

مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر رایانه با درمان به شیوه بالینی در اختلال هراس اجتماعی

دکتر حسین قمری گیوی^۱
عبدالصمد آق^۲
سعید مهرآبادی^۳

چکیده

اختلال هراس اجتماعی با ترس پایدار و مشخص از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی مشخص می‌شود و ممکن است همراه با کم‌رویی و احساس حقارت باشد. پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری به سه شکل تحت وب، به شیوه بسته نرم‌افزاری و به شیوه بالینی در مقایسه با گروه گواه برای اختلال هراس اجتماعی انجام گرفت. نمونه پژوهش شامل ۶۸ دانشجوی مبتلا به اختلال هراس اجتماعی بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از میان بیماران مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره حضوری و آنلاین دانشگاه محقق اردبیلی انتخاب شده و سپس در سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه جایگزین شدند. در این پژوهش از ابزارهای سیاهه هراس اجتماعی و نیز مصاحبه بالینی ساختار یافته استفاده گردید. یافته‌های پژوهش نشان داد که روش‌های درمان شناختی - رفتاری به شکل‌های تحت وب و بسته نرم‌افزاری در مقایسه با گروه گواه در کاهش نمرات سیاهه هراس اجتماعی تفاوت معنادار نشان می‌دهند ولی در مقایسه اثربخشی این دو روش باهم رابطه به دست نیامد. علاوه بر این بین دو روش ذکر شده و درمان بالینی رابطه وجود داشت، به صورتی که درمان بالینی از سایر روش‌ها مؤثرتر بود. یافته‌ها حاکی از این هستند که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر رایانه یک روش درمانی عملی و قابل قبول برای درمان اختلال هراس اجتماعی است.

کلید واژه‌ها: درمان شناختی - رفتاری، درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر رایانه، درمان تحت وب، درمان به شیوه بسته نرم‌افزاری، اختلال هراس اجتماعی.

۱. عضو هیات علمی دانشگاه محقق اردبیلی.

۲. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی.

۳. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه سمنان.

مقدمه

اختلالات اضطرابی^۱ از شایعترین اختلالات روانپزشکی در ایالات متحده و سایر جمعیت‌هایی است که مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. به علاوه مطالعات مکرراً نشان داده‌اند که این اختلالات؛ بیماری قابل ملاحظه، استفاده زیاد از خدمات مراقبت بهداشتی و اختلال کارکرد بیش از حد ایجاد می‌کنند (رینگولد و همکاران^۲، ۲۰۰۳). از جمله اختلالات اضطرابی، اختلال هراس اجتماعی^۳ است که به ترس آشکار و پیوسته از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این باور فرد ناشی می‌شود که او در این موقعیت‌ها به طرز خجالت آور یا تحقیرآمیزی عمل خواهد کرد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۰۰). شدت اختلال هراس اجتماعی در کودکان و نوجوانان با شدت امتناع از مدرسه همبستگی بالایی دارد (لاست و استراوس^۵، ۱۹۹۰). همچنین اختلال هراس اجتماعی در نوجوانان با اختلال‌های همایند همراه است از قبیل اختلالات افسردگی، اختلالات جسمانی شکل و اختلالات سو مصرف مواد (ایساو و همکاران^۶، ۱۹۹۹). علاوه بر این نوجوانان مبتلا به این اختلال دوستان کم و عملکرد تحصیلی ضعیفی دارند، در برقراری ارتباطات صمیمی با مشکل مواجه هستند و به مصرف الکل روی می‌آورند (ویچن، استین و کسلر^۷، ۱۹۹۹). بنابراین این بیماری می‌تواند باعث ایجاد محدودیت در سبک زندگی افراد گردد، تصمیم‌های مهم زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در بسیاری از موقعیت‌ها باعث از دست رفتن فرصت‌های آنان می‌گردد (ویچن و فم^۸، ۲۰۰۱).

1. Anxiety Disorders.
2. Rheingold and et al.
3. Social Phobia Disorder.
4. American Psychiatric Association.
5. Last and Strauss.
6. Essau and et al.
7. Wittchen, Stein and Kessler.
8. Wittchen and Fehm.

چنانچه ذکر شد اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلالات رایج، هزینه بر و ناتوان کننده هستند (کسلر و همکاران^۱، ۲۰۰۵؛ گلدبرگ و همکاران^۲، ۲۰۰۹) به طور قابل توجهی، کمتر از نیمی از افراد مبتلا به این اختلال‌ها به پزشک مراجعه می‌کنند و فقط یک چهارم از آنها درمان مناسبی دریافت می‌کنند (اندروز و همکاران^۳، ۲۰۰۴). درمان‌های مناسبی برای این اختلالات وجود دارد؛ برای مثال بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین (SSRIs)^۴ و درمان شناختی - رفتاری^۵ (روی - بایرن و کولی^۶، ۲۰۰۷؛ باتلر و همکاران^۷، ۲۰۰۶). درمان شناختی رفتاری یک درمان روان شناختی مطرح برای اختلال‌های اضطرابی است که می‌تواند بطور رو در رو، توسط جلسات گروهی و یا به شکل برنامه خودیاری ارائه گردد (کوپیروز و همکاران^۸، ۲۰۰۸). با این وجود، اثربخشی این‌گونه درمان‌ها به چند دلیل با محدودیت‌هایی مواجه است. به طور خاص، این اختلالات اغلب قابل تشخیص نیستند (اندروز و همکاران، ۲۰۰۴؛ ویسبرگ و همکاران^۹، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، دارو درمانی^{۱۰} همیشه یک گزینه درمانی مناسب نیست، بسیاری از بیماران از دریافت دارو اجتناب می‌کنند و یا به آن پاسخ نمی‌دهند (سیمون و همکاران^{۱۱}، ۱۹۹۶). اثربخشی بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین در موارد شدید ممکن است محدود باشد (فورنیر و همکاران^{۱۲}، ۲۰۱۰). درمان شناختی - رفتاری به دلیل تعداد کم متخصصان

-
1. Kessler and et al.
 2. Goldberg and et al.
 3. Andrews and et al.
 4. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors.
 5. Cognitive Behavioral Therapy.
 6. Roy-Byrne and Cowley.
 7. Butler and et al.
 8. Cuijpers and et al.
 9. Weisberg and et al.
 10. Pharmacotherapy.
 11. Simon and et al.
 12. Fournier and et al.

آموزش دیده به طور گسترده نمی‌تواند در دسترس باشد (ویسمن و همکاران^۱، ۲۰۰۶). همچنین بیماران نمی‌خواهند و یا نمی‌توانند هزینه‌ها و شرایط درمان شناختی - رفتاری رو در رو را بپردازند. حتی تقریباً یک سوم از افرادی که به کلینیک مراجعه می‌کنند، حتی برای شروع درمان اقدام نمی‌کنند (ایساکیدیس و اندروز^۲، ۲۰۰۴) و نیز کناره‌گیری از درمان برای آن‌هایی که درمان را شروع می‌کنند، به پنجاه درصد هم می‌رسد (هبی و همکاران^۳، ۲۰۰۶). با وجود تمام این محدودیت‌ها، یک راه حل عملی ممکن است درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر رایانه^۴ باشد؛ در این شیوه درمانی مولفه‌های درمان در یک سیستم رایانه‌ای جایگزین می‌شوند. درمان‌های شناختی - رفتاری مبتنی بر رایانه بر حسب تکنولوژی‌های مختلف مورد استفاده و یا حمایت‌های حرفه‌ای جانبی می‌توانند متفاوت باشند. (کلنتالر و همکاران^۵، ۲۰۰۸). این نوع رویکردهای درمانی با سرعت قابل توجهی در حال گسترش هستند؛ در یک مطالعه ۹۱ درصد از بیمارانی که برای درمان اختلال‌های اضطرابی مراجعه کرده بودند، خواستار دسترسی به برخی سیستم‌های رایانه‌ای برای کمک به فرایند درمان بودند (گراهام و همکاران^۶، ۲۰۰۰). به طور خاص درمان‌های شناختی - رفتاری رایانه‌ای مبتنی بر وب این پتانسیل را دارند که دسترسی به درمان را تسهیل سازند و مؤثر نیز هستند (اسپیک و همکاران^۷، ۲۰۰۷b). اندرسون و همکاران^۸ (۲۰۰۶) در مطالعه خود به بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر رایانه بر

1. Weissman and et al.
2. Issakidis and Andrews.
3. Haby and et al.
4. Computerized Cognitive Behavioral Therapy.
5. Kaltenthaler and et al.
6. Graham and et al.
7. Spek and et al.
8. Andersson and et al.

روی ۶۴ بیمار مبتلا به اختلال هراس اجتماعی پرداختند. این رویکرد درمانی با فیدبک از سوی درمانگر همراه شده بود و نتایج کاهش معناداری در نشانه‌های هراس اجتماعی، اضطراب عمومی و سطوح افسردگی را نشان دادند. همچنین نمرات این بیماران در مقیاس کیفیت زندگی افزایش قابل توجهی داشت. علاوه بر این، یک فراتحلیل که اخیراً درمان‌های مبتنی بر رایانه را در اضطراب فراگیر مورد بررسی قرار داده بود، کاهش معناداری در نشانه‌های اضطرابی با میانگین اندازه اثر $1/38$ گزارش کرد (کاوانا و شاپیرو^۱، ۲۰۰۴).

با وجود اینکه در دو دهه گذشته توسعه، کاربرد و پژوهش در زمینه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر رایانه برای اختلال‌های روانی به طور پیوسته رشد یافته (تیلور و لوسی^۲، ۲۰۰۳)، ولی مرور پیشینه پژوهشی در داخل کشور نشان می‌دهد که مطالعه‌ای در این زمینه صورت نگرفته و بنابراین استفاده از این نوع درمان‌های جدید در داخل مورد غفلت قرار گرفته‌اند. این مطالعه می‌تواند مبنایی برای پژوهش در این حیطه باشد و در گسترش اینگونه درمان‌های جدید، کاربرد و مقرون به صرفه نقش مؤثری داشته باشد. از این رو هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر رایانه شامل درمان‌های مبتنی بر وب و بسته نرم افزاری با درمان به شیوه بالینی در درمان بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی می‌باشد. بنابر هدف پژوهش فرضیه‌ها عبارتند از: ۱- بین درمان به روش بالینی با شکل‌های تحت وب، بسته نرم افزاری و با گروه گواه در کاهش نشانه‌های اختلال هراس اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. ۲- درمان به روش بالینی از درمان به شکل‌های تحت وب و بسته نرم افزاری در کاهش نشانه‌های اختلال هراس اجتماعی اثربخشی بیشتری دارد.

1. Cavanagh and Shaprio.

2. Taylor and Luce.

روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون است. جامعه مورد بررسی در این پژوهش کلیه دانشجویان بیمار مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره حضوری و آنلاین دانشگاه محقق اردبیلی در سال تحصیلی ۸۹-۸۸ هستند. نمونه مورد مطالعه شامل ۶۸ نفر از دانشجویان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و سپس در سه گروه آزمایشی و یک گروه گواه (هر گروه به طور مساوی شامل ۱۷ نفر) جایگزین شدند. گروه گواه نیز از اختلال هراس اجتماعی رنج می‌بردند و از نظر متغیرهای سن، جنس و سطح تحصیلات با گروه‌های آزمایشی هم‌تاسازی شدند. معیارهای ورود نمونه به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال هراس اجتماعی براساس DSM-IV-TR، دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال برای هر دو جنس، آغاز بیماری بعد از ۱۳ سالگی، تحصیلات دیپلم به بالا، تأیید تشخیص بیماری توسط روانپزشک یا روانشناس مسئول مرکز درمانی، اولین مراجعه به مرکز درمانی، عدم درمان قبلی و توان همکاری با گروه. معیارهای خروج از پژوهش عبارتند از: وجود اختلال روانپزشکی هم‌آیند، داشتن تشخیص اختلالات سایکوتیک از جمله دو قطبی، سابقه سوء مصرف مواد و داشتن بیماری جسمی حاد، داشتن اختلال بینایی و شنوایی قابل تشخیص. به منظور اجرای این پژوهش سایت مشاوره آنلاین دانشگاه محقق اردبیلی به آدرس www.ghamari-cbt.ir/cbt/member.php و نیز یک بسته نرم‌افزاری به صورت لوح فشرده طراحی گردید. بر روی گروه‌های آزمایشی سه گانه، درمان شناختی- رفتاری به سه روش متفاوت شامل درمان به شیوه بالینی، تحت وب و به شیوه بسته نرم‌افزاری به عنوان متغیر مستقل اجرا گردید. برای افراد هر یک از گروه‌های آزمایشی در مورد بیماری، منطق درمان و اهداف پژوهشی درمان به طور شفاهی و نیز توسط رایانه توضیحاتی داده شد

و فرم رضایتنامه درمان و اطلاعات جمعیت شناختی توسط آنان تکمیل گردید. همچنین، به آنان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه خواهد ماند. ابتدا در مرحله پیش آزمون سیاهه هراس اجتماعی (SPIN) اجرا گردید و سپس با آزمودنی‌ها قرارداد درمانی بسته شد. بر این اساس با سه جلسه غیبت آزمودنی از فرایند درمان خارج می‌شود. جلسات درمانی دو بار در هفته و هر بار به مدت یک ساعت برگزار گردید. در مجموع بر روی هر یک از آزمودنی‌ها هشت جلسه درمانی در مرکز مشاوره و یا توسط رایانه اجرا گردید ولی بر روی گروه گواه هیچگونه روش درمانی اعمال نشد. در پایان جلسات درمانی مجدداً سیاهه هراس اجتماعی بر روی آزمودنی‌ها اجرا گردید. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA)^۱ استفاده شد. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

سیاهه هراس اجتماعی (SPIN)^۲: این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران به منظور ارزیابی هراس اجتماعی ساخته شد. این ابزار یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مولفه فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای رتبه‌بندی می‌شود. بدین ترتیب این ابزار سه حیطه علائم بالینی (ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی را ارائه می‌کند، کوتاه است و به آسانی نمره گذاری می‌شود. نمره نوزده بین افراد مبتلا به این اختلال و افراد بهنجار تمایز ایجاد می‌کند. سیاهه هراس اجتماعی ویژگی‌های روانسنجی باثباتی دارد و برای سنجش شدت علائم هراس به کار می‌رود. همچنین می‌توان آن را برای غربالگری، آزمودن پاسخ به درمان و نیز مقایسه کارایی درمان‌های مختلف به کار برد. پایایی^۳ این ابزار به روش بازآزمایی^۱ در

1. Multivariate Analysis of Variance.

2. Social Phobia Inventory.

3. Reliability.

گروه‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بدست آمده است. ضریب همسانی درونی آن در گروهی از افراد سالم برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش شده است. مقایسه نتایج دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و گروه افراد سالم در پاسخ به این آزمون رابطه نشان داد که حاکی از روایی سازه^۲ بالای آن است (کانور و همکاران^۳، ۲۰۰۰). پایایی این ابزار در ایران به روش بازآزمایی بر روی یک گروه دانشجوی با فاصله زمانی یک هفته ۰/۸۳ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۶ بدست آمد (عبدی و همکاران، ۱۳۸۵).

مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID)^۴: این مصاحبه ابزار دقیقی به منظور تشخیص گذاری بر اساس معیارهای چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۲۰۰۵) است که توسط فرست، اسپیتزر، گیون و ویلیامز^۵ (۱۹۹۷) تهیه گردیده است (هالچین و ویتبورن^۶، ۱۳۸۴). این ابزار دو نسخه اصلی دارد: ۱) SCID-I که به ارزیابی اختلال‌های محور I در DSM-IV می‌پردازد. این فرم توسط شریفی و همکاران (۱۳۸۳) ترجمه و انطباق داده شده است. تران و هاگان^۷ ضریب کاپای ۰/۶۰ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای آن گزارش کرده‌اند (مسعودی، ۱۳۸۶). در این پژوهش از این فرم استفاده شده است. ۲) فرم SCID-II نیز به ارزیابی اختلال‌های شخصیت محور II در DSM-IV پرداخته است. بختیاری (۱۳۷۹) این فرم را ترجمه و انطباق داده و ضریب پایایی آن را در جمعیت ایرانی به روش بازآزمایی و با فاصله زمانی یک هفته ۰/۹۵ گزارش کرده است.

-
1. Test-retest.
 2. Construct validity.
 3. Connor and et al.
 4. Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders.
 5. First, Spitzer, Gibbon and Williams .
 6. Halgin and Whitbourne.
 7. Trann and Hagan.

یافته‌ها

در این پژوهش از روش‌های آمار استنباطی شامل آزمون تحلیل واریانس چند متغیری و نیز آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌های مختلف استفاده شد. ۶۸ بیمار مبتلا به اختلال هراس اجتماعی در این مطالعه شرکت کردند که به طور مساوی ($n=17$) در سه گروه آزمایشی درمان به شیوه بالینی، تحت وب، و به شیوه بسته نرم افزاری و نیز یک گروه گواه قرار گرفتند. ۴۶ نفر از گروه نمونه را مردان (۶۷/۶ درصد) و ۲۲ نفر را زنان (۳۲/۴) تشکیل می‌دهند. جدول شماره یک میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌های آزمودنی را در سیاهه هراس اجتماعی و مؤلفه اجتناب نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱. میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌ها در سیاهه هراس اجتماعی و مؤلفه اجتناب

اجتناب		سیاهه هراس اجتماعی		متغیرها گروه‌های پژوهش
SD	M	SD	M	
۹/۹۶	۳۳/۵۲	۷/۹۷	۱۸/۷	درمان بالینی
۱۰	۲۲/۰۵	۶/۴۱	۱۲/۱۷	تحت وب
۱۰/۲۹	۱۶/۷۶	۷/۶۳	۱۲/۷۶	بسته نرم افزاری
۷/۰۱	۸/۵۲	۲/۹۲	۰/۹۴	گواه

M: میانگین

SD: انحراف استاندارد

نتایج تحلیل واریانس چند متغیری در جدول شماره ۲ ارائه گردیده است. چنانچه مشاهده می‌شود بین میانگین‌های گروه‌های آزمودنی در سیاهه هراس اجتماعی رابطه وجود داشته است ($F_{(3,64)}=21/78, p<0/01$). تفاوت بین میانگین نمرات در مؤلفه اجتناب گروه‌های آزمودنی نیز معنادار بود ($p<0/01, F_{(3,64)}=24/87$).

جدول شماره ۲. تحلیل واریانس چند متغیری برای مقایسه گروه‌ها برحسب نمرات سیاهه هراس اجتماعی و مؤلفه اجتناب

سطح معناداری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	شاخص متغیرها
*۰/۰۰۱	۲۱/۷۸	۹۳۴/۸۴	۳	۲۸۰۴/۵۲	سیاهه هراس اجتماعی
*۰/۰۰۱	۲۴/۸۷	۲۵۴/۴	۳	۷۶۳/۲۲	اجتناب

*P<۰/۰۱

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی توکی در جدول شماره ۳ ارائه شده است. با توجه به آن، در نمرات سیاهه هراس اجتماعی بین درمان به روش بالینی با درمان به شکل‌های تحت وب، بسته نرم افزاری و با گروه گواه رابطه (سطح معناداری به ترتیب: ۰/۰۲، ۰/۰۴، ۰/۰۰۱) وجود داشته است، همچنین بین میانگین نمرات مؤلفه اجتناب در گروه‌های ذکر شده تفاوت مشاهده شده معنادار بود (سطح معناداری به ترتیب: ۰/۰۳، ۰/۰۰۱، ۰/۰۰۰۱). بنابراین درمان به روش بالینی از دیگر روش‌های به کار رفته اثربخشی بیشتری داشته است. از سوی دیگر تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات سیاهه هراس اجتماعی و مؤلفه اجتناب در روش‌های درمانی تحت وب و به شیوه بسته نرم افزاری معنادار نبود؛ ولی تفاوت میانگین بین هر دو گروه ذکر شده با گروه گواه در سیاهه هراس اجتماعی (سطح معناداری به ترتیب: ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۱) و در نمرات مؤلفه اجتناب (سطح معناداری به ترتیب: ۰/۰۰۱ و ۰/۰۰۱) معنادار بود. به عبارت دیگر، با وجود اینکه تفاوتی در میزان اثربخشی این دو روش درمانی با یکدیگر وجود نداشته است ولی هر دو این روش‌ها در مقایسه با عدم درمان به طور معناداری مؤثرتر بوده اند.

جدول شماره ۳. آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین گروه‌ها بر حسب نمرات سیاهه هراس اجتماعی و مؤلفه اجتناب

اجتناب		سیاهه هراس اجتماعی			شاخص گروه‌ها		
سطح معناداری	خطای استاندارد	تفاوت میانگین	سطح معناداری	خطای استاندارد			تفاوت میانگین
۰/۰۳*	۱/۰۹	۳/۰۵	۰/۰۲*	۲/۲۴	۶/۵۲	تحت وب	درمان بالینی
۰/۰۰۱**	۱/۰۹	۴/۲۹	۰/۰۴*	۲/۲۴	۵/۹۴	بسته نرم افزاری	
۰/۰۰۰۱**	۱/۰۹	۹/۲۹	۰/۰۰۱**	۲/۲۴	۱۷/۷۶	گواه	
۰/۰۳*	۱/۰۹	-۳/۰۵	۰/۰۲*	۲/۲۴	-۶/۵۲	درمان بالینی	تحت وب
۰/۶۷	۱/۰۹	۱/۲۳	۰/۹۹	۲/۲۴	-۰/۵۸	بسته نرم افزاری	
۰/۰۰۱**	۱/۰۹	۶/۲۳	۰/۰۰۱**	۲/۲۴	۱۱/۲۳	گواه	
۰/۰۰۱**	۱/۰۹	-۴/۲۹	۰/۰۴*	۲/۲۴	-۵/۹۴	درمان بالینی	بسته نرم افزاری
۰/۶۷	۱/۰۹	-۱/۲۳	۰/۹۹	۲/۲۴	۰/۵۸	تحت وب	
۰/۰۰۱**	۱/۰۹	۵	۰/۰۰۱**	۲/۲۴	۱۱/۸۲	گواه	
۰/۰۰۰۱**	۱/۰۹	-۹/۲۹	۰/۰۰۱**	۲/۲۴	-۱۷/۷۶	درمان بالینی	گواه
۰/۰۰۱**	۱/۰۹	-۶/۲۳	۰/۰۰۱**	۲/۲۴	-۱۱/۲۳	تحت وب	
۰/۰۰۱**	۱/۰۹	-۵	۰/۰۰۱**	۲/۲۴	-۱۱/۸۲	بسته نرم افزاری	

* $P < 0.05$

** $P < 0.01$

بحث و نتیجه‌گیری

چنانچه مشاهده شد نتایج این پژوهش حاکی از اثربخش بودن درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر وب و بسته نرم افزاری در مقایسه با گروه گواه در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی می‌باشد، چرا که میانگین نمرات افراد در سیاهه هراس اجتماعی و نیز مولفه اجتناب به طور معناداری کاهش یافت و بهبودی نسبی در افراد مبتلا به این اختلال حاصل شد. نتایج همچنین نشان دادند که درمان به روش بالینی از دو روش دیگر در کاهش نشانه‌های این اختلال اثربخشی بیشتری دارد.

در دهه‌های اخیر مطالعه در زمینه اثربخشی درمان‌های رایانه‌ای افزایش چشمگیری داشته است. فریتر و همکاران^۱ (۲۰۰۹) به بازنگری مطالعات در زمینه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر رایانه در بیماران مبتلا به هراس^۲ و اختلال وحشت زدگی^۳ پرداختند. آن‌ها به این نتیجه دست یافتند که درمان‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر رایانه حتی با کمترین مداخله درمانگر می‌توانند مزایا و پتانسیل‌های درمان شناختی- رفتاری سنتی را برای این بیماران به همراه داشته باشند. در بازنگری دیگری کاربرد درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر وب بر روی بیماران مبتلا به اختلال‌های هراس اجتماعی، وحشت زدگی و افسردگی مورد بررسی قرار گرفت. در این مطالعه رویکردهای متفاوت این نوع درمان‌ها و نیز پروتکل‌های آن‌ها ارائه گردید؛ همچنین اثربخشی این نوع درمان با عدم درمان و نیز سایر رویکردهای درمانی مورد مقایسه قرار گرفت. از یافته‌های این مطالعه این نتیجه حاصل شد که درمان مبتنی بر وب در آینده می‌تواند جایگزین مناسبی برای سایر رویکردهای پر هزینه باشد (اندرسون و همکاران، ۲۰۰۷). کارلبرینگ

-
1. Ferriter and et al.
 2. Phobias.
 3. Panic Disorder.

و همکاران^۱ (۲۰۰۶) در مطالعه خود یک برنامه درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر وب به همراه تماس درمانگر از طریق نامه الکترونیکی را به مدت ۹ هفته بر روی بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج حاصل از مقایسه گروه آزمایشی با گروه گواه که شامل لیست انتظار^۲ کلینیک‌ها بود، حاکی از کاهش معنادار در مقیاس‌های اضطراب عمومی و هراس اجتماعی بود و بهبودهای بدست آمده در پیگیری ۶ ماهه پس از درمان نیز پایدار مانده بودند. کارلبرینگ و همکاران در سال ۲۰۰۷ مطالعه مشابه دیگری را انجام دادند با این تفاوت که برنامه درمانی ذکر شده به همراه حمایت تلفنی از سوی درمانگر بود. نتایج این مطالعه نیز بیانگر بهبودی قابل توجه نشانه‌های اضطرابی در بیماران بود و در پیگیری یک سال پس از درمان نشانه‌های اضطرابی تغییر چندانی نداشتند. همچنین مقبولیت این نوع درمان بسیار بالا بود به طوری که ۹۳ درصد از افراد گروه آزمایشی درمان را تا انتها پیش بردند.

درمان‌های روان شناختی سنتی یکی از پرکاربردترین مداخلات در زمینه درمان اختلال هراس اجتماعی می‌باشند (رودباگ و همکاران^۳، ۲۰۰۴؛ هولون و همکاران^۴، ۲۰۰۶). ولی این رویکردهای درمانی به خصوص درمان شناختی- رفتاری سنتی کمیاب و هزینه بردار هستند (باور و همکاران^۵، ۲۰۰۳). از سوی دیگر ترس این بیماران از برقراری تعامل اجتماعی حتی با درمانگران عاملی برای اجتناب از قرار گرفتن در فرایند درمان است (فم و همکاران^۶، ۲۰۰۵). در نتیجه این اختلال این پتانسیل را دارد که مورد غفلت واقع شود؛ بدون دریافت درمان مناسب نشانه‌های اضطراب افراد مبتلا به این اختلال شدت یافته و حتی منجر به

-
1. Carlbring and et al.
 2. Waiting lists.
 3. Rodebaugh and et al.
 4. Hollon and et al.
 5. Bower and et al.
 6. Fehm and et al.

بروز پیچیدگی‌های بیشتر و اختلال‌های همایند خواهد شد (کلر^۱، ۲۰۰۳). ولی با وجود این محدودیت‌ها امروزه رشد و توسعه سریع اینترنت و تکنولوژی‌های جدید ارتباطی تأثیر قابل توجهی بر روان‌شناسی و روان‌درمانی داشته است. تکنولوژی‌هایی که در دهه‌های گذشته حتی به ندرت شناخته شده بودند (از قبیل پست الکترونیکی، اینترنت و ویدئوکنفرانس) امروزه در فرایند تشخیص، درمان و آموزش به کار می‌روند (گیگا و همکاران^۲، ۲۰۰۴). یکی از روش‌های درمانی که قابل ارائه از طریق رایانه و اینترنت است، درمان شناختی-رفتاری می‌باشد. با توجه به اینکه این درمان ساختار یافته است و به طور گام به گام اجرا می‌گردد به راحتی می‌تواند به فرمت‌های رایانه‌ای تبدیل گردد (کناردی و آدامز^۳، ۱۹۹۳). با توجه به محدودیت دسترسی به درمان شناختی-رفتاری سنتی، درمان‌های شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه گزینه‌های جدید درمانی را برای کسانی فراهم می‌آورند که به درمان‌های رو در رو دسترسی ندارند (راکلن و همکاران^۴، ۲۰۰۴). بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی به دلیل ترس، شرمندگی یا برچسب خوردن از رویکردهای سنتی اجتناب می‌کنند، بی‌نام ماندن در رویکردهای درمانی مبتنی بر رایانه از مزایایی است که این افراد را برای درمان شدن تشویق می‌کند (لاکسمانا^۵، ۲۰۰۲). همچنین حضور این بیماران در کلینیک‌ها برای شرکت در درمان‌های سنتی اضطراب زیادی به همراه می‌آورد، از این رو رویکردهای درمانی مبتنی بر وب که نیاز به حضور یافتن در کلینیک‌ها را حذف می‌کنند، می‌توانند جایگزین مناسبی در درمان این بیماران باشند (تیت و زابینسکی^۶، ۲۰۰۴). یکی دیگر از مزایای درمان‌های مبتنی بر رایانه این است که

-
1. Keller.
 2. Gega and et al.
 3. Kenardi and Adams .
 4. Rochlen and et al.
 5. Laksmana.
 6. Tate and Zabinski .

وابسته به زمان نیستند، به عبارت دیگر این درمان‌ها را می‌توان در هر زمان و مکان و با سرعت دلخواه اجرا کرد (گیگا و همکاران، ۲۰۰۴). از دیگر پتانسیل‌های سودمند رویکردهای مبتنی بر رایانه استفاده از برنامه‌هایی است که امکان تغییر را برای هر بیمار ممکن می‌سازند برای مثال دستورالعمل‌ها بر اساس پاسخ‌های کاربران اصلاح می‌گردند با این وجود توالی پروتکل‌های درمانی حفظ شده و بازیابی موضوعات در صورت نیاز ممکن می‌گردد. تسهیل ذخیره سازی و بازیابی اطلاعات از دیگر مزایای درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر رایانه است. با استفاده از برنامه‌های مبتنی بر وب داده‌های ورودی کاربران به طور اتوماتیک در پایگاه‌های شخصی کاربران ذخیره گردیده و قابل بازیابی است. می‌توان این داده‌ها را به طور منظم مورد مشاهده قرار داد؛ این ویژگی به خصوص منجر به صرفه جویی در زمان و کاهش هزینه‌های پژوهشگران و متخصصان می‌گردد (کانا و کندال^۱، ۲۰۰۸). علیرغم تمام مزیت‌های کار بردی برنامه‌های درمانی مبتنی بر رایانه، این نکته را باید در نظر گرفت که این نوع درمان‌ها را نمی‌توان بدون تمایز برای همه مراجعان ارائه نمود و رایانه‌ها جایگزین مناسبی برای همه اختلالات نیستند (پرودفوت^۲، ۲۰۰۴). اگرچه درمان‌های مبتنی بر رایانه حضور فیزیکی درمانجویان را در کلینیک‌ها حذف می‌کنند ولی این مسئله با یک محدودیت اساسی روبروست. تماس محدود درمانگر با بیمار از طریق تلفن یا اینترنت شدت اختلال او را به طور دقیق مشخص نمی‌کند. از این رو درمانگرانی که نقش حمایت کننده دارند در ارائه زمانبندی و برنامه درمانی متناسب با شدت اختلال با مشکل مواجه می‌شوند و این اثربخشی اینگونه درمان‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد (کارلبرینگ و همکاران، ۲۰۰۷). با این وجود درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر رایانه به دلیل بالا بردن کنترل و خود مدیریتی بیماران، محرمانه بودن، در

1. Khanna and Kendall.

2. Proudfoot.

دسترس بودن و کاهش هزینه‌ها می‌تواند یک درمان عملی، مؤثر و قابل قبول در درمان اختلال هراس اجتماعی باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس و داوطلبانه اشاره کرد. از آنجا که آزمودنی‌ها علاقه مند به شرکت در این درمان بودند، این سوال مطرح می‌شود که شرکت داوطلبانه و انگیزه بالای آن‌ها تا چه حدی بر میزان اثر بخشی این درمان‌ها تأثیر گذار بوده است. از سوی دیگر تمام شرکت کنندگان در این پژوهش از سطح تحصیلات بالایی برخوردار بودند. این موضوع نیز می‌تواند در اثربخشی این درمان‌ها مؤثر باشد. از این رو پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده به بررسی اثربخشی درمان‌های مبتنی بر رایانه در سایر جمعیت‌ها بپردازند. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود نقش تماس محدود درمانگر از طریق پست الکترونیکی و یا تلفن در اثربخشی این رویکردها مورد مطالعه قرار گیرند.

منابع

- محمد بختیاری. (۱۳۷۹). «بررسی اختلال روانی در مبتلایان به اختلال بد شکلی بدن». پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انیستیتو روانپزشکی تهران.
- شریفی، ونداد؛ اسعدی، سید محمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهریور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا، حکیم شوشتری، میترا؛ صدیق، ارشیا؛ جلالی رودسری، محسن. (۱۳۸۳). «پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی محاسبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID)». فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، (۶): ۱-۲۲-۱۰.
- عبدی، رضا؛ بیرشک، بهروز؛ علیلو، مجید محمود؛ اصغر نژاد، علی اصغر. (۱۳۸۵). «سوگیری تعبیر در اختلال هراس اجتماعی». فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز، (۱): ۴.
- مسعودی، شاهد. (۱۳۸۶). «مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی- رفتاری توام با دارو

درمانی و دارو درمانی در بیماران دو قطبی» پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه فردوسی مشهد.

- هالچین، ریچارد پی؛ ویتبورن، سوزان ک. «آسیب‌شناسی روانی: دیدگاه‌های بالینی درباره اختلال‌های روانی». ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۸۴). تهران: نشر روان.

- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. TR). Washington, DC: Author.
- Andersson, G., Carlbring, P., Holmström, A., Sparthan, E., Furmark, T., Nilsson-Ihrfelt, E., Buhman, M., & Ekselius, L. (2006). Internet-based self-help with therapist feedback and in-vivo group exposure for social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 677-686.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., & Lindefors, N. (2007). Effects of Internet-delivered cognitive behaviour therapy for anxiety and mood disorders. *Psychiatry*, 2, 9-14.
- Andrews, G., Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., & Lapsley, H. (2004). Utilising survey data to inform public policy: comparison of the cost-effectiveness of treatment of ten mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 184, 526-533.
- Bower, P., Rowland, N., & Hardy, R. (2003). The clinical effectiveness of counseling in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 33, 203-215.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L., & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *British Journal of Psychiatry*, 190, 123-128.
- Carlbring, P., Steczko, J., Furmark, T., Ekselius, L., & Andersson, G. (2006). An open study of Internet-based bibliotherapy with minimal therapist contact via email for social phobia. *Clinical Psychologist*, 10, 30-38.
- Cavanagh, K., & Shaprio, D. A. (2004). Computer treatment in common mental health problems. *Journal of Clinical Psychology*, 60, 239-251.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherweed, A., Foa, E., &

- Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Cuijpers, P., van, S. A., Andersson, G., & van, O. P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
 - Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 831-843.
 - Fehm, L., Pelissolo, A., Furmark, T., & Wittchen, H. U. (2005). Size and burden of social phobia in Europe. *European neuropsychopharmacology*, 15, 453-462.
 - Ferriter, M., Kaltenthaler, E., Parry, G., & Beverley, C. (2009). Computerised cognitive behaviour therapy for phobias and panic disorder: a systematic review. *Journal of Public Mental Health*, 7(3), 15-22.
 - Fournier, J. C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: A patient-level meta analysis. *The journal of the American Medical Association*, 303(1), 47-53.
 - Gega, L., Marks, I., & Mataix-Cols, D. (2004). Computer-aided CBT self-help for anxiety and depressive disorders: experience of a London clinic and future directions. *Journal of clinical psychology*, 60, 147-157.
 - Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Andrews, G., & Hobbs, M. J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed meta-structure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39, 2043-2059.
 - Graham, C., Franes, A., Kenwright, M., & Marks, I. (2000). Psychotherapy by computer: A postal survey of responders to a teletext article. *Psychiatric Bulletin*, 24, 331-332.
 - Haby, M. M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: a metaregression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 9-19.
 - Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behaviour therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.
 - Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6),

426-433.

- Kaltenthaler, E., Parry, G., Beverley, C., & Ferriter, M. (2008). Computerised cognitive- behavioural therapy for depression: systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 193, 181-184.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 85-94.
- Kenardi, J., & Adams, C. (1993). Computers in cognitive-behaviour therapy. *Australian Psychology*, 28, 189-194.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-621.
- Khanna, M. S., & Kendall, P. C. (2008). Computer-Assisted CBT for Child Anxiety: The Coping Cat CD-ROM. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 159-165.
- Laksmana, T. (2002). Eating disorders and the Internet: The Therapeutic possibilities. *Perspectives in Psychology*, 5, 35-41.
- Last, C. G., & Strauss, C. C. (1990). School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 31-35.
- Proudfoot, J. G. (2004). Computer-based treatment for anxiety and depression: is it feasible? Is it effective? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 28, 353-363.
- Rheingold, A. A., Herbert, J. D., & Franklin, M. E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 639-655.
- Rochlen, A. B., Zack, J. S., & Speyer, C. (2004). Online therapy: review of relevant definitions, debates, and current empirical support. *Journal of clinical psychology*, 60, 269-283.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (2007). Pharmacological treatments for panic disorder, generalized anxiety disorder, specific phobia and social anxiety disorder. In: Nathan PE, Gordon JM, eds. *A guide to treatments that work*. 3rd ed. New York: Oxford University Press. pp 395-427.
- Simon, G. E., Vonkorff, M., Heiligstein, J. H., Revicki, D. A., Grothaus, L.,

- Katon, W., & Wagner, E. H. (1996). Initial antidepressant choice in primary care: effectiveness and cost of fluoxetine vs tricyclic antidepressants. *The journal of the American Medical Association*, 275, 1897–1902.
- Spek, V., Nyklíček, I., Smits, N., Cuijpers, P., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007b). Internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years old: a randomized controlled clinical trial. *Psychological Medicine*, 37, 1797–1806.
 - Tate, D. F., & Zabinski, M. F. (2004). Computer and internet applications for psychological treatment: Update for clinicians. *Journal of clinical psychology*, 60, 209-220.
 - Taylor, C. B., & Luce, K. H. (2003). Computer and Internet-based psychotherapy interventions. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 18–22.
 - Weisberg, R. B., Dyck, I., Culpepper, L., & Keller, M. B. (2007). Psychiatric treatment in primary care patients with Anxiety Disorders: A comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *American Journal of Psychiatry*, 164, 276–282.
 - Weissman, M. M., Verdelli, H., Gameroff, M. J., Bledsoe, S. E., Betts, K., Mufson, L., Fitterling, H., & Wickramaratne, P. (2006). National Survey of Psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives of General Psychiatry*, 63(8), 925–934.
 - Wittchen, H. U., & Fehm, L. (2001). Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of Social Phobia. *The Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 617–641.
 - Wittchen, H. U., Stein, M. B., & Kessler, R. C. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults: Prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychological Medicine*, (29), 309–323.