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی، ایجاد پیوستگی گروهی، خلاصه‌ای از طرح درمانی
جلسه دوم	تبیین اختلال اضطراب اجتماعی در چارچوب ابعاد زیستی-روانی-اجتماعی، تعریف علائم افراد به عنوان بخشی از یک اختلال شناخته شده (Sick Role)
جلسه سوم	ارزیابی روابط بین‌فردی گذشته و روابط کنونی، تکمیل سیاهه روابط بین‌فردی، برقراری ارتباط بین هراس اجتماعی و روابط بیماران، کمک به بیماران برای مشارکت و تعامل با اعضای گروه
جلسه چهارم	فرمول‌بندی حیطه بین‌فردی و تعیین یک حیطه نالایمی نقش و یک هدف بین‌فردی کاملاً اختصاصی به عنوان یک هدف ابتدایی
جلسه پنجم	تحلیل تعاملات و ارتباطات افراد، تسهیل ابراز واکنش‌های هیجانی نسبت به آنچه که در درون و بیرون از گروه تجربه می‌کنند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی
جلسه ششم و هفتم	آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن از طریق فرایندهای: -تغییر انتظارات منفی و اضطراب قبل از یک رویداد بین‌فردی -آماده کردن مراجع برای آن رویداد به وسیله در نظر گرفتن گزینه‌های راهبردی بین‌فردی -رسیدگی به تجربه‌های مراجع بعد از آن رویداد
جلسه هشتم	کار روی موضوع‌های بین‌فردی انفعال، عدم قاطعیت، ابراز خشم، ترس از مخالفت
جلسه نهم	افزایش مهارت‌های بین‌فردی مانند ابراز نیازها و احساسات و ارائه بازخورد به واکنش‌های دیگران و کار روی آگاهی، پذیرش و تحمل احساسات خود در تعامل اجتماعی
جلسه دهم	تحریک جرأت‌مندی و خودمختاری در صورت اجتناب گروه از تمرکز بر مشکلات بین‌فردی، ارزیابی کار روی نالایمی نقش، تصریح تغییرات کسب شده در عملکرد نقش و تصریح پیامدهای تغییر
جلسه یازدهم	بررسی پیشرفت درمان، آماده‌سازی برای انتقال و خاتمه گروه، آموزش چگونگی جلوگیری از انزوای اجتماعی و دریافت حمایت اجتماعی، تحکیم تغییرات حاصله و آماده کردن او جهت مقابله با تجارب و موقعیت‌های چالش‌انگیز آینده
جلسه دوازدهم	ابراز احساسات در مورد خاتمه درمان و ارائه شاخص‌های هشدار جهت مراجعه به درمان‌گر

جدول ۲. خلاصه ساختار جلسات درمان CBT

جلسه اول	برقراری اتحاد درمانی و مرور علائم اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی، ایجاد پیوستگی گروهی توضیح مشکل فرد در قالب اضطراب اجتماعی، خلاصه‌ای از طرح درمانی
جلسه دوم	معرفی ماریچ پاپین رونده اضطراب، ارائه سبب شناسی اضطراب اجتماعی، ارائه منطق سه مؤلفه درمان، تکلیف "واکنش به شروع طرح درمانی"
جلسه سوم	مرور تکلیف خانگی، ساخت سلسله مراتب ترس و اجتناب، توضیح و تمرین خود بازیابی، تخصیص تکلیف خانگی
جلسه چهارم	مرور تکلیف، افکار خود-آیند و هیجان‌ناشی از آن‌ها، مروری مقدماتی بر مهارت‌های بازسازی شناختی، شناسایی افکار خود-آیند و هیجان‌ناشی از آن‌ها، تخصیص تکلیف خانگی
جلسه پنجم	مرور تکلیف خانگی، تعیین خطاهای تفکر، به چالش گذاشتن افکار خود-آیند، استفاده از پاسخ‌های عاقلانه، تخصیص تکلیف خانگی، آماده سازی برای اولین جلسه رویارویی
جلسه ششم و هفتم	مرور تکلیف، مرور منطق رویارویی تدریجی و منظم، انجام رویارویی درون جلسه‌ای، تکلیف خانگی
جلسه هشتم	مرور تکلیف خانگی، ارائه چندین نکته تکمیلی درباره رویارویی‌های بعدی، انجام رویارویی درون جلسه‌ای، بررسی پرسش‌های مراجع و پاسخ گویی به آن‌ها، تخصیص تکلیف
جلسه نهم و دهم	مرور تکلیف، توضیح منطق بازسازی شناختی پیشرفته، باورهای بنیادین، کشف و به چالش گذاشتن باورهای بنیادین، تخصیص تکلیف خانگی
جلسه یازدهم و دوازدهم	ارزیابی پیشرفت، تصمیم‌گیری درباره درمان‌های تکمیلی، بحث درباره احتمال عود و پیشگیری از آن، توضیح فرآیند پایان، بررسی انتظارات از بعد از پایان گرفتن درمان، آگاهی بخشی درباره هیجان‌ناشی مختلف درباره پایان گرفتن درمان

جهت بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در مورد متغیرهای مورد بررسی، آزمون همسانی خطای واریانس‌های لوین اجرا گردید و مشخص گردید که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان می‌دهد که با کنترل آماری واریانس پیش‌آزمون، تفاوت بین میانگین نمرات پس‌آزمون دو گروه مورد مطالعه در دو متغیر هراس اجتماعی و اضطراب در تعاملات اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد، به عبارت دیگر، اثربخشی درمان بین‌فردی بر کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی ($F=12/4, P=0/002$) و اضطراب در تعاملات اجتماعی ($F=8/5, P=0/008$) بیش‌تر از درمان شناختی-رفتاری است، ولی بین اثر بخشی درمان بین‌فردی و درمان شناختی-رفتاری در کاهش ترس از ارزیابی منفی تفاوت معناداری مشاهده نشد ($F=0/14, p=0/71$) (جدول ۴).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار نمره‌های گروه‌های در پیش‌آزمون و پس-آزمون ابزارهای اندازه‌گیری

مقیاس	درمان شناختی-رفتاری (N=14)	درمان بین-فردی (N=16)
SPIN*	پیش‌آزمون ۲۷/۹ (۸/۳)	۳۰ (۷/۶)
	پس‌آزمون ۱۶/۹ (۵/۴)	۱۳/۱ (۴/۸)
SIAS**	پیش‌آزمون ۳۳/۵ (۱۱/۵)	۳۲/۹ (۱۱/۴)
	پس‌آزمون ۱۸/۹ (۷/۶)	۱۲/۹ (۵/۵)
BFNE-II***	پیش‌آزمون ۲۵/۶ (۱۰/۲)	۲۷/۷ (۱۰/۶)
	پس‌آزمون ۱۳/۱ (۸/۷)	۱۳/۶ (۶/۷)

اطلاعاتی به دست می‌آورد و ضمن برقراری اتحاد درمانی، تشخیص اختلال را به بیمار ارائه می‌نماید، باقی جلسات در قالب گروهی انجام می‌گردد. جلسات گروهی در قالب گروه‌های ۱۰ نفره در هر دو درمان طی مدت ۹۰ دقیقه و به صورت هفتگی برگزار می‌گردد. در ادامه شرح مختصری از عناوین جلسات، در هر دو روش آمده است (جدول شماره ۱).
روش پردازش داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون و مقایسه دو گروه مورد مطالعه در متغیرهای اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در تعاملات اجتماعی استفاده شد.

یافته‌ها

از مجموع ۴۰ آزمودنی داوطلب درمان در جلسه آغازین ۴ نفر از گروه IPT و ۶ نفر از گروه CBT در اواسط درمان انصراف دادند و در نهایت ۳۰ آزمودنی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مورد بررسی و تحلیل قرار گرفتند که در دامنه سنی ۳۱-۱۸، با میانگین سنی ۲۳/۱۳ و انحراف معیار ۳/۴۴ قرار داشتند، اکثر بیماران مورد مطالعه مجرد (۸۳/۳ درصد) و دانشجوی کارشناسی (۶۶/۷ درصد) بودند و از نظر جنسیتی نیز همه مؤنث بودند.
بعلاوه میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه هراس اجتماعی و اضطراب در تعاملات اجتماعی و فرم تجدید نظر شده مقیاس مختصر ترس از ارزیابی منفی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۴. تحلیل کوواریانس نمرات هراس اجتماعی و اضطراب در تعاملات اجتماعی در دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان بین‌فردی، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون	سطح معناداری
هراس اجتماعی	۱۲/۴۷	۰/۰۰۲	۰/۵۲	۰/۹۲	۰/۰۰۲	
اضطراب در تعاملات اجتماعی	۸/۵۲	۰/۰۰۸	۰/۵۵	۰/۸	۰/۰۰۸	
ترس از ارزیابی منفی	۰/۱۴	۰/۷۱	۰/۰۰۶	۰/۰۶	۰/۷۱	

بحث

هدف اصلی این مطالعه بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان بین‌فردی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که از بین دو رویکرد درمان بین‌فردی و درمان شناختی-رفتاری، درمان بین‌فردی در اثربخشی بر نشانه‌های هراس اجتماعی و اضطراب در تعاملات اجتماعی مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری است. به دلیل این که هر دو گروه را درمانگران یکسانی هدایت کردند تا اثر تفاوت‌های شخصیتی درمان‌گران مختلف خنثی گردد، این تفاوت در میزان بهبودی نمی‌تواند از اثر درمانگر ناشی شده باشد. لذا می‌توان گفت که این تفاوت آماری به دست آمده، ناشی از تفاوت در اثربخشی دو روش درمانی مذکور بوده است. یافته دیگر در پژوهش حاضر برتری معنادار درمان بین‌فردی در کاهش اضطراب در تعاملات اجتماعی در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری است. قابل پیش‌بینی است که IPT، روش درمانی است که مشکلات بین‌فردی را هدف قرار داده و به حل مسائل کنونی موجود در تعاملات بیماران می‌پردازد، اثربخشی بیشتری بر کاهش اضطراب در تعاملات اجتماعی داشته باشد.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان به تأثیر فرمت درمان گروهی و نقش آن در پیامد درمانی اشاره نمود. درمان گروهی برای تحقق مفاهیم و اهداف خاص مدل IPT مناسب‌تر است. بین حیطه تمرکز بین‌فردی موضوع‌های نالیمنی نقش اجتماعی و فعالیت‌های گروهی در گروه درمانی همخوانی بالایی وجود دارد. چند رفتار از نقش اجتماعی مطلوب (به عنوان مثال، خودافشایی مسائل شخصی و ابراز نیازها و ...) رفتارهایی هستند که در درمان‌های گروهی دنبال می‌شوند و روی آن‌ها تمرین می‌شود. این در حالی است که تحقیقات متعددی که در زمینه مقایسه درمان شناختی رفتاری گروهی و انفرادی صورت گرفته است، به یافته‌های متناقضی منتج شده است و در برخی مطالعات گزارش شده است که تمرکز CBT بیش‌تر به صورت درون‌روانی است و از این رو در مقایسه با IPT تناسب کم‌تری با فعالیت‌های گروهی دارد [۳۱]. در حمایت از این دیدگاه، دو مطالعه که به بررسی اثربخشی شناخت درمانی انفرادی و گروهی پرداخته‌اند، نشان داده‌اند که شناخت درمانی در فرمت گروهی در مقایسه با فرمت انفرادی اثربخشی کم‌تری در پی دارد [۴۱]، [۴۲].

یک تبیین احتمالی ناهمخوانی یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه‌ای که/استنجر و همکاران [۳۲] در زمینه اثربخشی CT و IPT در قالب درمان انفرادی انجام دادند، علاوه بر فرمت گروهی درمان، مربوط می‌شود به تفاوت‌های موجود در روش درمانی شناخت درمانی مبتنی بر الگوی کلارک و ولز [۱۱] که در مطالعه/استنجر و همکاران [۳۲] به کار برده شده و درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر الگوی هیمبرگ [۴۰] که در این پژوهش مورد استفاده واقع شده است.

نتایج مطالعه حاضر همچنین با نتایج مطالعه بورگی و همکاران [۳۱] در زمینه مقایسه اثربخشی IPT و CT مغایرت داشت. آن‌ها طی مطالعه‌ای، اثربخشی RIPT و RCT را بر روی دو گروه از بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی بستری در بخش‌های یک کلینیک اختلالات روانی مقایسه گردید. نتایج مقایسه این دو روش درمانی حاکی از آن بود که هر دو درمان بهبود معناداری را در نمرات اضطراب اجتماعی بیماران ایجاد کرده و هیچ تفاوت معناداری بین پاسخ به دو درمان وجود ندارد. یک تبیین احتمالی مغایرت یافته‌های مطالعه حاضر با مطالعه بورگی و همکاران [۳۱] در رابطه با خصوصیات آزمودنی‌ها و ماهیت بستری درمان می‌باشد. در مطالعه بورگی و همکاران [۳۱] با وجود آنکه بیماران مبتلا به اختلالات سایکوتیک، اختلالات روانی عضوی، سوء مصرف مواد، دارای سابقه افسردگی اساسی و تحت درمان با داروهای ضد افسردگی از مطالعه خارج شدند، با این حال نمونه مورد بررسی آن مطالعه شامل بیماران مبتلا به هراس اجتماعی شدید بود که در مراجعات قبلی به مراکز درمانی مختلف بهبود نیافته بودند، و نیز تعدادی از آن‌ها به اختلال همراه اختلال بدشکلی بدنی مبتلا بودند. این در حالی است که آزمودنی‌های مطالعه حاضر از میان دانشجویان مشغول به تحصیل انتخاب شده و همان‌طور که در بخش یافته‌ها مشاهده می‌شود، از لحاظ شدت علائم و نرخ آسیب و افت عملکرد پایین‌تر از شرکت‌کنندگان مطالعه بورگی و همکاران بودند. با توجه پایین بودن سطح ناتوانی و بدکنشی کلی بیماران مورد بررسی می‌توان انتظار داشت که IPT در کاهش علائم هراس اجتماعی مؤثرتر از CBT عمل نماید، زیرا همان‌طور که بورگی و همکاران [۴۳] نشان داده‌اند، اختلال ناچیز عملکرد اجتماعی پیش‌بین نتیجه درمانی بهتر در IPT است و اگر عملکرد عمومی و شناختی بیمار شدیداً دچار اختلال شده باشد، IPT اثربخشی ضعیفی در پی خواهد داشت. یافته دیگر این پژوهش مربوط به نتایج تحلیل نمرات ترس از ارزیابی منفی در دو گروه CBT و IPT است. همان‌طور که در بخش یافته‌ها ذکر شد، در مورد ترس از ارزیابی منفی، تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با درمان بین‌فردی وجود ندارد. این بخش از پژوهش حاضر همسو با یافته‌های پژوهش بورگی و همکاران [۳۱] می‌باشد. از آنجا که ترس از ارزیابی منفی یک مؤلفه شناختی در اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته می‌شود [۴۴]، لذا انتظار می‌رفت که درمان شناختی-رفتاری بر این مؤلفه تأثیر ویژه‌ای داشته باشد، از این رو علیرغم متغیرهای قبلی از جمله اضطراب در تعاملات اجتماعی و هراس اجتماعی، اثربخشی IPT بیش‌تر از CBT نمی‌باشد و این دو روش درمانی از لحاظ تأثیری که بر شدت ترس از ارزیابی منفی دارند، برابری می‌کنند.

گروه IPT افت نسبتاً کمی را نشان داد و این پایین بودن نسبت افت حاکی از بالا بودن قابلیت تحمل این درمان است [۳۱]. نرخ افت در IPT در پژوهش حاضر با ۱۵-۲۵ درصد میزان افت، که

دیگر این مطالعه است و انجام آن در مطالعات متعاقب امکان اظهار نظر قطعی در مورد پایداری اثرات درمانی دو روش CBT و IPT را فراهم می‌نماید. از آنجا که در این پژوهش، صرفاً از روش درمان گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود مقایسه اثربخشی IPT و CBT در قالب درمان های انفرادی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج فردی و گروهی با یکدیگر مقایسه شوند.

نتیجه گیری

نظر به نتایج به دست آمده در این پژوهش می‌توان گفت که بین دو رویکرد درمان بین فردی و درمان شناختی-رفتاری، درمان بین فردی در اثربخشی بر نشانه‌های هراس اجتماعی مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری است. این یافته پیشنهاد می‌کند که IPT درمان ترجیحی برای اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی: از همه عزیزانی که در این تحقیق مشارکت داشته اند، تشکر و قدردانی می‌نمایم.

منابع

1. American Psychiatric Association P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (4th Ed): Washington, DC; 2000.
2. Stein M, Walker J, Forde D. Public speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on function and diagnostic classification. Arch Gen Psychiatr. 1996; 53(2):169-74.
3. Talepasand S, Nokani M. Social Phobia Symptoms: Prevalence and Sociodemographic Correlates. Arch Iran Med. 2010; 13(6):522-27.
4. Bisserbe J, Weiller E, Boyer P. Social phobia in primary care: level of recognition and drug use. Int Clin Psychopharmacol. 1996; 11 (Suppl 3):25-8.
5. Wittchen H, Stein H, Kessler R. Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: prevalence, risk factors, and comorbidity. Psychol Med. 1999; 29(2): 309-23.
6. Ghaedi G, Tavoli A, Bakhtiari M, Melyani M, Sahragard M. Quality of life in college Sstudents with and without social phobia. Soc Indic Res. 2010; 97:247-56.
7. Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters E. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Arch Gen Psychiatr. 2005; 62(6):593-602.
8. Jørstad-Stein E, Heimberg RG. Social phobia: An update on treatment psychiatric. Psychiatr Clin North Am. 2009; 32(3): 641-63.
9. Hofmann S, Bogels S. Recent advances in the treatment of social phobia: introduction to the special issue. J Cogn Psychother. 2006; 20(1):3-5.
10. Rapee R, Heimberg R. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behav Res Ther. 1997; 35(8):741- 65.

معمولاً در مطالعات اجتماعی مربوط به هراس اجتماعی [۱۸]، و یا ۲۳ درصد افت در مطالعات مربوط به افسردگی [۴۵] دیده می‌شود، قابل مقایسه است. افت در گروه CBT برای برنامه‌های CBT غیر معمول نیست، اما از افت در CT انفرادی، در مطالعه بورگی و همکاران [۳۱] و کلارک و همکاران [۴۶]، بیش‌تر بود. با وجود آنکه مطالعه حاضر گستره مطالعات مربوط به درمان های اختلال اضطراب اجتماعی را توسعه داده است، از محدودیت‌هایی نیز برخوردار است که در این بخش به اهم آن‌ها اشاره می‌گردد: محدود بودن نمونه مورد بررسی به دانشجویان دختر ممکن است تعمیم یافته‌های آن به سایر بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، شامل بیماران جنس مذکر و به ویژه بیماران مراجعه کننده به مراکز روان درمانی را که از علائم شدیدتر و اختلالات همراه بیش‌تر رنج می‌برند، محدود نماید. از این رو تکرار مطالعه حاضر در جامعه بالینی می‌تواند مقایسه بهتر نتایج و تعمیم‌پذیری یافته‌ها را امکان پذیر نماید. همچنین عدم ارزیابی پیگیری یک ساله جهت مقایسه نرخ تداوم بهبودی در دو روش درمانی محدودیت

11. Clark D, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: social phobia: Diagnosis, assessment and treatment. New York: Guilford Press; 1995.
12. Bassak Nejad S, Moini N, Mehrabzadeh Honarmand M. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. J Behav Sci. 2011; 4(4):335-40. [Persian]
13. Beidel D, Turner S. Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorder(2 Ed). Washington, DC: American Psychological Association; 2007.
14. Zare H, Ghanbariha N, Sadipoor E. A comparison memory recognition among students with and without social anxiety. J Behav Sci. 2008; 2(3):193-200. [Persian]
15. Chambless DL, Ollendick TH. Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. Annu Rev Psychol. 2001; 52:685-716.
16. Hofmann S, Smits J. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo controlled trials. J Clin Psychiatr. 2008; 69(4):621-32.
17. Aghaei A, Jalali D, Aminzadeh M. Comparing efficacy of group Cognitive- Behavioral Psychotherapy, fluoxetine and hypiran in treatment of depression in women. J Bahav Sci Res. 2009; 7(2):131-41. [Persian]
18. Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioural treatments for social phobia J Behav Ther Exp Psychol. 1996; 27(1):1- 9.
19. Azari S, Poursharifi H, Fata L. Efficacy of short term cognitive-behavioral therapy on binge eating disorder. J Behav Sci. 2013; 6(4):377-82. [Persian]

20. Davidson J, Foa E, Huppert J, Keefe F, Franklin M, Compton J, et al. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatr*. 2004; 61(10):1005-13.
21. Chambless D, Sanderson W, Shoham V, Johnson S, Pope K, Crits-Christoph P, et al. Predictors of response to cognitive-behavioural group therapy for social phobia. *J Anxiety Disord*. 1997; 11(3):221-40.
22. Lipsitz J, Markowitz J, Cherry S, Fyer JA. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatr*. 1999; 156:1814-6.
23. Rowa K, Antony M. Psychological treatments for social phobia. *Can J Psychiatr*. 2005; 50(6):308-16.
24. Klerman G, Dimascio A, Weissman M, Prusoff B, Paykel E. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatr*. 1974; 131(2):186-91.
25. Weissman M, Markowitz J, Klerman G. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy(1 Ed). New York: Basic Books; 2000.
26. Browne G, Steiner M, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Dunn E. 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. *J Affect Disord*. 2002; 68(2-3):317-30.
27. Frank E, Swartz H, Kupfer D. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biol Psychiatr*. 2000; 48:593-604.
28. Fairburn C, Jones R, Peveler R, O'Conner M, Hope R. Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Arch Gen Psychiatr*. 1991;48:463-9.
29. Lipsitz J, Markowitz J, Cherry S, Fryer A. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatr*. 1999;156:1814-6.
30. Lipsitz J, Gur M, Vermes D, Petkova E, Cheng J, Miller M, et al. Randomized trail of interpersonal therapy versus supportive therapy for social anxiety disorder. *Depress Anxiety*. 2008; 25:542- 53.
31. Borge F, Hoffart A, Sexton H, Clark D, Markowitz J, McManus F. Residential cognitive therapy versus residential interpersonal therapy for social phobia: A randomized clinical trial. *J Anxiety Disord*. 2008; 22:991-1010.
32. Stangier U, Schramm E, Heidenreich T, Berger M, Clark D. Cognitive Therapy vs Interpersonal Psychotherapy in Social Anxiety Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Arch Gen Psychiatr*. 2011;68: 7.
33. Connor K, Jonathan R, Davidson L, Churchill E, Sherwood A, Weisler R, et al. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Brit J Psychiatr*. 2000;176:379-86.
34. Moemeni N. effectivebess of EMDR in social anxiety disorder [Dissertation]. Tehran: Shahed University; 2007. [Persian]
35. Mattick R, Clarke J. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behav Res Ther*. 1998; 36(4):455-70.
36. Hope D, Heimberg R, Turk C. Therapist guide for managing socialanxiety: A cognitive-behavioral therapy approach. New York: Oxford University Press.; 2006.
37. Tavoli A, Allahyari A, Azadfalsh P, Fathi-Ashtiani A, Melyani M, Sahragard M. Validity and Reliability of the Farsi Version of Social Interaction Anxiety Scale (SIAS). *Iran J Psychiatr Clin Psychol*. 2012;18:227-32. [Persian]
38. Carleton, RN, McCreary DR, Norton PJ, Asmundson GJG. Brief fear of negative evaluation scale-revised. *Depress Anxiety*. 2006; 23: 297-303.
39. Sharifi V, Asade M, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H. Validity and reliability of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). *J Cogn Sci*. 2004;1:10-22. [Persian]
40. Hope D, Heimberg R, Juster H, Turk C. Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (Client workbook). New York: Oxford University Press; 2000.
41. Mortberg E, Clark D, Sundin O, Wistedt A. Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy versus treatment as usual in social phobia: A randomized controlled study. *Acta Psychiatr Scand*. 2007; 115:142-54.
42. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark D. Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behav Res Ther*. 2003; 41:991-1007.
43. Borge F, Hoffart A, Sexto H. Predictors of outcome in residential cognitive and interpersonal treatment for social phobia: Do cognitive and social dysfunction moderate treatment outcome? *J Behav Ther Exp Psychiatr*. 2010; 41: 212-19.
44. Weeks J, Norton P, Heimberg R. Exploring the latent structure of two cognitive components of social anxiety: Taxometric analyses of fears of negative and positive evaluation. *Depress Anxiety*. 2009; 26(2):40-8.
45. Arnow B, Blasey C, Manber R, Constantino M, Markowitz J, Klein DNea. Dropouts versus completers among chronically depressed outpatients. *J Affect Disord*. 2007; 97:197-203.
46. Clark D, Ehlers A, Hackmann A, Fennell M, McManus F, Waddington L ea. Cognitive therapy versus exposure & relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *J Couns Clin Psychol*. 2006; 74:568-78.