



مقایسه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری و روان‌نمایشگری بر اضطراب اجتماعی دانشجویان

مهدی بکائیان^۱، مصطفی بلقان‌آبادی^{۲*}، سید محسن اصغری نکاح^۳، زهرا باقر زاده گل‌مکانی^۴

۱- گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۲- گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

۳- گروه روان‌شناسی مشاوره و تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۴- گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

چکیده	مقاله پژوهشی اصیل
مقدمه اضطراب اجتماعی از جمله شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است. درمان‌های گوناگونی برای آن مطرح شده است. مطالعه حاضر با هدف مقایسه تاثیر مداخله شناختی - رفتاری گروهی و روان‌نمایشگری بر کاهش علائم این اختلال انجام گرفته است. مواد و روش‌ها روش پژوهش، نیمه تجربی، باگروه پیش‌آزمون پس‌آزمون باگروه کنترل می‌باشد. در این مطالعه ۴۴۵ دانشجوی دانشکده علوم پزشکی نیشابور شرکت نمودند. ابتدا بوسیله پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور و سپس مصاحبه بالینی، ۳۶ نفر از دانشجویانی که بیشترین اضطراب اجتماعی را داشتند انتخاب و سپس در سه گروه ۱۲ نفره بطور تصادفی جایگزین شدند. برای یک گروه درمان شناختی - رفتاری گروهی و برای گروه دیگر تکنیک‌های روان‌نمایشگری در ۱۲ جلسه ۲ ساعته اجرا شد. برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. در انتها اضطراب اجتماعی در هر سه گروه ارزیابی و نتایج با هم مقایسه گردید. یافته‌ها اغلب دانشجویان فاقد معیارهای اختلال اضطراب اجتماعی بوده (۳۷۰ نفر) و ۱۵ نفر (۳/۴٪) علائم شدید اختلال را نشان دادند. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های مداخله و کنترل اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($F=37/25$ و $p < 0/001$). همچنین بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های مداخله اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ($p > 0/05$). نتیجه‌گیری هر دو شیوه در کاهش اضطراب اجتماعی موثرند، همچنین نتایج نشان داد دو مداخله درمانی در کاهش اضطراب اجتماعی در دانشجویان نسبت به هم برتری ندارند. کلیدواژه‌ها درمان شناختی - رفتاری، گروه درمانی، روان‌نمایشگری، اضطراب اجتماعی، دانشجویان	تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۱۹ *نویسنده مسئول: مصطفی بلقان‌آبادی، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران. تلفن: ۰۵۱۴۲۶۲۱۱۹۰ پست الکترونیک: mbolghan@gmail.com



مقدمه

اختلالات اضطرابی جز شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی هستند که سالانه میلیون‌ها نفر در دنیا دچار آن می‌شوند (۱). در این میان، اختلال اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین و مقاوم‌ترین اختلالات به درمان در این گروه می‌باشد، شیوع مادام‌العمر اختلال اضطراب اجتماعی را تا ۱۳ درصد گزارش می‌کنند (۲). این اختلال، سومین اختلال روانی و شایع‌ترین اختلال اضطرابی است (۳). گزارشات نشان می‌دهند، نزدیک به ۳۰ میلیون نفر در ایالات متحده درگیر این اختلال هستند (۴). این اختلال به طور اختصاصی معطوف به موقعیت‌های اجتماعی است. اختلال اضطراب اجتماعی با افزایش خطر ابتلا به بیماری‌های طبی همراه بوده و نیز به عنوان یک عامل خطر در سبب‌شناسی گسترده‌ای از اختلالات روانپزشکی به ویژه افسردگی و سوء مصرف مواد و الکل مورد توجه قرار گرفته است، به گونه‌ای که تشخیص و درمان به موقع آن یکی از چالش‌های مهم در محافل بالینی است (۵).

در این اختلال، زمانی که فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد و یا باید جلوی دیگران کاری انجام دهد، دچار ترس شدید و فراگیری می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال از هرگونه موقعیت اجتماعی که تصور می‌کنند ممکن است در آن، رفتار خجالت‌آوری داشته باشند، می‌ترسند و یا از هرگونه وضعیتی که امکان دارد دیگران، آنها را به‌طور منفی ارزیابی کنند، اجتناب می‌کنند. این افراد انتظار دارند از سوی دیگران، طرد و یا به‌طور منفی قضاوت شوند (۶). حدود ۸۰ درصد موارد این اختلال، از نوجوانی تا دهه‌ی دوم زندگی شکل می‌گیرد. بررسی‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که زنان بیشتر از مردان به این اختلال مبتلا می‌شوند (۷). از آنجایی که این اختلال بیشتر تا دهه دوم

زندگی شکل می‌گیرد؛ بنابراین دانشجویان ممکن است این نوع اضطراب را تجربه کنند. در چند دهه‌ی گذشته، مطالعات متعددی درباره‌ی اضطراب اجتماعی دانشجویان انجام شده است (۸، ۹). دانشجویان، اضطراب اجتماعی را در دوران تحصیل دانشگاهی خود تجربه می‌کنند. آنها با موقعیت‌های استرس‌آمیزی در دوران تحصیل خود رو به رو می‌شوند که بر تمامی جنبه‌های زندگی شخصی آنها تأثیر می‌گذارد (۱۰).

در مطالعه صورت گرفته در دانشگاه علوم پزشکی تهران، شیوع اضطراب به طور کلی ۲۸/۵ درصد، شیوع اضطراب آشکار ۲۵/۵ درصد و شیوع اضطراب پنهان ۱۶/۳ درصد برآورد شد (۱۱). مومنی و همکاران میزان شیوع اضطراب اجتماعی در بین دانشجویان پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی قزوین را ۲۸/۶ درصد، گزارش کرده‌اند (۱۲). ۸۵ درصد دانشجویان دارای اضطراب اجتماعی به علت نقص در برقراری ارتباطات، مشکل در زمینه‌ی روابط بین فردی و مشکل در رفع نیاز اجتماعی، دچار اختلالاتی در عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای خود می‌شوند (۱۳). نتایج پژوهش دیگری نشان داد که احتمال ابتلا به اضطراب اجتماعی در دانشجویان بالاسست. این مسئله در شکل‌گیری روابط جدید و تعامل با دیگران اشکال ایجاد نموده و به تدریج، آنها از سخنرانی در برابر جمع اجتناب می‌کنند که همین عامل هم بر پیشرفت تحصیلی و هم در تصمیم‌گیری‌های شغلی آنها، تأثیر نامطلوبی دارد (۱۴).

از این‌رو برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی، تاکنون روش‌های متعددی مورد استفاده قرار گرفته‌اند و هر کدام از این درمان‌ها تا حدودی در درمان این اختلال موفق بوده‌اند. از جمله درمان‌های روانی رایج می‌توان به گروه درمانی شناختی - رفتاری^۱ اشاره نمود. پژوهش‌های متعددی

^۱ Group Cognitive - Behavioral Therapy (GCBT)



تاثیرگذاری این روش درمانی را صحنه نهاده و در مقابل، تحقیقاتی نیز سایر روش‌ها را پیشنهاد نموده‌اند (۱۷-۱۵). همچنین چندین مطالعه فراتحلیل، تاثیرگذاری درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا را گزارش نموده‌اند (۱۸، ۱۹). در میان درمان‌های شناختی - رفتاری گروهی، مدل هیمبرگ در مورد اختلال اضطراب اجتماعی اغلب شامل استانداردهای طلایی مداخله عنوان می‌شود (۲۳-۲۰). در واقع از این روش درمانی بعنوان "الگوی درمان شناختی - رفتاری سنتی"^۱ برای اضطراب اجتماعی یاد می‌کنند (۲۴، ۲۵) با وجود این، عقیده بر این است که درمان شناختی- رفتاری، یک شکل مؤثر مداخله برای اضطراب اجتماعی به نظر می‌رسد، اما هنوز نیاز به تلاش‌های گسترده‌تر در این حوزه به چشم می‌خورد (۲۶)؛ بنابراین، تحول الگوهای نظری، در تبیین اضطراب اجتماعی و به دنبال آن، طراحی راهنماهای درمانی خاص این اختلال، لازمه پیشرفت آثار درمانی بوده و همواره مدنظر متخصصان امر پژوهش و درمان در حوزه اضطراب اجتماعی است (۲۷). ضمن آنکه برخی مطالعات، نتایج قابل تاملی از تاثیر اندک این مداخله بر علائم اضطراب اجتماعی گزارش نموده‌اند، بطوریکه تنها ۲۵ تا ۶۰ درصد از بیماران مبتلا، پس از پایان گروه درمانی شناختی - رفتاری استاندارد، بهبود عملکرد را نشان داده‌اند (۳۱-۲۸).

با توجه به نتایج برخی مطالعات مبنی بر عدم نتیجه‌گیری مطلوب درمان‌های شناختی - رفتاری در برخی گروه‌ها، در بهبود علائم اضطراب اجتماعی، اثرسنجی سایر روش‌های درمانی که اثربخشی آنها در درمان اختلالات روانشناختی دیگر، تأیید شده است، ضروری به نظر می‌رسد. روان نمایشگری^۲ یکی از این روش‌هاست (۳۲). روان نمایشگری به

عنوان یکی از مؤثرترین شیوه‌های درمانگری توسط متخصصان بهداشت روانی اعم از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و روان‌درمانگران پذیرفته شده است. این رویکرد برگرفته از نظریه روان‌نمایشی و مبتنی بر نظریه‌ها و روش‌شناسی مورنو^۳ (۱۹۷۴-۱۸۸۹) است. این رویکرد، یک شیوه درمانی است که می‌توان آن را بطور خلاصه اینگونه تعریف کرد: علمی که با استفاده از روش‌های نمایشی به دنبال حقیقت است (۳۳). در واقع روان نمایشگری، روشی در روان‌درمانی با یک شکل نمایشی است که در آن، مشکلات عاطفی یا رفتاری بیماران و درمانجویان با استفاده از فنون نمایشی، ریشه‌یابی و حل و فصل می‌گردد (۳۲). مورینو، روان نمایشگری را مجموعه‌ای از فنون می‌داند که بدون ادعای هنری بودن، ناظر به این هدفاند که از طریق بداهه‌سازی در بازی تئاتر، استعدادهای بالقوه و مستور یا سرکوب شده‌ی ذهنی و خاصه حیات عاطفی را رشد و گسترش بخشند. فرضیه‌ی بنیادی این شیوه‌ی درمانی آن است که بازیگری به فرد اجازه می‌دهد تا به بیان مشکلات خود بپردازد، هیجاناتش را عرضه کند، تعارضات خود را به سطح آورده و سرانجام با آنها مواجه شود (۳۴).

روان نمایشگری، به عنوان یک روش روان‌درمانگری، با رویکرد بالینی مبتنی بر ایفای نقش، فرمی از شبیه‌سازی رفتاری است (۳۷-۳۵). روان نمایشگری، شامل پنج مولفه اصلی است که عبارت‌اند از: ۱. پروتاگونیست^۴ یا شخصیت اصلی؛ ۲. عضو یا اعضای کمکی؛ ۳. رهبر یا تسهیل‌گر؛ ۴. گروه؛ ۵. صحنه. مراحل روان نمایشگری عبارت‌اند از: ۱. مرحله گرم کردن (قبل از عمل)؛ ۲. مرحله عمل؛ ۳. مرحله پس از عمل؛ ۴. مرحله پایانی (۳۸). این شیوه درمانگری در بیمارستان‌های روانی، کلینیک‌ها، مدارس، مهدکودک‌ها،

³ Moreno

⁴ Protagonist

¹ Traditional CBT

² Psychodrama



رفتاری و روان نمایشگری در کاهش اضطراب اجتماعی در
بین دانشجویان تفاوت معنی داری وجود دارد یا خیر؟

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر با روش نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون
- پس آزمون با گروه کنترل اجرا گردید. جامعه آماری این
تحقیق را کلیه دانشجویان دانشکده علوم پزشکی نیشابور در
سال ۱۳۹۸ تشکیل می دادند. نمونه‌ها به صورت دردسترس و
البته با جایگزینی تصادفی انتخاب شدند. در ابتدا ضمن
حضور در کلاس‌ها، در مورد طرح، اطلاع رسانی گردید سپس
افرادى که مایل به شرکت در تحقیق بودند در پایان کلاس
پرسشنامه مورد نظر محقق را تکمیل نمودند. در این میان،
۴۴۵ نفر از دانشجویان با رضایت شخصی در تحقیق شرکت
نمودند؛ بدین صورت که در ابتدا پرسشنامه اضطراب
اجتماعی کانور (SPIN)^۱ (۲۰۰۰) در اختیار آنان قرار گرفت و
توسط آنان تکمیل شد.

برای تعیین حجم نمونه از مطالعات مشابه استفاده شد (۲۲)،
(۳۲). در این رابطه، ۳۶ نفر از دانشجویانی که حائز بیشترین
نمره اضطراب اجتماعی بر اساس پرسشنامه اضطراب
اجتماعی کانور شده و دوباره با مصاحبه بالینی واجد
معیارهای اختلال اضطراب اجتماعی مطابق با معیارهای
کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی- ویراست پنجم^۲
بودند، انتخاب شدند. نمره‌بندی پرسشنامه اضطراب اجتماعی
کانور بر اساس مقیاس لیکرت بین صفر و ۶۸ امتیاز قرار دارد
که به ترتیب بدون اضطراب اجتماعی و بیشترین میزان
اضطراب اجتماعی را مطرح می کند. بر اساس مطالعات مشابه
در این پژوهش، نمره ۳۰ به عنوان نمره برش در نظر گرفته
شد (۴۱، ۴۲).

پرورشگاه‌ها، مراکز اصلاح و تربیت، زندان‌ها و... هم با هدف
درمان و هم به منظور آموزش، کاربردهای فراوانی دارد. این
شیوه با تاکید بر بازی، قصه گویی، افسانه و اسطوره، حرکت
آوا و پانتومیم می تواند به عنوان شیوه درمانگری مناسبی به
ویژه برای کودکان، نوجوانان و جوانان بکار رود (۳۹).
مطالعات به تاثیر روان نمایشگری بر کاهش اضطراب
اجتماعی اشاره و گاهی نیز درباره آن اغراق نموده‌اند (۴۲-
۴۰)؛ برای مثال، مطالعه صورت گرفته توسط دادستان در
مدارس تهران به وسیله کاربرد روان نمایشگری بر اضطراب
اجتماعی دانش آموزان نشان داد، روش مذکور تاثیر
چشمگیری بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان داشته و به
میزان قابل توجهی آن را کاهش داده است (۴۰). نتایج
مطالعه موسوی و حقایق نیز بر تاثیر روان نمایشگری بر
اضطراب اجتماعی، عزت نفس و بهزیستی روانی دانشجویان
دانشگاه نجف آباد تاکید دارد، بطوریکه باعث کاهش نمرات
اضطراب اجتماعی و افزایش نمرات عزت نفس و بهزیستی
روانی در آنها شد (۴۱).

درمانگران شناختی - رفتاری بر موثر بودن گروه درمانی
شناختی - رفتاری بر اختلالات اضطرابی نسبت به سایر
روش‌ها تاکید می نمایند (۱۹-۱۵) و روان نمایشگران نیز
ادعای برتری این روش درمانی را نسبت به سایر روش‌ها
دارند (۳۹-۴۲) لذا جهت رفع تناقضات و از آنجایی که
مطالعه‌ای درباره مقایسه این دو شیوه درمانی، در کاهش
علائم اختلال اضطرابی، به ویژه در جامعه دانشجویی صورت
نگرفته است، پژوهشگران با هدف مقایسه دو مداخله
شناختی - رفتاری گروهی و روان نمایشگری قصد روشن
نمودن این ابهام را داشته و در واقع در پی آن هستند به این
سوال پژوهش پاسخ دهند که آیا بین مداخله شناختی -

² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 5

¹ Social Phobia Inventory (SPIN)



پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (۲۰۰۰): این

پرسشنامه نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه شد. این پرسشنامه، یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) می‌باشد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (هرگز=۰، کم=۱، تاحدی=۲، زیاد=۳ و خیلی زیاد=۴) درجه‌بندی گردیده است. این ابزار می‌تواند به عنوان یک ابزار غربالگری و برای آزمودن پاسخ به درمان، در اختلال اضطراب اجتماعی به کار رود و در نهایت مداخلات درمانی با کارآیی‌های مختلف را از هم متمایز سازد. پرسشنامه اضطراب اجتماعی از اعتبار و روایی بالایی برخوردار است. اعتبار آن با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی برابر ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن (آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است، همچنین برای مقیاس‌های فرعی، ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است (۴۳). اعتباریابی پرسشنامه اضطراب اجتماعی در ایران نیز مورد تأیید قرار گرفته است. در پژوهش حسنونند عموزاده و همکاران (۱۳۹۴)، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۴ و ضریب باز آزمایی آن ۰/۹۶ و روایی همگرایی آن با چک لیست نشانگان ۹۰ سوالی (SCL-90) ۰/۷ بوده است (۴۴). اعتبار پرسشنامه در این پژوهش به روش روایی همگرا با نشانگان تجدید نظر شده ۹۰ ماده‌ای (SCL 90 R) و با مقیاس پرسشنامه خطای شناختی CEQ به ترتیب $r=0/82$ و $r=0/47$ بدست آمد.

روش اجرا

نمونه‌های پژوهش شامل ۳۶ نفر از دانشجویانی (در رده سنی بین ۳۰-۱۸ سال) که براساس نمرات حاصل از پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور دارای بیشترین میزان اضطراب

اجتماعی بوده و معیارهای لازم جهت انجام مداخله و تحقیق را دارا بودند، تشکیل می‌دادند. معیارهای ورود شامل: رضایت مجدد از مداخله درمانی، فارغ التحصیل نشدن تا پایان جلسات مداخله و پس آزمون، استفاده نکردن از درمان‌های موازی و دارو درمانی در طی مداخله و معیارهای خروج شامل: وجود اختلال روانپزشکی تأیید شده دیگر از جمله سایکوز و اختلال دو قطبی، اختلالات تجزیه‌ای و اضطراب ناشی از اختلالات پزشکی بودند. بر این اساس نمونه‌ها به صورت تصادفی در سه گروه ۱۲ نفره قرار گرفتند. یک گروه به صورت تصادفی، به عنوان گروه کنترل و دو گروه دیگر نیز به صورت تصادفی، یکی به عنوان گروه مداخله شناختی - رفتاری گروهی و دیگری به عنوان گروه مداخله روان نمایشگری مشخص شدند. جای گذاری افراد در گروه‌ها به شکلی بود که ضمن اصل تصادفی بودن، تا حد ممکن گروه‌ها از نظر رده‌بندی نمرات تشابه داشته باشند. برای آزمودنی‌های مداخله شناختی - رفتاری گروهی، درمان شناختی - رفتاری گروهی هیمبرگ به صورت یک روز در هفته و به تعداد ۱۲ جلسه ۲ ساعته اجرا گردید.

پروتکل گروه درمانگری شناختی-رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی با اقتباس از کتاب گروه درمانگری شناختی - رفتاری (۴۵)

جلسه اول، مطرح کردن منطق درمان: معرفی افراد گروه و درمانگر به یکدیگر؛ توصیف مشکل هر یک از افراد گروه؛ ارائه دستورالعمل‌های مربوط به کار گروهی؛ توصیف ماهیت اضطراب؛ مطرح کردن سه مؤلفه مهم اضطراب و ترس؛ بررسی مدل شناخت- رفتار درمانگری اضطراب اجتماعی؛ مروری بر روش‌های درمان؛ بحث درمورد درمان اختلال اضطراب اجتماعی؛ تکلیف (توصیه خواندن کتاب‌های خودیاری در مورد ماهیت اختلال اضطراب اجتماعی).



جلسه دوم، تحریف‌های شناختی: پاسخ به سوالات و بررسی برگه‌های بازبینی تکمیل‌شده توسط آنها؛ توصیف مدل شناختی- رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی به اختصار؛ مباحثه در مورد نقش شناخت‌ها در تداوم اضطراب اجتماعی؛ توضیح افراد در مورد چگونگی تاثیر باورها بر اضطراب آنها؛ طرح مثال‌هایی درباره تحریف‌های شناختی و تشویق افراد گروه برای شناسایی افکار ایجاد کننده اضطراب (تکمیل چند ستون اول برگه ثبت افکار).

جلسه سوم، تحریف‌های شناختی: بررسی تکالیف منزل؛ آموزش جهت تکمیل برگه ثبت افکار؛ بررسی راهبردهای جستجوی شواهد و مبارزه با تفکر فاجعه آمیز؛ تشویق افراد گروه به انجام آزمایش‌های رفتاری برای آزمودن اعتبار پیش‌بینی‌ها و باورهای اضطراب‌زا؛ تکلیف منزل (تکمیل برگه‌های ثبت افکار و آموزش برای انجام حداقل دو آزمایش رفتاری در هفته بعد).

جلسه چهارم تا نهم، مواجهه واقعی و ایفای نقش:

جلسه چهارم: بررسی تکالیف؛ ارائه بازخوردهای اصلاحی و کمک به افراد گروه برای مبارزه با تفکر اضطراب‌زا؛ تمرین مواجهه؛ تشویق به مطالعه کتاب خودیاری؛ ارائه تکلیف برای ۴-۶ مواجهه واقعی.

جلسه پنجم تا نهم: مروری بر تکالیف؛ تمرین مواجهه و ایفای نقش؛ تعیین تکالیف برای هفته بعد (مانند ادامه تمرین راهبردهای شناختی و مواجهه).

جلسه دهم تا دوازدهم، آموزش و تمرین مهارت‌های اجتماعی: بررسی تکالیف منزل؛ ارائه بازخوردهای اصلاحی در مورد استفاده از راهبردهای شناختی و مواجهه؛ آموزش مهارت‌های اجتماعی؛ تعیین مهارت‌های خاص توسط اعضای گروه و تمرین آنها؛ تشویق به انجام مهارت‌های اجتماعی همراه با تمرین‌های مواجهه.

در رابطه با گروه روان نمایشگری، در هر جلسه علاوه بر در نظر گرفتن اهداف، اجرا و تکلیف خارج از جلسه، سه مرحله روش روان نمایشگری مورنو اجرا شد که شامل: مرحله اول، آماده‌سازی و گرم کردن اعضا بر پایه زمینه‌های فردی؛ مرحله دوم، کمک به فرد جهت اجرای طرح مساله‌اش؛ مرحله سوم، درون پردازی، انتخاب تمرین رفتاری، مشارکت و اختتام بود. ارکان روان نمایشگری در این مطالعه شامل: ۱. پروتاگونیست یا شخص اول (کسی است که در روان نمایشگری نقش اصلی را به عهده داشته و موقعیت‌هایی از زندگی شخصی خود را به نمایش می‌گذارد؛ ۲. کارگردان (کسی است که شخص اول را در بازنگری مساله‌اش و استفاده از روش‌های مداخله هدایت می‌کند) که در این مطالعه پژوهشگر این نقش را به عهده داشت؛ ۳. یاری رسان (در کنار شخص اول و کارگردان ایفای نقش می‌کند) که بهتر است فردی باشد که با مبانی بازیگری آشنا باشد. در این باره از یکی از شرکت‌کنندگان که تا حدی با مبانی بازیگری آشنایی داشت، استفاده شد؛ ۴. حضار (افرادی که به تماشای نمایش نشسته‌اند و البته نقش خنثی ندارند بلکه با بازخوردهای مناسب شخص را در شناخت احساساتش یاری می‌رسانند) که در این پژوهش سایر اعضای گروه عهده‌دار این نقش بودند و ضمن کمک به روند درمان، در شناخت و بازنگری احساسات و عواطف خودشان نیز موثر بود.

مراحل مداخله روان نمایشگری

با توجه به اینکه متخصصین حوزه روان نمایشگری معتقدند این درمان درمقایسه با درمان‌های از پیش تعیین شده دارای برنامه تعیین شده خاصی نیست و بسته به تجارب مشکل‌زا در جلسه و با توجه به مراحل، ارکان و فنون بنیادی این درمان، برای رفع مشکل افراد رویکردهای مناسب اتخاذ می‌گردد؛ لذا برنامه مداخله‌ای زیر با توجه به مشکل اصلی افراد گروه انجام گرفت (۴۶).



آینده؛ مشارکت اعضا به عنوان یاور در جهت کمک به پروتاگونیست با استفاده از فن وارونگی نقش؛ مشارکت و انتقال تجارب هیجانی و تبادل نظر با پروتاگونیست و اعضا؛ تمرین آرام سازی.

جلسه دهم تا دوازدهم: مرور جلسات؛ بازنگری برنامه؛ بیان خواسته‌ها؛ اهداف و آرزوها و تبادل نظر با یکدیگر؛ ایجاد انگیزه و امید بخشی برای اعضا و اختتام.

در پایان، پس آزمون اضطراب اجتماعی در هر سه گروه (مداخله شناختی - رفتاری گروهی، روان نمایشگری و کنترل) اجرا گردید. در ضمن، این پژوهش با کد اخلاق IR.IAU.MSH.REC.1399.075 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مشهد مورد تصویب قرار گرفت. شرکت کنندگان فرم رضایت اخلاقی را پر نموده و پژوهشگر در مورد محرمانه بودن اطلاعات به شرکت کنندگان اطمینان داد.

بررسی داده‌ها و تجزیه و تحلیل نتایج در بخش آمار توصیفی با جداول، توزیع فراوانی، نمودارها، میانگین و انحراف معیار و در بخش استنباطی به روش آنالیز کواریانس با کنترل اثر پیش آزمون و نیز آزمون تعقیبی LSD انجام گرفت. جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات از لحاظ جنسیت نیز از آزمون تی مستقل استفاده گردید.

یافته‌ها

نمونه‌های مرحله اول پژوهش شامل ۴۴۵ دانشجوی ۹ رشته کارشناسی و یک رشته کاردانی دانشکده علوم پزشکی نیشابور بودند. بررسی داده‌ها نشان داد، این نمونه‌ها اکثریت مونث (۶۳٪)، رشته پرستاری (۲۲٪)، اغلب مجرد (۷۶٪)، بیشتر سال اولی (۵۳٪) و غیر بومی بودند (۵۸٪) (جدول شماره ۱).

جلسه اول: آشنا سازی افراد گروه با یکدیگر؛ توضیح برنامه مداخله روان نمایشگری برای اعضا؛ بیان ساختار، اهداف و قوانین جلسات؛ ایجاد اعتماد؛ بحث و تبادل نظر در مورد خواسته‌ها و هدف هر کدام از اعضا جهت شرکت در جلسات. جلسه دوم و سوم: ایجاد صمیمیت بیشتر؛ سعی در ایجاد ارتباط و گفتگو و طرح مشکل؛ تشویق اعضا به بیان مشکلات خود و انتخاب پروتاگونیست؛ تشریک مساعی در جهت کمک به پروتاگونیست به عنوان من یاور و بازخورد به پروتاگونیست؛ تمرین آرام سازی.

جلسه چهارم و پنجم: توضیح درمورد هیجانات و احساسات مانند: ترس، اضطراب، شادی، غم، خشم و...؛ آمادگی گروه با استفاده از تکنیک پرتاب توپ فرضی؛ استفاده از فن صندلی داغ؛ استفاده از فن زبان بدن؛ استفاده از فن تک‌گویی برای ابراز هیجانات و احساسات شخص اول و آمادگی جهت اجرای عملی؛ تبادل نظر بین اعضا با پروتاگونیست و همدیگر؛ تمرین آرام سازی.

جلسه ششم و هفتم: گرم کردن با استفاده از فن پرتاب توپ فرضی؛ تمرینات تمرکزی، بیان و بدن؛ تشویق اعضا برای بیان مشکلات خود و انتخاب پروتاگونیست؛ مشارکت اعضا جهت کمک به پروتاگونیست به عنوان یاور با استفاده از فن دوگانه و وارونگی نقش؛ انتقال و شرکت در تجارب هیجانی و نظرات اعضا با پروتاگونیست و همدیگر؛ اجرای تمرین آرام سازی.

جلسه هشتم و نهم: گرم کردن بر اساس فن داستان‌گویی؛ مرور تمرینات تمرکزی، بیان و بدن؛ تشویق به بیان مشکل خود و انتخاب پروتاگونیست؛ پرداختن به مشکل پروتاگونیست با ایفای نقش و استفاده از فن فراقنی به



جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها مرحله اول نمونه‌گیری

رشته تحصیلی	متغیرهای دموگرافیک		جنسیت		وضعیت تأهل		سال تحصیلی	
	تعداد	مذکر	مونث	مجرد	متاهل	اول	دوم	چهارم
پرستاری	۹۸	۲۰	۷۸	۸۰	۱۸	۵۰	۱۷	۲۰
تکنولوژی جراحی	۶۳	۱۲	۵۱	۵۸	۵	۲۳	۲۰	۹
هوشبری	۵۹	۱۶	۴۳	۵۱	۸	۲۹	۱۶	۶
فناوری اطلاعات سلامت	۱۶	۱۰	۶	۱۱	۵	۱۱	۲	۳
مامایی	۵۸	۰	۵۸	۴۹	۹	۴۰	۱۸	-
بهداشت محیط	۱۹	۹	۱۰	۱۰	۹	۸	۷	۴
بهداشت عمومی	۴۳	۲۳	۲۰	۳۳	۱۰	۲۳	۱۰	۱۰
بهداشت حرفه ای	۲۶	۲۱	۵	۲۵	۱	۱۰	-	۱۶
فوریت‌های پزشکی	۴۷	۴۷	۰	۴۵	۲	۲۸	-	۱۹
علوم و صنایع غذایی	۱۶	۵	۱۱	۱۵	۱	۱۵	۱	-
جمع کل	۴۴۵	۱۶۳	۲۸۲	۳۷۷	۶۸	۲۳۷	۹۱	۸۷

مونث (۶۰٪)، سال اولی (۳۳٪)، رشته پرستاری (۳۰٪)،
مجرد (۸۰٪) و غیر بومی (۶۱٪) هستند.

در مرحله دوم، پس از مرتب نمودن نمرات از بیشترین نمره
اضطراب اجتماعی و جدا نمودن آنان، ۳۶ دانشجو با بالاترین
نمره اضطراب اجتماعی مشخص شد و معلوم گردید اغلب

جدول ۲- پراگندگی به همراه میانگین و انحراف معیار نمرات آزمون اضطراب اجتماعی پیش از تقسیم در گروه‌های سه گانه

نمره و شدت اضطراب اجتماعی	تعداد	درصد	میانگین	انحراف معیار
۰-۲۰ (نرمال)	۳۷۰	۸۳	۱۰/۸۵	۵/۶
۲۱-۳۰ (خفیف)	۴۵	۱۰	۲۵/۹	۲/۶۹
۳۱-۴۰ (متوسط)	۱۵	۳/۴	۲۶/۲۶	۲/۱۸
۴۱ و بالاتر (شدید)	۱۵	۳/۴	۴۹/۵۳	۶/۱۸
جمع کل	۴۴۵	۱۰۰		

انحراف معیار ۵/۶ و درصد کمی (۳/۴ درصد) دارای اضطراب
اجتماعی شدید بودند (میانگین ۴۹/۵۳، انحراف معیار ۶/۱۸).
این نتایج در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

نتایج بررسی وضعیت نمونه‌ها از لحاظ درجه اضطراب
اجتماعی براساس پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور نشان
داد، اغلب نمونه‌ها (۸۳٪) در وضعیت نرمال (میانگین ۱۰/۸۵،



جدول ۳- شاخصه های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

گروه						
شناختی- رفتاری گروهی		روان نمایشگری		کنترل		متغیر
انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	
استاندارد		استاندارد		استاندارد		
۳/۸۲	۴۹/۷	۷/۶۵	۴۸/۹۱	۵/۶۹	۵۰/۲۵	پیش آزمون
۳/۸۴	۳۱/۳۳	۷/۸۷	۳۶/۰۸	۸/۳۴	۵۱/۲۵	پس آزمون

در جدول شماره ۳ میانگین نمره اضطراب اجتماعی برای گروه شناختی - رفتاری گروهی، روان نمایشگری و کنترل در پیش و پس آزمون ارائه شده است. به منظور آزمون فرضیه های پژوهش، از آزمون آنالیز کواریانس استفاده شد. هرچند آزمودنی ها در سه گروه به شیوه تصادفی جای داده شده بودند اما برای اطمینان بیشتر و برای اینکه تفاوت های اولیه در پیش آزمون (اضطراب اجتماعی) به منظور سنجش واقعی آثار مداخله ها مورد تعدیل قرار گیرد، از این آزمون استفاده

شد. اما قبل از تحلیل کواریانس، از رعایت چندین مفروضه اطمینان حاصل شد. در این رابطه نرمال بودن توزیع متغیرها با آزمون کولموگروف - اسمیرنوف، همگنی واریانس ها با آزمون تساوی واریانس های خطای لوین، همگنی شیب های رگرسیون با بررسی تعامل بین عامل گروه و پیش آزمون - پس آزمون و نیز هم خطی چندگانه با آزمون ضریب همبستگی پیرسون مورد بررسی قرار گرفتند. نتیجه آزمون های مربوطه دلالت بر رعایت این مفروضه ها داشت.

جدول ۴- تحلیل کواریانس روی میانگین نمرات پس آزمون اضطراب اجتماعی با کنترل پیش آزمون در گروه های آزمایش و کنترل

متغیر	منابع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p	ضریب اثر
اضطراب اجتماعی	پیش آزمون	۵۷۲/۲۶۴	۱	۵۷۲/۲۶۴	۱۷/۰۶۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۵
	عضویت گروهی	۲۴۳۴/۸۰۱	۲	۱۲۱۷/۴۰۱	۳۷/۲۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۷
	واریانس خطا	۱۰۳۹/۹۱۹	۳۲	۳۲/۱۴۷			
	واریانس کل	۶۰۵۳۶	۳۶				

بر اساس جدول شماره ۴، نسبت F تحلیل کواریانس در متغیرهای اضطراب اجتماعی ($F=37/25$ و $p<0/001$)، در گروه های سه گانه معنی دار است. به بیان دیگر، بین متغیر

وابسته فوق در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معنی دار وجود دارد. برای درک چگونگی این تفاوت ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد.

جدول شماره ۵- نتایج آزمون تعقیبی LSD روی میانگین های تعدیل یافته اضطراب اجتماعی در پس آزمون گروه های آزمایش و کنترل

متغیر وابسته	گروه i	گروه j	تفاوت میانگین (i-j)	خطای معیار	p
اضطراب اجتماعی	شناختی- رفتاری گروهی	روان نمایشگری	-۵/۲۸	۲/۳۳	۰/۰۹۱
	شناختی- رفتاری گروهی	کنترل	-۱۹/۵۱	۲/۳۳	<۰/۰۰۱
	روان نمایشگری	کنترل	-۱۴/۲۳	۲/۳۴	<۰/۰۰۱



جدول شماره ۵، نتایج آزمون تعقیبی LSD روی میانگین‌های تعدیل یافته اضطراب اجتماعی را در گروه‌های آزمایش و کنترل، در پس آزمون نشان می‌دهد. با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴ و ۵، تفاوت میانگین‌های اضطراب اجتماعی در گروه‌های شناختی-رفتاری گروهی، روان نمایشگری و کنترل در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنی دار می‌باشد؛ بنابراین می‌توان گفت که بین گروه‌های شناختی- رفتاری گروهی، روان نمایشگری و کنترل از لحاظ متغیرهای اضطراب

اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین نمرات پس آزمون دو گروه مداخله شناختی - رفتاری و روان نمایشگری تفاوت معنی داری وجود ندارد ($P>0/05$). نتایج تحقیق همچنین نشان داد، بین نمرات دختر و پسر در اضطراب اجتماعی، تفاوت معناداری وجود دارد ($P<0/001$)؛ به عبارت دیگر، نمرات دختران در متغیر فوق، بالاتر از نمرات پسران است (جدول شماره ۶).

جدول ۶- مقایسه نمرات اضطراب اجتماعی بر اساس جنسیت (دانشجویان پسر و دختر)

متغیر	جنسیت	میانگین	انحراف معیار	t	df	سطح معناداری
اضطراب اجتماعی	مرد	۴۵/۷۱	۵/۷۰	-۳/۷۹	۳۴	۰/۰۰۱
	زن	۵۲/۰۹	۴/۳۷			

بحث

هدف کلی از انجام این تحقیق، مقایسه تاثیر مداخله شناختی - رفتاری گروهی و روان نمایشگری بر کاهش اضطراب اجتماعی در دانشجویان بود. در این پژوهش یک فرضیه اصلی و دو فرضیه فرعی مطرح بود. فرضیه اصلی پژوهش بیان می‌کند؛ بین میانگین نمرات پس آزمون اضطراب اجتماعی دو گروه مداخله شناختی - رفتاری گروهی و روان نمایشگری تفاوت معنی داری وجود دارد و فرضیه‌های فرعی شامل: الف. بین میانگین نمرات پس آزمون اضطراب اجتماعی گروه مداخله شناختی - رفتاری و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد؛ ب. بین میانگین نمرات پس آزمون اضطراب اجتماعی گروه مداخله روان نمایشگری و گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج حاصل از تحقیق حاضر نشان داد پس از انجام مداخله شناختی -

رفتاری گروهی و روان نمایشگری در هر دو گروه، شاهد کاهش معنی دار در میزان اضطراب اجتماعی بودیم. در واقع فرضیه‌های فرعی پژوهش مورد تایید قرار گرفت. پژوهشی همسو و مشابه با نتایج بررسی فرضیه اصلی پژوهش حاضر مشاهده نکردید. اما نتایج این پژوهش همسو با مطالعات قبلی نشان داد مداخله شناختی - رفتاری گروهی می‌تواند علائم اضطراب اجتماعی را به‌طور معنی داری کاهش دهد؛ به‌طور مثال فدروف و تایلور^۱ (۲۰۰۱)، کلارک و دیگران^۲ (۲۰۰۳)، ردباگ، هالووی و هیمبرگ^۳ (۲۰۰۴)، هافمن و لوه^۴ (۲۰۰۶) میلیانی و دیگران (۱۳۸۸)، عابدی و دیگران (۱۳۹۴)، رضایی و دیگران (۱۳۹۶)، لیچنرینگ و دیگران^۵ (۲۰۱۳)، کلاماراس و دیگران^۶ (۲۰۱۵)، رامک، جنگی و سنگانی (۲۰۱۹)، فوگارتی، هیوی و مک کارتی^۷ (۲۰۱۹)

^۵ Leichsenring & etal

^۶ Calamaras & etal

^۷ Fogarty, Hevey, McCarthy

^۱ Fedoroff, & Taylor

^۲ Clark & etal

^۳ Rodebaugh, , Holaway & Heimberg

^۴ Hofmann, & Loh,



دریافتند این نوع مداخله بر اضطراب اجتماعی شرکت‌کنندگان در مطالعه موثر است (۲۷، ۵۶-۴۷). بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری می‌توان گفت این مداخله با شناسایی خطاهای شناختی سعی در اصلاح اینگونه تحریفات شناختی نموده و به افراد کمک خواهد نمود تا نگاه دقیق‌تر و واقع‌گرایانه‌تر به افکاری داشته باشند که در حس اضطراب و یا سایر حالات ناخوشایند آنها نقش دارند. افراد با شناخت افکار منفی و اغلب واهی که احساسات و خلق و خوی آنها را تضعیف می‌کنند، می‌توانند در الگوهای تفکر سالم شرکت کنند (۱).

نتایج پژوهش حاضر همچنین همسو با مطالعات قبلی نشان داد مداخله روان نمایشگری بر نشانه‌های اضطراب اجتماعی تاثیر قابل ملاحظه دارد. در این رابطه می‌توان به مطالعه دادستان و دیگران (۱۳۸۶)، دهنوی و دیگران (۱۳۹۳)، پوررضائیان (۱۳۹۵)، آکینسولا و دیگران^۱ (۲۰۱۳)، فیلیپس شزلی و دیگران^۲ (۲۰۱۶)، آیویی و منگ^۳ (۲۰۱۶)، موسوی و حقایق (۱۳۹۸)، فلزمن، سیفرت کولین و هیمل^۴ (۲۰۱۹)، اشاره نمود (۳۲، ۳۳، ۴۰، ۴۱، ۶۰-۵۷). بر اساس این رویکرد، بازیگری به فرد اجازه می‌دهد تا به بیان مشکلات خود بپردازد، هیجانانش را عرضه کند، تعارضات خود را به سطح آورد و سرانجام با آنها مواجه شود (۳۴). همانند نتایج مطالعات ذکر شده، در مطالعه حاضر، نمرات اضطراب اجتماعی در دو گروه آزمون، کاهش یافته، اما تفاوت معنی داری در نمرات پس آزمون گروه کنترل دیده نمی‌شود. از طرفی نتایج آزمون مقایسه دو مداخله شناختی - رفتاری گروهی و روان نمایشگری نشانی از برتری روش شناختی - رفتاری گروهی بر شیوه روان نمایشگری و بالعکس نداشت، به‌طوری‌که با مقایسه میانگین نمرات پس آزمون در دو گروه،

تفاوت معنی داری در میانگین‌ها دیده نشد. یعنی این فرضیه که مداخله شناختی - رفتاری گروهی با روان نمایشگری در کاهش اضطراب اجتماعی تفاوت دارد، تایید نشد. همان‌طور که بیان شد در این رابطه مطالعه‌ای که به‌صورت ویژه به مقایسه این دو شیوه مداخله پرداخته باشد، دیده نشد اما در مطالعات مشابه مانند مطالعه بوگلز و دیگران (۲۰۱۴) نتیجه نشان داد که ضمن تاثیر قابل قبول هر دو روش روان درمانی روان پویشی و درمان شناختی - رفتاری در کاهش اضطراب اجتماعی این دو مداخله برتری معنی داری از لحاظ کاهش اضطراب اجتماعی بر هم نداشتند (۶۱). در مطالعه حاضر نیز تفاوت نمرات پس آزمون پس از مداخلات معنی دار نگردید. روان درمانی روان پویشی از برخی جهات با روان نمایشگری شباهت دارد. در هر دو مداخله تمرکز اصلی درمان بر تعارضات هیجانی ناخودآگاه و دفاع‌هایی است که آگاهی هیجانی بیمار را مسدود نموده و نمی‌گذارند او این احساسات را تجربه نماید (۶۲). با وجود این در مطالعه سیتومورانگ و دیگران (۲۰۱۸)، درمان شناختی - رفتاری نسبت به موسیقی درمانی زنده، تاثیر بهتری در کاهش اضطراب اجتماعی داشت این اختلاف به‌ویژه در دراز مدت، بیشتر خود را نشان داد، به‌طوری‌که در آزمون پیگیری، درمان شناختی - رفتاری نسبت به موسیقی درمانی تاثیر بهتری در کاهش اضطراب اجتماعی از خود نشان داد (۶۳). هر چند روان نمایشگری و موسیقی درمانی هر دو از شاخه‌های هنر درمانی محسوب می‌شوند اما می‌توان تاثیر کوتاه مدت موسیقی بر اضطراب را نسبت به روان نمایشگری دلیل این اختلاف دانست.

همچنین در یک مطالعه فراتحلیل انجام شده توسط مایو ویلسون و دیگران^۵ (۲۰۱۴) با تحلیل نتایج تعداد قابل توجهی

^۴ Felsman, Seifert Colleen, Himle

^۵ Wilson & etal

^۱ Akinsola, & etal

^۲ Sheesle. & etal

^۳ Aoyi & Meng



مطالعه بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۲۰۱۳ مشخص شد، درمان شناختی - رفتاری تنها مداخله گزارش شده در میان درمان‌های غیر دارویی است که در تقریباً تمامی مطالعات، نسبت به دارونماهای آرام‌بخش و ضد افسردگی در کاهش اضطراب اجتماعی و عوارض ناشی از آن، بهتر عمل نموده است. ضمن آنکه نسبت به سایر مداخلات روان‌درمانی از جمله: روان‌درمانی تحلیلی‌گرا، روان‌درمانی بین فردی، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان حمایتی، در کاهش اضطراب اجتماعی برتری داشته است (۶۴). اما در این مطالعه اشاره‌ای به روان‌نمایشگری و مقایسه آن با درمان شناختی - رفتاری نشده است.

نکته حائز اهمیت اینکه نتایج تازه‌ترین مطالعات نشان داده است، چنانچه مداخله شناختی - رفتاری با روان‌نمایشگری همراه شود نتایج به‌مراتب از انجام مداخلات به تنهایی موثرتر و پایدارتر خواهد بود (۶۵). به‌طور مثال در مطالعه عابدی تهرانی و دیگران (۲۰۲۰)، ادغام روان‌نمایشگری و شناختی - رفتاری گروهی توانسته بود به میزان قابل توجهی ترس از ارزیابی منفی و اضطراب اجتماعی را در گروه آزمایش کاهش دهد (۶۶)؛ همچنین پیش‌تر هامامسی^۱ (۲۰۰۲) نیز نشان داد که ترکیب روان‌نمایشگری و مداخله شناختی - رفتاری در مقایسه با شناختی - رفتاری صرف، باعث کاهش تحریفات شناختی که سبب نگرانی در ارتباط بین فردی شده‌اند، می‌گردد (۶۷). در همین رابطه تردول و دارتنل^۲ (۲۰۱۷) مداخله‌ای را با عنوان درمان شناختی - رفتاری روان‌نمایش‌گرایانه گروهی^۳ که از ادغام دو روش روان‌نمایشگری و شناختی - رفتاری گروهی طراحی شده است را معرفی می‌کنند و اثرات آن را در مقایسه با هر کدام از مداخلات به

تنهایی در کاهش کم‌رویی و بهبود روابط اجتماعی موثرتر می‌دانند (۶۸).

به نظر می‌رسد بروز اثرات مطلوب یک روش درمانی به‌صورت موقت، نمی‌تواند به تنهایی نشانگر برتری یک شیوه درمانی نسبت به سایر روش‌ها باشد، بلکه استمرار و ماندگاری و به اصطلاح تغییر ماندگار رفتار می‌تواند بر این فضیلت، صحنه گذارد. این مسئله می‌تواند به‌عنوان یکی از محدودیت‌های این پژوهش در نظر گرفته شود. با توجه به شیوع بیماری کووید-۱۹ و تعطیلی دانشگاه‌ها و پراکنده شدن دانشجویان شرکت‌کننده در پژوهش، امکان بررسی تاثیر تداوم اثر مداخلات میسر نشد. از این‌رو، نداشتن مرحله پیگیری می‌تواند به‌عنوان یکی از محدودیت‌های پژوهش مطرح باشد.

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد هر دو مداخله شناختی - رفتاری گروهی و روان‌نمایشگری بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی در دانشجویان موثرند. همچنین بین مداخله شناختی - رفتاری گروهی با روان‌نمایشگری اختلاف معنی‌داری از لحاظ نمرات پس آزمون دیده نشد. ادغام این دو روش نیز می‌تواند دستمایه مفیدی جهت تحقیقات آینده در زمینه اختلال اضطراب اجتماعی به‌ویژه در قشر دانشجویان باشد. می‌توان ضمن پلایه‌ریزی درمان بر اساس درمان شناختی - رفتاری بویژه گروهی، از تکنیک‌های روان‌نمایشگری نیز در کنار مداخله اصلی استفاده شود؛ همچنین توصیه می‌شود از سنین پایین‌تر، دانش‌آموزان و بویژه دختران دارای اضطراب اجتماعی شناسایی شده و تحت آموزش‌هایی مانند جرات ورزی و ابراز وجود قرار گیرند.

³ Cognitive Behavioral Psychodrama Group Therapy

¹ Hamamci

² Treadwell & Dartnell



تشکر و قدردانی

دانشکده جهت مشارکت و همکاری در انجام تحقیق، کمال

تشکر را داشته باشد.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری محقق بوده و پژوهشگر

برخود لازم می‌داند تا از معاونت تحقیقات و فناوری و سایر

مدیران دانشکده علوم پزشکی نیشابور و نیز دانشجویان این

References

1. Batler G. Overcoming Social Anxiety and Shyness, 2nd Edition: A self-help guide using cognitive behavioural techniques. London: Robinson. 2016, 95-99
2. Kessler R. C., Petukhova M., Sampson N. A., Zaslavsky A. M., & Wittchen H. U. Twelve month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *IJMPR*, 2016, 21(3), 169-184
3. Menezes G. B. D., Coutinho E. S. F., Fontenelle L. F., Vigne P., Figueira I., Versiani, M. Second-generation antidepressants in social anxiety disorder: meta-analysis of controlled clinical trials. *Psychopharmacology*, 2011, 215(1), 11-14.
4. Kaplan Sadock. Benjamin James. and Sadock Virginia Alcott. Synopsis of Psychiatry, Behavioral Sciences/ Clinical Psychiatry. Translation Rezaei Farzin. Tehran: Publisher Arjmand. 2019 (Persian).
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. 2013, 671-73.
6. Hedman E, Ström P, Stükel A, Mörtberg E. Shame and guilt in social anxiety disorder: Effects of cognitive behavior therapy and association with social anxiety and depressive symptoms. *Plos one*. 2013; 8(4):e61713. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0061713>
7. Karlsen B.S., Clench-Aas J., Roy B.V., Raanaas, R.K. Relationships between social anxiety and mental health problems in early adolescents from different socioeconomic groups: results from a cross-sectional health survey in Norway. *J Psychol Abnorm Child*; . 2014, 3: 120-6.
8. Mercede N. Relationship of Quality of Life and Achievement Motivation with Undergraduated Student's Anxiety. *J Depression Anxiety*; 2012, 1(1):1-4
9. Dyrbye L.N., Thomas, M.R., Huntington, J.L., Lawson, K.L., Novotny, P.J., Sloan, J.A., et al. Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Acad Med*; . 2006, 81(4):374-84.
10. Leta S. Depression Rates among College Students on the Rise. *The Daily California*. 2001; 3(2):189-92.
11. Labbafinejad Y, Bossaghzade A. Assessment of anxiety prevalence and its contributing factors in female medical students of Tehran University of Medical Sciences in 2010-2011. *ioh*. 2012; 9 (3) :32-38. [Persian]
12. Momeni M, Zeyghami R, Moradi M, Taherpour M, Sarichloo ME. Prevalence and factors associated with social phobia in nursing and midwifery students. *Journal of health and care*. 2015 Jun 10; 17(2):137-45. [Persian].
13. Salina M., Ng C.G., Gill J.S., Chin J.M. Social anxiety problem among medical students in university Malaya medical center (UMMC) – A cross-sectional study. *Malaysian J Psychiatry*; 2008, 17(2): 17-22.
14. Strahan E.Y. The effects of social anxiety and social skills on academic performance. *Pers Individ Dif*; 2003, 34(2):347-66.



15. Aderka IM, McLean CP, Huppert JD, Davidson JR, Foa EB. Fear, avoidance and physiological symptoms during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *J BRAT*. 2013 1;51(7):352-8.
16. Goldin PR, Lee I, Ziv M, Jazaieri H, Heimberg RG, Gross JJ. Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder *J BRAT* 2014 ,1;56:7-15.
17. Shannon J. The shyness and social anxiety workbook for teens: CBT and act skills to help you build social confidence. New York: New Harbinger Publications; 2012,119-22
18. Hofmann SG, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *JCP*. 2008 Apr;69(4):621.
19. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranouzouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, Pilling S. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*. 2014 Oct 1;1(5):368-76.
20. Heimberg RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. Guilford Press; 2002 Jul 3.
21. Clark DM, Ehlers A, Hackmann A, McManus F, Fennell M, Grey N, Waddington L, Wild J. Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *JCCP*. 2006 Jun;74(3):568.
22. McEvoy PM, Nathan P, Rapee RM, Campbell BN. Cognitive behavioural group therapy for social phobia: Evidence of transportability to community clinics. *J BRAT*. 2012 Apr 1;50(4):258-65.
23. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*. 2006 Jan 1;26(1):17-31.
24. Feske U, Chambless DL. Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior therapy*. 1995 Sep 1;26(4):695-720.
25. Hofmann S. G. Advances in the research of social anxiety and its disorder anxiety. *Anxiety, Stress, & Coping*, 2010, 23(3), 239-242.
26. Hofmann SG, Bögels SM. Recent advances in the treatment of social phobia: Introduction to the special issue. *J. Cogn. Psychother*. 2006 Apr 1;20(1):3.
27. Hofmann SG, Loh R. The Tridimensional Personality Questionnaire: changes during psychological treatment of social phobia. *J. Psychiatr. Res*. 2006 Apr 1;40(3):214-20.
28. Norton PJ, Price EC. A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *J Nerv Ment Dis*; 2007 195: 521-31
29. Rapee RM, Gaston JE, Abbott MJ. Testing the efficacy of theoretically derived improvements in the treatment of social phobia.. *J Consul Clin Psychol* 2009 Apr;77(2):317-27.
30. Otto MW, Pollack MH, Gould RA, Worthington III JJ, McArdle ET, Rosenbaum JF, Heimberg RG. A comparison of the efficacy of clonazepam and cognitive-behavioral group therapy for the treatment of social phobia.. *J Anxiety Disord* 2000 Jul 1;14(4):345-58
31. Davidson JR, Foa EB, Huppert JD, Keefe FJ, Franklin ME, Compton JS, Zhao N, Connor KM, Lynch TR, Gadde KM. Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Oct 1;61(10):1005-13
32. Pourrezaian M. The Clinical Evaluation of Psychodrama's Effectiveness in Treatment of Social Anxiety: A Case Study. *CPSJ*. 2016 Volume 6, Issue 24, Autumn, Pages 29-46. 10.22054/JCPS.2016.6513. [Persian]



33. Dehnavi S, Zadeh Mohammadi A, Hashemi S F, Bajelan M. Effectiveness of Psychodrama based on Unity-oriented Therapeutic Approach on Resilience of Patients with Multiple Sclerosis. *Shefaye Khatam* 2018, 6(3): 10-18. DOI: 10.29252. [Persian]
34. Holmes, Paul. *The inner world outside (object relations theory and psychodrama)*. 2nd edition. London and New York, Routledge. 2015, 222
35. Corey G. *Theory and practice of group counseling*. 9th edition. Boston: Cengage Learning. 2015, 219
36. Enelow, S. (2015). *Method acting and its discontents: on American psychodrama*. Illinois: Northwestern University Press. 2015, 113.
37. Moreno Z. T., Blomkvist, Leif Dag, Rutzel, T. *Psychodrama, surplus reality and the art of healing*. United Kingdom, Taylor & Francis. Routledge; 1st edition 2000. 111-13
38. Chesner A. *One- to One Psychodrama Psychotherapy. Applications and Technique*. London. Routledge. 2019, 46-9
39. Weber, A. M., & Haen, C. *Clinical applications of drama therapy in child and adolescent treatment*. New York: Brunner-Routledge. 2005, 61.
40. Dadsetan P. Anari A. Saleh Sedghpour B. *Social Anxiety Disorders and Drama-Therapy*. J of Iranian psychologists. 2007. 115-23. [Persian]
41. Mousavi H, Haghayegh SA. Efficacy of Psychodrama on Social Anxiety, Self-esteem and Psychological Well-being of University Students that met Diagnosis of Social Anxiety Disorder. *Knowledge & Research in Applied Psychology*. 2019, Vol 20. No. 3. PP: 22-30 Doi: 10.30486/jsrp.2019.565164.1284. [Persian]
42. Wiltink J, Kliem S, Michal M, & Eetal. Mini - social phobia inventory (mini-SPIN): psychometric properties and population based norms of the German version. 2017. Wiltink et al. *BMC Psychiatry*. 17:377 DOI 10.1186/s12888-017-1545-2
43. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *The British Journal of Psychiatry*. 2000 Apr 1; 176(4): 379-86
44. Hassanvand Amouzadeh M. The standardization of social phobia inventory (spin) in nonclinical Iranian samples. *Urmia medical journal*. 2015 Apr 15; 26(1): 17-30. [Persian].
45. Bieling p j, McCabe R E, Antony M M. *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. translated by Khodayari M, Abedini Y. University of Tehran Press. 2010, 269-304
46. Fathi T. *Psychodrama Prevention and treatment of psychosocial diseases*. Tehran: Nahid publisher. 2020. 38-52. [Persian]
47. Fedoroff IC, Taylor S. Psychological and pharmacological treatments of social phobia: a meta-analysis. *JCP*. 2001 Jun 1; 21(3): 311-24.
48. Clark DM, Ehlers A, McManus F, Hackmann A, Fennell M, Campbell H, Flower T, Davenport C, Louis B. Cognitive therapy vs. fluoxetine plus self exposure in the treatment of generalized social phobia (social anxiety disorder): a randomized placebo controlled trial. *JCCP*. 2003; 71(6): 1058-67.
49. Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. *Clin. Psychol. Rev.*. 2004 Nov 1; 24(7): 883-908.
50. Melyani M, Shairi M R, Ghaedi Gh, Bakhtirari M, Tavali A. The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy based on Heimberg's model on the decrease of social anxiety symptoms. *IJPCP*, Vol. 15, No. 1, 2009, 42-49. [Persian]



51. Abedi Paricha H, Sadeghi E, Shalani B, Sadeghi S. The Effectiveness of Group Cognitive-Behavioral Intervention on The Reduction of Social Phobia in Male Students..2016). J TBCP. Vol. 9 (No. 41), pp.57-66. [Persian]
52. Rezayi F, Amiri M, Taheri E. Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on reducing social anxiety and negative cognitive evaluation among hard of hearing young girls. Quarterly of Counseling Culture and Psychotherapy. Allameh Tabataba'i University. 2018, Vol. 8, No. 32. 133-160. [Persian]
53. Leichsenring F, Salzer S, Beutel ME, Herpertz S, Hiller W, Hoyer J, Huesing J, Joraschky P, Nolting B, Poehlmann K, Ritter V. Psychodynamic therapy and cognitive-behavioral therapy in social anxiety disorder: a multicenter randomized controlled trial. AJP 2013 Jul;170(7):759-67. doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12081125
54. Calamaras MR, Tully EC, Tone EB, Price M, Anderson PL. Evaluating changes in judgmental biases as mechanisms of cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. J BRAT . 2015 Aug 1;71:139-49.
55. Ramak N, Jangi P, Sangani A. The Effect of Cognitive Behavioral Techniques Training on Reducing Social Phobia in Nursing Students. Journal of Health and Care. 2019 Sep 10;21(3):223-32. [Persian]
56. Fogarty C, Hevey D, McCarthy O. Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: long-term benefits and aftercare. J BCP. 2019 Sep;47(5):501-13..doi:10.1017/S1352465819000079
57. Akinsola EF, Udoka PA. Parental influence on social anxiety in children and adolescents: Its assessment and management using psychodrama. JPsychology. 2013 Mar 28;4(03):246.
58. Phillips Sheesley A, Pfeffer M, Barish B. Comedic improv therapy for the treatment of social anxiety disorder. J Creativ Ment Health. 2016 Apr 2;11(2):157-69.
59. Aoyi L. Study on Intervention in Undergraduates' Social Communication Anxiety with Drama Therapy. Journal of simulation. 2016 Apr;4(2):31.
60. Felsman P, Seifert CM, Himle JA. The use of improvisational theater training to reduce social anxiety in adolescents. The Arts in Psychotherapy. 2019 Apr 1;63:111-7. doi.org/10.1016/j.aip.2018.12.001
61. Bögels SM, Wijts P, Oort FJ, Sallaerts SJ. Psychodynamic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for social anxiety disorder: an efficacy and partial effectiveness trial. Depression and Anxiety. 2014 May;31(5):363-73.
62. Gabbard, Glen O. Long-term psychodynamic psychotherapy: A basic text. American Psychiatric Pub., 2010.
63. Situmorang DD, Mulawarman M, Wibowo ME. Comparison of the Effectiveness of CBT Group Counseling with Passive vs Active Music Therapy to Reduce Millennials Academic Anxiety. International Journal of Psychology and Educational Studies. 2018;5(3):51-62.
64. Mayo-Wilson E, Dias S, Mavranouzouli I, Kew K, Clark DM, Ades AE, Pilling S. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 2014 Oct 1;1(5):368-76.
65. Wilson J. An introduction to psychodrama for CBT practitioners. J NZCCP. 2009;19(2):4-8.
66. Abeditehrani H, Dijk C, Toghchi MS, Arntz A. Integrating Cognitive Behavioral Group Therapy and Psychodrama for Social Anxiety Disorder: An Intervention Description and an Uncontrolled Pilot Trial. J CPE. 2020 Mar 31;2(1):1-21. doi.org/10.32872/cpe.v2i1.2693. [Persian]
67. Hamamci, Z. The Effect of Integrating Psychodrama and Cognitive Behavioral Therapy on Reducing Cognitive Distortions in Interpersonal Relationships. Journal of GPP & Sociometry, 2002 55(1), 3-14. https://doi.org/10.3200/JGPP.55.1.3-14.



68. Treadwell T, Dartnell D. Cognitive Behavioral Psychodrama Group Therapy. Int J group psychoth . 2017 Jan 27;67(sup1):S182-93. <https://doi.org/10.1080/00207284.2016.1218285>.



Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and psychodrama on students with social anxiety

Mehdi Bakaeian¹, Mustafa Bolghan-abadi^{2*}, Seyyed Mohsen Asgharinekah³, Zahra Bagherzadeh golmakani⁴

1- Department of psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

2- Department of psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

3- Department of Education and Psychology, Ferdowsi university of Mashhad, Mashhad, Iran

4- Department of psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Original Article

Received: 8 Nov 2020

Accepted: 7 Feb 2021

*Corresponding Author:

Mustafa Bolghan-abadi,
Department of psychology,
Neyshabur Branch, Islamic
Azad University, Neyshabur,
Iran

TEL: +985142621190

Email:

mbolghan@gmail.com

ABSTRACT

Introduction

Social anxiety is one of the most common anxiety disorders. There are various treatments for it. The aim of this study was to compare the effect of cognitive group behavioral intervention and psychodrama in reducing the symptoms of this disorder.

Materials and Methods

The research is a quasi-experimental study with pre-test and post-test with the control group. 445 students participated in this study. First, Connor's social phobia questionnaire and then clinical interviews selected 36 students who had the most social anxiety and then were randomly divided into three groups. For one group, group cognitive-behavioral therapy was performed in 12 sessions of 2 hours, and for the other group, were performed too. Finally, social anxiety was assessed in three groups and the results were compared.

Results

Most of them lacked the criteria for social anxiety (370 students) and 15 patients (3.4%) showed severe symptoms of the disorder. Analysis of covariance showed that there was a significant difference between the mean post-test scores of intervention and control group ($F=37.25$ and $p<0.001$), this difference was also no significant between intervention groups ($p>0/05$).

Conclusion

Both methods are effective in reducing social anxiety. Also, the results showed that the two therapeutic interventions in reducing social anxiety in students are not superior to each other.

Keywords

Cognitive Behavioral Therapy , Group Therapy, Psychodrama, Social anxiety, students

► **Please cite this article as:** Bakaeian M, Bolghan-abadi M, Asgharinekah SM, Bagherzadeh golmakani Z. Comparison of the effectiveness of cognitive behavioral therapy and psychodrama on students with social anxiety. J Neyshabur Univ Med Sci 2021;9(1):1-18.