

مقایسه اثربخشی درمان بین فردی و فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال هراس اجتماعی

علی رضا شیرازی تهرانی*، فضل اله میر دریکوند، محمد علی سپهوندی

گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۵/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۸/۳۰

چکیده:

زمینه و هدف: ماهیت چند بعدی و پیچیده اختلال هراس اجتماعی، برنامه‌ریزی و به‌کارگیری، کارایی مقایسه درمانها را ایجاب می‌کند. هدف از این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان بین فردی و فراشناختی در کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی بود.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی و از نوع طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون است که در آن از بین بیماران دچار هراس اجتماعی، نمونه ۴۵ نفری انتخاب شدند و به صورت تصادفی به سه گروه درمان بین فردی، فراشناختی و گروه کنترل (لیست انتظار) اختصاص داده شدند. جلسات درمانی در قالب گروه‌های ۱۵ نفری در طول ۸ جلسه برگزار شد. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه، شامل پرسشنامه هراس اجتماعی، مقیاس اضطراب در تعاملات اجتماعی، فرم تجدید نظر شده مقیاس، ترس از ارزیابی منفی و مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر DSM-IV (SCID) بودند، که در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به وسیله افراد تکمیل شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیره مانکوا و آزمون بونفرنی به منظور مقایسه تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها در گروه‌های آزمایشی و گواه استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که تفاوت معنی‌داری بین گروه‌های آزمایشی (درمان بین فردی و فراشناختی) با گروه کنترل (لیست انتظار) وجود دارد ($p < 0/001$). همچنین نتایج بیانگر این است که هر دو درمان گروهی بین فردی و فراشناختی به طور مساوی بر کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی، اضطراب در تعاملات و ترس از ارزیابی منفی اثر بخش بوده است ($p < 0/001$). اندازه اثر آن به ترتیب ۰/۴۹، ۰/۷۵ و ۰/۹۵ بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثر بخشی هر دو درمان بر علائم هراس اجتماعی، این روش درمانی می‌تواند برای مراجعانی که جهت دریافت درمان اثر بخش به مراکز مشاوره مراجعه می‌کنند، گزینه مناسبی باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان بین فردی، درمان فراشناختی، هراس اجتماعی

* نویسنده مسئول: علیرضا شیرازی تهرانی، خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، دانشکده علوم رفتاری، گروه روانشناسی

Email: psychopayam@yahoo.com

مقدمه

اختلال هراس اجتماعی بیشتر به محتوای فکر و رفتارهای اجتنابی مانند، درمان شناختی - رفتاری، شناخت درمانی و رفتار درمانی توجه شده است، در حالی که بیشتر اختلالات اضطرابی علاوه بر موارد ذکر شده در فرآیند پردازش اطلاعات مانند راهبرد کنترل فراشناختی و باورهای مثبت و منفی فراشناختی، نیز اختلال دارند(۵). فراشناخت در حوزه درمان‌های جدیدتر روانشناختی، اولین بار به وسیله ولز و میتوس با ترکیب رویکرد طرحواره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناخت را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی، جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند(۶). فراشناخت دانش یا فرایند شناختی است که در ارزیابی بازبینی یا کنترل شناخت بیماری مشارکت دارد. طبق یافته‌های پژوهشی فرایندهای شناختی بیماران هراس اجتماعی نارسا و مختل است(۷). ولز و کارتر بیان می‌کنند که باورهای فراشناختی ممکن است در تحول نشانه‌ها و مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی، نقش مهم و اساسی داشته باشد(۸). الیس و هادثون نشان دادند که نگرانی و اضطراب از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی، به خصوص اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی بوده که با باورهای مثبت و منفی فراشناختی ارتباط دارند(۹). به نظر ولز، تأثیر انواع راهبردهایی که افراد مضطرب برای تنظیم افکار و احساسات آنها در موقعیت‌هایی که ارزیابی می‌شوند، می‌تواند نشانه‌های جسمی، باورهای منفی در مورد خود و دنیای اجتماعی و همچنین تغییرات رفتاری را در پی داشته

هراس اجتماعی که تحت عنوان اضطراب اجتماعی نیز شناخته می‌شود شامل ترس پایداری از ارزیابی منفی به وسیله دیگران است. این اختلال یکی از انواع اختلالات اضطرابی به شمار می‌رود. مبتلایان به هراس اجتماعی از تحقیر شدن و شرمساری در موقعیت‌های خاص مثل گفتگو در جمع به شدت می‌ترسند. این ترس ممکن است شامل نگرانی از بروز علائم اضطراب از قبیل سرخ شدن، لرزیدن و عرق کردن باشد. شیوع هراس اجتماعی در طول عمر ۳ تا ۱۳ درصد گزارش شده و اوج شروع این اختلال در دهه‌ی دوم عمر است(۱). بر خلاف بقیه اختلالات اضطرابی که معمولاً نسبت خانم‌ها در آن غالب است، در این اختلال چندان تفاوتی بین زن و مرد دیده نمی‌شود و نسبت آن ۱/۴ به ۱ است(۲) بررسی شیوع این اختلال در جامعه ایران در سال ۱۳۸۹، حاکی از شیوع ۱۰/۱ درصد با برتری نسبت زنان مبتلا به هراس اجتماعی بوده است(۳). در دو دهه گذشته افزایش چشمگیری در پژوهش‌های بالینی با هدف بررسی ساز و کارهای زیرین هراس اجتماعی روی داده است(۴). اختلال هراس اجتماعی اغلب با اختلالات اضطرابی دیگر، اختلال افسردگی اساسی و اختلال مصرف مواد هم‌زمان است(۱). روش‌های درمانی گوناگونی شامل انواع درمان‌های دارویی و روان‌شناختی جهت بهبود اختلال‌های هراس اجتماعی ارائه شده‌اند و به لحاظ تجربی نیز مورد تأیید واقع شده‌اند. در بیشتر درمان‌های صورت گرفته برای

نظر گرفت، لذا مداخلات بین فردی را می‌توان به عنوان یک جایگزین موجه برای درمان هراس اجتماعی به حساب آورد. اثربخشی درمان بین فردی در قالب فردی و گروهی برای اختلالات افسردگی (۱۶)، افسرده خوایی (۱۶)، اختلالات دوقطبی (۱۷) و پراشتهایی روانی (۱۸)، تأیید شده است. با توجه به شیوع بالای اختلالات خلقی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و از آنجایی که روان درمانی بین فردی، درمان شناخته شده با اثر بخشی خاص افسردگی است ممکن است این درمان منافع ویژه‌ای برای بیماران مبتلا به هراس اجتماعی داشته باشد. از این نظر، بررسی اثر بخشی درمان‌های بین فردی در درمان اختلالات هراس اجتماعی، توجه محققین را به خود جلب نموده است و اولین مطالعه مؤثر در این زمینه توسط لپسیتز و همکاران (۱۹)، بر روی یک گروه از افراد مبتلا به هراس اجتماعی صورت گرفته است و کارآمدی این درمان ثابت گردیده است. به عنوان مثال، بورگی و همکاران، در مطالعه‌ای به مقایسه اثر بخشی درمان‌های بین فردی و شناختی - رفتاری بر روی دو گروه از بیماران مبتلا به هراس اجتماعی بستری در بخش‌های یک کلینیک اختلالات روانی در نروژ پرداختند (۲۰). نتایج مقایسه این دو روش درمانی، حاکی از آن بود که هر دو درمان بهبود معنی‌داری را در نمرات هراس اجتماعی بیماران ایجاد کرده و هیچ تفاوت معنی‌داری بین پاسخ به دو درمان وجود ندارد. توجه به تأثیراتی که اختلال هراس اجتماعی در زندگی خانوادگی، شغلی و تحصیلی مراجع می‌گذارد، ضرورت پرداختن به درمان مناسب و مشخص کردن مؤثرترین نوع درمان برای این افراد را آشکار

باشد. وجود باورهای شناختی منفی در مورد خویشتن می‌تواند به عنوان عامل خطر در جهت ترس و اجتناب افراد مستعد به هراس اجتماعی در ورود به موقعیت‌های اجتماعی باشد (۱۱). بدین ترتیب منشأ آشفتگی‌های افراد مبتلا به هراس اجتماعی ممکن است ماهیت ساختاری داشته باشد و یا این که با استراتژی‌های بیمار برای ارزیابی و کنترل افکار مرتبط باشد (۱۲).

درمان‌های فراشناختی، به عنوان یک رویکرد شناخت درمانی خالص، به دلیل نارضایتی از رویکردهای رفتاری - شناختی موجود که ویژگی‌های مهم تفکر غیر انطباقی و عوامل کنترل کننده آن مورد توجه قرار نمی‌گیرند، به وجود آمده است (۱۳). اصل بنیادین این درمان این است که اختلال روانشناسی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی - توجهی مرتبط است. سندرم شناختی - توجهی تأثیر بسیار مهمی بر تنظیم هیجان دارد و هدف درمان فراشناختی درمان این سندرم و تعدیل باورهای فراشناختی مربوط به آن است (۱۳). نتایج پژوهش‌های ولز و کینک شواهد اولیه بر اختلال اضطرابی فراهم آورده است (۱۴). اثر بخشی درمان فراشناختی بر اختلال‌های روانی فراوان از جمله، اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواس - اجباری و اختلال استرس پس از سانحه ثابت شده است. همچنین از آنجایی که افراد مبتلا به هراس اجتماعی، روابط بین فردی محدود و آسیب دیده‌ای دارند (۱۵). بنابراین نشانه‌های هراس اجتماعی را می‌توان به عنوان یک بخش یا نتیجه آسیب بین فردی کلی‌تر در

می‌سازد. از طرفی درمان گروهی این افراد باعث خواهد شد که انزوایی که اغلب در نتیجه بیماری به آن‌ها دست می‌دهد و ایشان را از محافل مختلف دور نگه می‌دارد، در گروه و در تعامل با افرادی که بیماری مشابهی دارند شکسته شود و موقعیتی پیش آید تا این افراد ترس‌های واهی خود را در گروه مورد آزمایش تجربی قرار دهند و از این طریق بتوانند بر آنها غلبه کنند. علاوه بر این اختلال هراس اجتماعی، یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است و سیری مزمن و نسبتاً پایدار داشته و منجر به افت شدید در عملکرد-های شغلی، تحصیلی و روابط بین فردی می‌شود، لازم است برنامه درمانی مؤثر و رضایت‌بخشی برای این اختلال طراحی شود، درمانی که بر خلاف درمان‌های گذشته، کوتاه مدت، کم هزینه‌تر، ساده‌تر و قابل اجرا باشد و اثر بخشی فوری و مداوم داشته باشد و از آنجایی که تا به حال در هیچ مطالعه‌ای به مقایسه اثر بخشی درمان‌های فراشناختی یا بین فردی پرداخته نشده است، هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان بین‌فردی در کاهش نشانه‌های اختلالات (هراس اجتماعی، اضطراب از تعاملات اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی دیگران) در بیماران مبتلا بود.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی بود که طرح گروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه مراکز روان‌درمانی و مشاوره شهر اصفهان می‌باشد که تعداد ۸ مرکز به شکل تصادفی به شکل نمونه‌گیری

خوشه‌ای گزینش شدند. بین کلیه مراجعین به این مراکز ۲۰۰ نفر به صورت نمونه در دسترس، انتخاب گردیدند و با پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی تعداد ۷۳ نفر از آنها مورد غربالگری قرار گرفتند و با توجه به مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس راهنمای تشخیصی - آماری اختلالات روانی تعداد ۴۵ نفر از افراد مبتلا به هراس اجتماعی از هر دو جنس و در دامنه سنی ۱۶ تا ۴۵ سال، شناسایی، انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (درمان بین فردی، فراشناختی و گروه کنترل تحت شرایط لیست انتظار) جایگزین گردیدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ابتلا به اختلال هراس اجتماعی، داشتن سواد دیپلم، رضایت و همکاری شرکت‌کنندگان (به دلیل تمرکز بر اختلال هراس اجتماعی و درک بهتر محتوای جلسه‌های درمانی و رعایت اصول اخلاقی مشارکت آزمودنی‌ها در پژوهش). ملاک‌های خروج؛ مصرف داروهای روانی، مبتلا بودن به یکی از اختلال‌های سایکوتیک، اختلال دوقطبی، تجزیه‌ای و هر نوع بیماری طبی شدید، (به دلیل احتمال تأثیر اختلالات دیگر بر متغیر وابسته و در نتیجه کنترل آنها) که مانع ادامه درمان شود. روش مورد نظر در پژوهش حاضر، اجرای ۸ جلسه درمان گروهی فراشناختی بر طبق پروتکل درمانی ولز (۱۳) و درمان بین فردی بود که به صورت هفتگی و ۲ ساعته برگزار می‌شد. به منظور رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش، بیش از اجرای مداخلات با شرکت‌کنندگان در یک جلسه گروهی صحبت شد و در جریان روند تحقیق قرار گرفتند و سپس از آنها کتباً رضایت گرفته

شد. جدول ۱ مداخلات درمانی انجام شده و زمان بندی جلسات را نشان می‌دهد.

ابزارهای به کار گرفته در این پژوهش عبارتند: مقیاس هراس اجتماعی (SPIN)^(۱) بود نخستین بار به وسیله کانور و همکاران (۲۱)، به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. این مقیاس یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده‌ای است. هر ماده بر اساس مقیاس‌های لیکرت پنج درجه‌ای، درجه‌بندی می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه به این قرار است که پایایی به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی، برابر ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ می‌باشد، همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ در گروه افراد به هنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ گزارش گردیده است. نقطه برش ۱۵ با کارایی تشخیص ۰/۷۸ آزمودنی‌های با تشخیص همراه با اختلال هراس اجتماعی و گروه کنترل روانپزشکی و نقطه برش ۱۶ با کارایی ۰/۸۰ افراد با اختلال هراس اجتماعی را از گروه کنترل روانپزشکی فاقد هراس اجتماعی از هم تمیز می‌دهند. روایی افتراقی در مقایسه نتایج این آزمون در دو گروه از آزمون‌ها با تشخیص هراس اجتماعی از افراد بدون تشخیص، بررسی شد که تفاوت معنی‌داری را با هم نشان می‌دهد و این حاکی از روایی افتراقی بالای این مقیاس است (۲۲). شریفی و همکاران (۲۳) در ایران برای بررسی مقدماتی پایایی این مقیاس به منظور استفاده از آن در تحقیق خود، این مقیاس را روی ۱۲۳ نفر از دانشجویان دانشگاه شهید بهشتی اجرا کردند و پایایی این ابزار با روش باز آزمایی ۰/۸۲ به دست آمد.

همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر ۰/۸۶ به دست آمد.

مقیاس اضطراب در تعاملات اجتماعی (SIAS)^(۲) این مقیاس حاوی ۲۰ ماده است که به وسیله متیک و کلارک (۲۴) برای ارزیابی هراس اجتماعی در ارتباطات دو نفره یا گروهی طراحی شده است و در یک لیکرت ۵ نمره‌ای درجه‌بندی شده است. ماده‌های این مقیاس در قالب جملاتی طراحی شده‌است که توصیف کننده واکنش‌های فرد به موقعیت‌های مرتبط با تعاملات اجتماعی گروهی یا بین فردی می‌باشد. نمره کل مقیاس در دامنه ۰ تا ۸۰ قرار دارد و نمرات بالاتر معرف سطوح بالاتر اضطراب در تعاملات اجتماعی می‌باشد. روایی این مقیاس ۰/۸۴ و در بازآزمایی اعتبار ۰/۹۱ گزارش شده است. روایی و اعتبار نسخه فارسی این پرسشنامه نیز در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه گردید.

فرم تجدید نظر شده مقیاس مختصر ترس از ارزیابی منفی (BFNE-II)^(۱)، این مقیاس میزان ترس از ارزیابی منفی را اندازه‌گیری می‌کند که از ۱۲ ماده تشکیل شده و نمره‌گذاری آن طبق مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای صورت می‌گیرد. کارلتون و همکاران (۲۵)، 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

1- Social Phobia Inventory
2-Social Interaction Anxiety Scale

به‌نحارجار مربوط به خوردن در بی‌اشتهایی روانی یا پراشتهایی روانی را رد می‌کند. اعتبار و قابلیت اجرای نسخه فارسی این ابزار در پژوهش شریفی و همکاران (۲۳)، تأیید شده است. در این مطالعه اعتبار تشخیص‌گذاری در تمام تشخیص‌ها قابل قبول (۰/۷) می‌باشد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، ضمن رعایت اصل رازداری در فرآیند درمان، رضایت آگاهانه مراجعین مشارکت‌کننده در این پژوهش جلب گردید. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

روایی این مقیاس در مطالعه حاضر از طریق محاسبه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است که حاکی از همسانی درونی قابل قبول مقیاس می‌باشد. مصاحبه تشخیصی روانپزشکی مبتنی بر SCID^(۲)، مصاحبه مذکور به منظور تشخیص اختلالات روانی به صورت ساخت یافته طراحی شده است و با طرح پرسش نشانه‌های اختلالات هراس اجتماعی، تشخیص اختلال هراس اجتماعی را تأیید می‌نماید و اختلال‌هایی چون اختلال هراس، اختلال هراس با یا بدون گذر هراسی، اختلال شخصیت اجتنابی و اختلال طبی کلی یا اختلال روانی دیگر که ترس این اختلال با آن ربط ندارد، چون ترس مربوط به لکنت زبان، لرزش در بیماری پارکینسون، یا ابراز رفتارهای نا

جدول ۱. مداخلات درمانی انجام شده در جلسه‌های درمان گروهی.

جلسات درمان	درمان بین فردی	درمان فراشناختی
جلسه اول و دوم	آشنایی و برقراری ارتباط میان اعضای گروه با یکدیگر و همچنین با درمانگر، مرور علائم اختلال هراس اجتماعی، تبیین اختلال در چارچوب ابعاد زیستی - روانی - اجتماعی و تعریف علایم افراد به عنوان بخشی از یک اختلال شناخته شده	آشنایی و برقراری ارتباط میان اعضای گروه با یکدیگر و همچنین با درمانگر، آشنایی با چارچوب و قواعد گروه درمانی، معرفی درمان فراشناختی و منطق درمان، آموزش تکنیک آموزش توجه و ارائه تکلیف خانگی آموزش توجه
جلسه سوم و چهارم	ارزیابی روابط بین فردی گذشته و حال، برقراری ارتباط میان هراس اجتماعی و روابط بیماران، فرمول‌بندی حیطه بین فردی و تعیین یک حیطه نایمنی نقش و یک هدف بین فردی کاملاً اختصاصی به عنوان یک هدف اختصاصی	معرفی تکنیک‌های به تعویق انداختن نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه، تمرین با تکنیک به تعویق انداختن نشخوارهای فکری
جلسه پنجم و ششم	تحلیل تعاملات و ارتباطات افراد، تسهیل ابراز واکنش‌های هیجانی نسبت به آنچه که در درون و بیرون از گروه تجربه می‌کند، آمادگی برای تغییر الگوهای بین فردی و ارتباطی، آمادگی برای انتقال نقش و پردازش آن از طریق فرایندهای تغییر انتظارات منفی، آماده کردن مراجع برای آن رویداد به وسیله در نظر گرفتن گزینه‌های راهبردی بین فردی و رسیدگی به تجربه‌های مراجع بعد از آن رویداد	آموزش تکنیک بازتمرکز سازی توجه موقعیت، به منظور کاهش تمرکز توجه غیر انطباقی به خود و همچنین تسریع پردازش اطلاعات ابطال‌کننده باورهای فرد، اصلاح باورهای مثبت و منفی به کمک تکنیک پرسش و پاسخ و فن تحلیل مزایا
جلسه هفتم و هشتم	کار روی موضوع‌های بین فردی انفعال، عدم قطعیت، ابراز خشم و ترس از مخالفت، افزایش مهارت‌های بین فردی مثل ابراز نیازها و احساسات، تحریک جرأت‌مندی و خود مختاری، بررسی پیشرفت درمان و آماده سازی برای خاتمه گروه و اجرای پس آزمون	استفاده از فن خودگویی‌های مثبت، تدوین برنامه جدید، کار روی باورهای فراشناختی باقی مانده، بیش بینی بر انگیزنده‌های آتی و بحث در باره‌ی نحوه استفاده از برنامه جدید، مرور جلسات نهایی و جمع بندی نهایی، اجرای پس آزمون

1-Fear of Negative Evaluation Scale
2-Structured Clinical Interview for DSM-IV

یافته‌ها

پژوهش را از طریق این روش آماری تجزیه و تحلیل کرد. جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای وابسته با کنترل پیش‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل نشان می‌دهد. نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد که بین گروه‌ها از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس یک راهه با کنترل پیش‌آزمون انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ آمده است. همان‌گونه که در جدول ۴ نشان داده می‌شود تفاوت بین سه گروه در متغیرهای هراس اجتماعی ($F=18/72, p<0/001$) و اضطراب در تعاملات اجتماعی ($F=58/97, p\leq 0/001$) و ترس از ارزیابی منفی ($F=367/69, p\leq 0/001$) معنی‌دار می‌باشد. برای تعیین تفاوت‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۵ آمده است. مقایسه از طریق آزمون‌های تعقیبی مشخص کرد که هم درمان بین فردی و هم درمان فراشناختی در تغییر نمرات پرسشنامه هراس اجتماعی، اضطراب در تعاملات اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی، اثر بخش‌تر از گروه کنترل بوده اند ($p\leq 0/001$). این دو درمان به لحاظ اثر بخشی بر روی این متغیرها هیچ تفاوتی با هم نداشتند ($p>0/05$).

مشخصات توصیفی و شاخص آماری سه گروه در متغیرهای وابسته پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۲ ارائه گردیده است. از تحلیل کوواریانس چند متغیره برای تحلیل داده‌ها استفاده شد. برای انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا پیش فرض‌های آن بررسی شد. بدین منظور، چهار مفروضه تحلیل کوواریانس شامل خطی بودن، همخطی چند گانه، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند، پیش فرض همگنی واریانس‌ها، در بین نمرات سه گروه آزمودنی از طریق آزمون لوین بررسی شد. نتایج جهت همگنی واریانس متغیرهای وابسته در سه گروه بدین قرار بود، هراس اجتماعی ($F=1/67, p=0/20$) اضطراب در تعاملات اجتماعی ($F=0/02, p=0/97$)، و مقیاس ترس از ارزیابی منفی ($F=1/77, p=0/18$). نتایج این آزمون نشان داد که تفاوت معنی‌داری در واریانس سه گروه مشاهده نمی‌شود و لذا شرط تساوی واریانس‌ها برقرار است. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه‌ها برقراری است. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین نمره‌های پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح معنی‌دار نیست. بنابراین فرض همگنی رگرسیون برقرار است. پس می‌توان اطمینان داشت که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند و می‌توان داده‌های

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در افراد تحت مطالعه

مقیاس	شاخص‌های آماری	درمان بین فردی		درمان فراشناختی		گروه کنترل
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	
هراس اجتماعی	میانگین	۳۴/۶۰	۲۶/۱۳	۳۶/۶۰	۲۶/۱۷	۳۳/۶۰
	انحراف معیار	۸/۳۱	۴/۳۵	۸/۹۹	۸/۰۴	۶/۹۳
اضطراب	میانگین	۴۰/۴۷	۲۵/۱۱	۳۸/۱۷	۲۷/۱۳	۳۴/۲۵
در تعاملات	انحراف معیار	۴/۷۶	۴/۱۲	۴/۷۰	۸/۰۴	۶/۹۳
ترس از	میانگین	۲۶/۶۰	۱۶/۴۰	۲۵/۴۷	۱۵/۷۳	۲۷/۰۰
ارزیابی منفی	انحراف معیار	۴/۹۳	۴/۶۵	۲/۴۷	۲/۵۷	۲/۷۵

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون

اثر	آزمون	ارزش	Df فرضیه	Df خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلائی		۱/۰۲	۶	۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱
گروه لامبدای ویلکز		۰/۰۲	۶	۷۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰
اثر هتینگ		۲۴/۴۰	۶	۷۲	۰/۰۰۱	۰/۹۲
بزرگترین ریشه روی		۲۴/۳۷	۳	۳۸	۰/۰۰۱	۰/۹۶

جدول ۴: تفاوت تحلیل کواریانس یک راهه با کنترل پیش‌آزمون.

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
هراس اجتماعی	۴۹۲/۱۴	۲	۲۴۶/۰۸	۱۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹
اضطراب در تعاملات	۹۳۶/۷۸	۲	۴۶۸/۳۹	۵۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵
ترس از ارزیابی منفی	۸۴۴/۶۷	۲	۴۲۲/۳۴	۳۶۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بو نفرونی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون.

مقیاس	مقایسه	تفاضل میانگین	خطای معیار	سطح معنی‌داری
هراس اجتماعی	*گروه ۱ و ۳	-۷/۴۷	۱/۳۹	۰/۰۰۱
	گروه ۲ و ۳	-۷/۴۳	۱/۳۷	۰/۰۰۱
	گروه ۱ و ۲	-۰/۰۴	۱/۳۵	۰/۹۸
اضطراب در تعاملات	گروه ۱ و ۳	-۹/۱۴	۱/۰۸	۰/۰۰۱
	گروه ۲ و ۳	-۷/۱۲	۱/۰۶	۰/۰۰۱
	گروه ۱ و ۲	-۲/۰۲	۱/۰۵	۰/۱۳
ترس از ارزیابی منفی	گروه ۱ و ۳	-۱۰/۰۶	۰/۴۱	۰/۰۰۱
	گروه ۲ و ۳	-۱۱/۲۷	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	گروه ۱ و ۲	۰/۶۷	۰/۴۰	۰/۹۸

*گروه ۱: درمان بین فردی، گروه ۲: درمان فراشناختی، گروه ۳: گروه کنترل

بحث

اجتناب می‌کنند و این اجتناب منجر به شکست در کشف مواردی می‌شود که خطرناک نیستند. همچنین، شکل‌های ظریف‌تر رفتارهای حفاظتی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی از قبیل اجتناب از خود افشاسازی در برابر طرف مقابل به طور منفی باعث سوگیری واکنش دیگران شده و همین امر منجر به تسلسل‌های منفی واکنش دیگران می‌شود (۲۹). راپی و هیمبرگ (۳۰) معتقدند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی اهمیت بسیار بالایی برای تأثیر بر دیگران قایلند، لذا چنین دیدگاهی باعث می‌شود تا آن‌ها، دیگران را بیش از حد انتقاد گر در نظر بگیرند. وقتی این افراد موقعیت‌های اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند یا وقتی در چنین موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند تصویر ذهنی از این که به وسیله دیگران مورد نظاره قرار گرفته‌اند می‌سازند. تمامی این عوامل روی هم رفته منجر به تشدید هراس اجتماعی شده و باعث افت کارکرد فرد در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی می‌شود. دیدگاه بین‌فردی، ضعف در ارتباطات اجتماعی را دلیل هراس از موقعیت‌های اجتماعی می‌داند و بر این باورند که یک ارتباط متعامل، تنگاتنگ و دو سویه‌ای بین نشانه‌های بیماری و مهارت‌های بین‌فردی وجود دارد. به طوری که با بهبود مهارت‌های بین فردی می‌توان موجبات آرامش روانشناختی افراد را در ارتباطات اجتماعی فراهم ساخت و جان تازه‌ای به سامانه روان‌شناختی افراد بخشید (۳۱). در درمان بین فردی، افراد با استفاده از فنون درمانی، هم‌چون ابراز وجود منطقی، حل مساله اجتماعی، ایفای نقش، الگوبرداری، خودآموزی، خود

اختلال اضطراب اجتماعی، ترس بارز و پایدار از موقعیت‌های اجتماعی است که در آنها احتمال دستپاچی برای شخص وجود دارد که با وجود گام‌های بزرگی که در فهم عوامل نگهدارنده، این اختلال و درمان آن برداشته شده است. دانش ما در زمینه آسیب‌شناسی و سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی در درمان و پیشگیری از این اختلال بسیار مؤثر است، لذا هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثر بخشی درمان بین فردی و فراشناختی در کاهش نشانه‌های اختلال هراس اجتماعی بود. مطالعه حاضر نشان داد که هر دو روش درمانی به یک اندازه موجب کاهش معنی‌داری علائم هراس اجتماعی، اضطراب در تعاملات اجتماعی و ترس از ارزیابی منفی نسبت به گروه کنترل (لیست انتظار) می‌شود. تاکنون پژوهشی که کارآمدی این دو روش درمانی را با یکدیگر مقایسه کند، صورت نگرفته است، اما پژوهش‌های مشابه نشان داده است که درمان‌های شناختی و بین‌فردی به یک میزان در کاهش علائم هراس اجتماعی اثر بخش بوده‌اند (۲۶). نتایج اثر بخشی درمان بین فردی در کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی (۲۰) و افسردگی (۲۰)، افزایش سازگاری اجتماعی (۲۷)، بهبود تعاملات اجتماعی (۲۸) و سایر موارد دیگر به اثبات رسیده است. در پژوهش حاضر نیز این شیوه درمانی باعث کاهش معنی‌داری علائم هراس اجتماعی در بیماران گردید. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که مبتلایان هراس اجتماعی، از موقعیت‌های اجتماعی

گویی مثبت، آرمیدگی، افزایش اعتماد به نفس، روابط بین‌فردی جدیدی را جایگزین روابط بین‌فردی آسیب‌زا می‌نماید (۲۷). در این شیوه درمانی افراد مجهز به مهارت‌های اجتماعی بین‌فردی می‌شوند، در این صورت بیماران، مشکلات خود را دوباره بازبینی می‌کنند و هیجان‌های خود را نسبت به مشکلات مورد بررسی قرار می‌دهند و تلاش می‌کنند ابراز حقوق منطقی نسبت به دیگران داشته باشند. این عوامل باعث می‌شود که اعتماد به نفس آنها و کارآمدی شخصی آنها افزایش یابد که نهایتاً باعث کاهش هراس آنها از موقعیت‌های اجتماعی می‌شود.

از طرف دیگر در مورد اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش علایم هراس نتایج این مطالعه هم‌سو با یافته‌های ولز و پاپا جرجیو (۵) که در مطالعه‌های متعددی اثر بخشی درمان فراشناختی را در اختلالات روانشناختی نشان دادند، بود. هدف از درمان فراشناختی، افزایش نظارت و کنترل فرد بر پردازش اطلاعات در جریان پویای فکر خویش به خصوص در موقعیت‌های اضطراب‌آور است. در تبیین یافته‌های حاضر می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراشناختی، با ایجاد زمینه برای قطع سبک‌های ناسازگارانه تفکر و رفع شناخت‌های مثبت بیماران در مورد توجه متمرکز روی علایم طبیعی بر انگیزندگی به آنها این فرصت را می‌دهد که به گونه مؤثر و در عین حال متفاوت از شیوه‌های شناختی صرف با باورهای ناکارآمد خود در حوزه اختلال هراس اجتماعی روبرو شوند. به نظر می‌رسد از دیگر دلایل

در تبیین اثر بخشی الگوی فراشناختی این است که در این رویکرد به جای این که درمان شامل چالش با افکار مزاحم و با ورهای ناکارآمد باشد. شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبرهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیر قابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. آنچه مهم‌تر است ذکر این نکته می‌باشد که وجود باورهای منفی به طور مشخصی نمی‌تواند در باره الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهد. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد (۱۳). همچنین این روش درمانی باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی دیگران گردید. این یافته با یافته‌های ولز و پاپا جرجیو هم‌سو است (۵). در تبیین این یافته باید گفت که افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تمایل دارند قضاوت دیگران را تهدیدآمیز، افراطی و به سبک فاجعه‌آمیزی تعبیر کنند، و به همین خاطر در صورت قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی، از این که به وسیله دیگران به صورت منفی مورد ارزیابی قرار گیرند، وحشت دارند. آنها دنیا را از دید یک مشاهده‌گر بیرون به خود نگاه می‌کنند و از اطلاعات درونی برای تعبیر افراطی این موضوع که از دید دیگران چگونه به نظر می‌رسند استفاده می‌کنند. در تکنیک فراشناختی رهایی از ذهن مشغولی، فرد از نشخوارهای فکری جدا می‌شود و سبب توقف تسلسل افکار معیوب و هیجان‌ات منفی ناشی از آن می‌شود (۱۳).

نتیجه‌گیری

چنانچه ذکر شد در مجموع آموزش درمان بین فردی و فراشناختی به یک اندازه باعث کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی، اضطراب در تعاملات و ترس از ارزیابی منفی می‌شود. همچنین نتایج نشان داد که آموزش درمان بین فردی و فراشناختی نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بر کاهش نشانه‌های هراس اجتماعی، اضطراب در تعاملات و ترس از ارزیابی منفی مؤثر بوده است و هر دو روش، به طور کارآمدی در درمان اختلال هراس اجتماعی مفید می‌باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که مشاوران و روان‌درمان‌گران مراکز مشاوره و روان‌درمانی به آموزش تکنیک‌های درمانی مبتنی بر درمان‌های روان‌درمانی بین فردی و فراشناختی در درمان اختلال هراس اجتماعی توجه ویژه داشته باشند تا بتوانند مشکلات این بیماران را در زمینه موقعیت‌های هراس اجتماعی درمان کنند.

تقدیر و تشکر

این مطالعه حاصل طرح تحقیقاتی روانشناسان مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اصفهان انجام شد. که با حمایت مالی این دانشگاه انجام شد.

در جمع‌بندی کلی نتایج این مطالعه می‌توان اشاره کرد که درمان بین فردی به اصلاح سبک‌های ارتباطی و تعاملات اجتماعی می‌پردازد و باعث ارتقاء مهارت‌های اجتماعی و کارآمدی شخصی می‌شود و درمان فراشناختی به اصلاح فراشناخت‌های معیوب مثبت و منفی بیماران می‌پردازد و همین عوامل باعث می‌شود که علایم هراس اجتماعی، اضطراب در تعاملات اجتماعی و ترس از ارزیابی دیگران، در گروه‌های مداخلات درمانی نسبت به گروه کنترل کاهش یابد.

این پژوهش محدودیت‌هایی را نیز به همراه داشت که در تعمیم یافته‌ها و استنباط‌هایی از پژوهش باید به آنها توجه شود. تأثیر متغیرهای مداخله‌گر، تأثیر اجرای پیش‌آزمون، روش اجرای پژوهش، عدم پی‌گیری نتایج درمانی که قابلیت تعمیم را محدود می‌کند، مزاحمت‌های ناشی از قرار گرفتن آزمودنی‌ها در معرض دخالت متغیرهای مستقل متعدد از مهم‌ترین این محدودیت‌ها بودند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی این روش تلفیقی با اثرات مداخله‌ای ناشی از هر یک از نظریه‌ها (درمانی بین فردی و فراشناختی) به صورت جداگانه مورد مقایسه قرار گیرد و از آنجایی که در این پژوهش صرفاً از روش درمان گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود مقایسه اثر بخشی درمان بین فردی و فراشناختی در قالب درمان‌های انفرادی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج فردی و گروهی با یکدیگر مقایسه شود.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013; 676-85.
2. Barlow DH, Durand VM. Abnormal psychology: an integrative approach. 6th ed. Belmont CA: Wadsworth, Cengage Learning; 2011; 121-130.
3. Talepasand S, Nokani M. Social Phobia Symptoms: Prevalence and Socio demographic Correlates. *Archive Iranian of Medicin* 2010; 13(6): 522-7.
4. Lee H, Telch MG. Attentional Bias Away from positive social information mediates the link between social anxiety and anxiety vulnerability to a social stressor. *Journal Anxiety Disorder* 2010; 24(4): 403-8.
5. Wells A, Papageorgiou C. Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Research Therapy* 1998; 29(3): 357- 70.
6. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder. *Behavior Research Therapy* 1996; 34(11): 881-8.
7. Moses LJ, Baird JA. Metacognition. In: Wilson RA, Keil FC (editors). *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. 2nd ed. Cambridge: MIT Press; 2002; 187-205.
8. Wells A, Carter K. Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior Research Therapy* 2001; 32(1): 85-102.
9. Ellis DM, Hudson JL. The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Clinical Child* 2010; 13(2): 151-63.
10. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy* 2005; 23(4): 337-55.
11. Roth DA. Cognitive theories of social phobia In B. Bandelow. *Journal Social Anxiety Disorder* 2004; 127-41.
12. Specter JM. Self focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychol Ogy* 2002; 22(7): 947-75.
13. Wells A. *Meta cognitive therapy for anxiety*. New York: Guilford Press; 2009; 93-110.
14. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 2006; 37(3): 206-12.
15. 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. *Psychological Medicine* 1999; 29(2): 309-23.
16. Weissman M, Markowitz J, Klerman G. *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. 1th ed. New York: Basic Books; 2000; 332-356.
17. Frank E, Swartz H, Kupfer D. Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry* 2000; 48: 593-604.
18. Fairburn C, Jones R, Peveler R, O'Conner M, Hope R. Three psychological treatments for bulimia nervosa: a comparative trial. *Archive General Psychiatry* 1991; 48(5): 463-9.
19. Lipsitz J, Markowitz J, Cherry S, Fryer A. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156(11): 1814-6.
20. 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. *Journal of Anxiety Disorder* 2008; 22(6): 991-1010.
21. Connor K, Jonathan R, Davidson L, Churchill E, Sherwood A, Weisler R, et al. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *The British Journal Psychiatry* 2000; 176: 379-86.
22. Zanjani Z, Goudarzi MA, Taghavi MR, Molazadeh J. Comparing the body sensation and social skills of shyness, social phobia and normal individuals. *Psychological studies* 2009; 16: 27-44
23. Sharifi V, Asade M, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H. Validity and reliability of Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID). *Journal Cognitive Sciences* 2011; 5(1): 10-22.
24. Mattick R, Clarke J. Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behavior Research and Therapy* 1998; 36(4): 455-70.
25. Carleton, R; Collimore, K. McCabe, R. & Antony, M. Addressing revisions to the brief fear of negative evaluation scale: Measuring fear of negative evaluation across anxiety and mood disorders. *Journal of Anxiety Disorders* 2011; 25(6): 822-828.
26. Taylor S. Meta-analysis of cognitive-behavioural treatments for social phobia. *Journal Behavior Therapy and Experimental Psychology* 1996; 27(1): 1- 9.

- 27.Chan RT. Interpersonal psychotherapy as a treatment model for depressed adolescents with chronic medical problems. *Clinical Child Psychology* 2005;10(1): 88-101.
- 28.Anderson B, Harkness KL. Dose interpersonal psychotherapy protects women from depression in the face of stressful life events?. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2002; 70(4): 908-15.
- 29.Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behavior Research and Therapy* 2001; 39(6): 713-20.
- 30.Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy* 1997; 35(8): 741-56.
- 31.Keyes CL, Ryff CD. Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology* 2002;82(6):1007-22.

The Effectiveness of Interpersonal and Metacognitive Therapies for Social Phobia Disorder

Shirazitehrani AR*, Mirderikvand F, Sepahvandi MA

Department of Psychology, Lurestan University, Lurestan, Iran

Received: 1 Aug 2015 Accepted: 21 Nov 2015

Abstract

Background & aim: The multidimensional and complex nature of social phobia disorder requires assessment, efficacy and comparison of treatment. The present study aimed to investigate the effectiveness of interpersonal and metacognitive group therapy in reducing symptoms of social phobia

Method: The present experimental-research study had a pre-test- post-test in which 45 patients suffering from social phobia disorder were selected and randomly assigned to three groups of interpersonal, metacognitive and control. Therapy sessions in groups of 15 people in 8 meetings held. The tools used in this study included the Social Phobia Inventory (SPIN), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) and the Brief Fear Negative Evaluation Scale Revised Version (BFNE-II) and the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) which were completed by patients in the pre-test and post-test. The data was statically analyzed using Multivariate Covariance analysis (MANCOVA) and Bonferroni post hoc test to compare difference scale scores pre test-post test variables were used in the experimental and control groups.

Results: The results showed that there were significant differences between experimental (interpersonal and metacognitive Therapy) and control group (waiting list) ($P < 0/001$). Moreover, results showed that both interpersonal and metacognitive group therapies were equally effective on the symptom of social phobia disorder, social interaction anxiety and fear of negative evaluation ($P < 0/001$) and its effect size by order of was 0.49, 0.75, 0.95.

Conclusion: Given the effectiveness of both treatments on social phobia symptoms can be relevant option for clients who go to counseling centers for an effective treatment.

Keyword: Interpersonal therapy, Metacognitive therapy, social phobia disorder.

***Corresponding author:** Shirazitehrani AR, Department of Psychology, Faculty of Behavioral Science, Lurestan University, Lurestan, Iran.
Email: psychopayam@yahoo.com

Please cite this article as follows:

Shirazitehrani AR, Mirderikvand F, Sepahvandi MA. The Effectiveness of Interpersonal and Metacognitive Therapies for Social Phobia Disorder. Armaghane-danesh 2016; 20 (10): 899-912.