

اثربخشی درمان ترکیبی فعال‌سازی رفتاری با پاروکستین بر اضطراب، افسردگی، ترس از ارزیابی منفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

فرناز ابهرزنجانی^۱، حسن توزنده جانی^۲، مهدی امیری^۳

و الهام طاهری^۴

در رویکرد ترکیبی روان‌درمانی با دارودرمانی، اثرات روان‌درمانی توسط داروها تقویت می‌شود. هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری با داروی پاروکستین بر نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی، افسردگی، ترس از ارزیابی منفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. برای این منظور، طی یک پژوهش نیمه‌تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، ۲۴ نفر از مراجعان مراکز خدمات روان‌شناسی و روانپزشکی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در سطح شهر مشهد، به شیوه نمونه در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و کنترل کاربرندی شدند. گروه‌ها قبل، بعد از مداخله و ۳ ماه بعد از پس‌آزمون از نظر اضطراب اجتماعی، افسردگی، کیفیت زندگی و پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر، نشان داد که درمان ترکیبی فعال‌سازی رفتاری با داروی پاروکستین در نمرات ترس، اجتناب، ناراحتی فیزیولوژیک، افسردگی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی خود و دیگران در پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار ایجاد کرده است. این تغییر معنادار در متغیر سلامت جسمانی فقط در پس‌آزمون مشاهده شد. به نظر می‌رسد رویکرد ترکیبی روان‌درمانی با دارودرمانی بر نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی، افسردگی، ترس از ارزیابی منفی موثر است و از این شیوه می‌توان در مداخلات بالینی با بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کرد.

کلمات کلیدی: فعال‌سازی رفتاری؛ دارودرمانی، افسردگی، اضطراب؛ ترس؛ کیفیت زندگی

مقدمه:

با عنایت به این مهم که انسان موجودی اجتماعی است، داشتن ارتباط با هم‌نوعان، و ارزشمند و

۱. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه علوم تحقیقات، واحد خراسان رضوی، مشهد، ایران (نویسنده‌ی مسول) farnaz.zanjani@yahoo.com

۲. دپارتمان روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد نیشابور، نیشابور، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

۴. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

تصدیق واقع شدن توسط دیگران از نیازهای اوست. پس از ارزیابی منفی دیگران همواره می‌ترسد. بر این اساس، ظهور ناسازگارانه این نگرانی از انطباق تحولی را اختلال اضطراب اجتماعی نامیده‌اند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). اضطراب اجتماعی، ترس مشخص و ثابت از شرم‌منده شدن یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا انجام فعالیت‌هایی در حضور دیگران است (بادوین، ۱۹۹۹). شواهد نشان می‌دهند که نرخ بالایی از همبودی بین اختلال‌های افسردگی و اضطرابی وجود دارد، ۸۱ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال دیگری را هم تجربه می‌کنند (سادوک و سادوک، ۲۰۱۵). همبودی اختلال‌های اضطرابی با علایم افسردگی بیش از ۵۰ درصد است (مارتینو، حبیب، سحره و همکاران، ۲۰۱۴). افسردگی، چهارمین عامل ناتوانی در جهان است. پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت ناتوانی تبدیل شود (متیو، دانینگ، کاتس و همکاران، ۲۰۱۴). اختلالات افسردگی، علاوه بر هزینه مستقیم برای سیستم خدمات بهداشتی، هزینه‌های غیرمستقیم بیشتری به دلیل ناتوانی در انجام درست و مفید کار، ایجاد می‌کنند (سلدوک و سلدوک و کاپلان، ۲۰۱۵). اغلب افراد با اختلال اضطراب اجتماعی، به دلیل دست کم گرفتن توانمندی‌های خود و بالتبع عدم لذت از بودن در جمع و دیده شدن و ارزیابی شدن، علایم افسردگی را نیز تجربه می‌کنند که این همبودی در نوع شدیدتر، با پاسخ درمانی کمتر و افزایش خطر خودکشی مرتبط است (روما، المیدا، مانسانو، ۲۰۱۴). جهت مداخله‌ی درمانی علایم اضطرابی و افسردگی، برخی از رویکردهای موج سوم به خوبی در درون مدل شناختی ادغام شده‌اند که می‌توان از درمان فعال‌سازی رفتاری در این زمینه یاد کرد (لانزیلو، چویدی، کارتنتو و همکاران، ۲۰۱۶).

به طور کلی هدف فعال‌سازی رفتاری معکوس کردن چرخه‌ی افسردگی است. با توجه به این مهم که هیجانات منبع مهمی از اطلاعات هستند و رفتار را هدایت می‌کند، افرادی که علایم افسردگی را تجربه می‌کنند چون احساس لذت خود را در زندگی از دست داده‌اند از فعالیت داشتن، نیز دوری می‌کنند. این درمان با افزایش فعالیت‌های ارزشمند، احساس لذت و موفقیت را افزایش می‌دهد که از مزایای آن، سادگی و نداشتن عوارض جانبی است. تأکید فعال‌سازی رفتاری بر تبادل بین فرد و محیط در طی زمان و شناسایی محرک‌های محیطی و پاسخ‌های مقابله‌ای دخیل در سبب‌شناسی و تداوم خلق افسرده وار است (لانزیلو و همکاران، ۲۰۱۶). مشابه با رفتار درمانی سنتی، در این رویکرد، رفتار افسرده‌وار به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای با شرایط محیطی که سطوح پایینی از تقویت مثبت و یا سطوح بالایی از آزارندگی را ارایه می‌کنند، مفهوم پردازی می‌شود (ایکر، داوسون، بیلی و همکاران، ۲۰۱۳). روش فعال‌سازی رفتاری می‌تواند برای درمان همبودی افسردگی و اضطراب نیز به کار رود (راسورل، قیصر،

آنتونیستی و همکاران، ۲۰۱۷) و در اختلال اضطرابی و همبودی آن با اختلال افسردگی اساسی به کاهش علائم منجر می‌شود (درايمن، گاردنر، ویکس و همکاران، ۲۰۱۶).

علاوه بر درمان فعال‌سازی رفتاری، درمانهای دیگری از جمله دارودرمانی بر اضطراب و افسردگی در اختلال اضطراب اجتماعی اثربخشی معناداری دارند که شامل بازدارنده‌های مونوآمین‌اکسیداز، بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین، بنزودیازپین‌ها، ضد افسردگی‌ها و مسدود کننده‌های بتا می‌باشد. تاکنون، پاروکستین به عنوان یکی از داروهایی که برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی تایید شده توسط اداره کل غذا و داروی امریکا (FDA) است. پراکستین و دیگر بازدارنده‌های انتخابی جذب مجدد سروتونین، برای درمان دامنه‌ی گسترده‌ای از اختلالات اضطرابی همانند اختلال اضطراب منتشر، اختلال پانیک تایید شده‌اند (پیزلفوریتوس، کرزنریتس، ۲۰۱۷).

در رویکرد ترکیبی روان‌درمانی با دارودرمانی، اثرات روان‌درمانی توسط داروها تقویت می‌شود. نظام مزبور، نظامی است که در آن هر دو نوع درمان، تلفیق شده و اثرات هم افزایی دارد. به طوریکه سبب افزایش قابلیت بیمار برای برقراری ارتباط و شرکت در فرایند روان‌درمانی می‌شود و نیز موجب تخفیف ناراحتی روانی در زمانی است که علائم و نشانه‌های اختلال بیمار شدید بوده و سریعتر از حالتی است که روان‌درمانی به تنهایی صورت می‌گیرد. همچنین، روان‌درمانی بیمار را قادر می‌سازد بر مقاومت ورود به روان‌درمانی یا تداوم آن غلبه کند. کاهش علائم اضطراب به کمک دارو، سبب تقویت ارتباط کلامی انگیزه‌ی بیمار می‌شود. اضطراب در توانایی بیمار برای درک شناختی بیماری تداخل ایجاد می‌کنند. همه درمانها اساسی شناختی دارند و به کمک داروهای کاهنده‌ی اضطراب درک شناختی را تسهیل می‌کنند و سبب بهبود توجه، تمرکز، حافظه و یادگیری می‌شوند (دیمیدجان، هولن، دابسون و همکاران، ۲۰۰۶).

روش

این پژوهش یک پژوهش نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل مراجعه کنندگان به مراکز خدمات روان‌شناسی و روانپزشکی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی در سطح شهر مشهد بود. از این جامعه، ۲۴ نفر به شیوه نمونه‌ی در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در دو گروه کاربردی شدند. آزمودنی‌ها بعد از اطلاع از پژوهش و رضایت کتبی و تاکید بر حق خروج از تحقیق در هر مرحله از آن، وارد پژوهش شدند. ملاک ورود تایید علائم اختلال اضطراب اجتماعی با مصاحبه تشخیصی بر اساس DSM5، تحصیلات بالاتر از دیپلم و دامنه سنی

بین ۲۰ تا ۴۰ سال و ملاک‌های خروج، داشتن یک اختلال دیگر محور یک یا داشتن بیماری جسمانی ناتوان کننده بود. گروه‌های آزمایشی و کنترل، قبل، بعد از اتمام مداخله و ۳ ماه بعد از آن با پرسشنامه‌های هراس اجتماعی کانور^۱ (SPIN)، افسردگی بک^۲ (BDI)، پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی^۳ (CNSEQ)، فرم کوتاه (پرسشنامه) کیفیت زندگی^۴ (IRQOL) ارزیابی شدند. گروه آزمایشی، طی ۸ جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی توسط پژوهشگر و هر هفته یک بسته‌ی هفت عددی پاروکستین توسط روانپزشک دریافت کردند. گروه کنترل مداخله‌ای، دریافت نکرد.

پرسشنامه‌ی هراس اجتماعی توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) برای ارزیابی هراس اجتماعی ساخته شد و با ۱۷ ماده دارای سه مقیاس فرعی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی است. کانور و همکاران (۲۰۰۰) بیان کردند نقطه برش پرسشنامه نمره ۱۹ است. ضریب آلفای کلی برای خرده آزمون ترس، ۰/۷۴، خرده آزمون اجتناب، ۰/۷۵ و خرده آزمون ناراحتی فیزیولوژیک، ۰/۷۵ گزارش شده است. حسوند و همکاران (۲۰۱۳) پایایی و اعتبار این پرسشنامه را تایید کرده اند.

پرسشنامه‌ی افسردگی بک-۲ ابزاری ۲۱ سوالی است که پاسخ‌های آن بین ۰ تا ۳ نمره گذاری می‌شوند؛ صفر تا ۱۳ نشانگر فقدان افسردگی؛ ۱۴ تا ۱۹، افسردگی خفیف؛ ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید است. ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ است (دیمیدجان و همکاران، ۲۰۰۶).

پرسشنامه پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی ویلسون و ری (۲۰۰۵) برای تفسیر پیامد رویدادهای منفی اجتماعی طراحی شده است. در این پرسشنامه ۱۶ رویداد اجتماعی منفی توصیف شده است. پایایی و اعتبار این پرسشنامه تایید شده است (ویلسون و ری، ۲۰۰۵). در ایران استوار و همکاران (۲۰۰۳) پایایی و اعتبار این پرسشنامه را مورد تایید قرار داده اند.

فرم کوتاه پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی (IRQOL) ۲۴ سوال و ۴ خرده آزمون سلامت جسمانی (فیزیکی)، روان‌شناختی، روابط اجتماعی، محیط زندگی دارد. ویلسون و ری (۲۰۰۵)، همسانی درونی آن را برای زیر مقیاس‌های خود ارزیابی منفی، ادراک ارزیابی منفی از خود توسط دیگران، پیامدهای منفی بلند مدت به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۰، ۰/۶۳ گزارش کرده اند.

1. Social Phobia Inventory (SPIN)
2. Beck Depression Inventory
3. Consequences of Negative Social Events Questionnaire (CNSEQ)
4. Persian version of World Health Organization -Quality of Life (IRQOL)

شیوه‌ی اجرا

به طور مختصر، روند جلسات گروه درمانی فعال‌سازی رفتاری برای گروه آزمایشی براساس گوالان برگزار شد. در طی این جلسات، اصول اساسی فعال‌سازی رفتاری، ثبت برنامه فعالیت‌های روزانه‌شان در طی یک هفته و کاربرد آن در مواجهه بر اجتنابها فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط بخش و جدول-بندی کردن فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط بخش، مهارت ارزیابی، انتخاب، امتحان کردن، الحاق، مشاهده‌ی نتیجه، هرگز تسلیم نشو. همچنین، مهارت محرک، پاسخ، جایگزین مناسب، روش مقابله‌ای و غلبه بر محرک، پاسخ، الگوی اجتنابی، مهارت‌های رسیدگی به خود، ابراز وجود و جرأت‌مندی اجرا شد.

از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای تبیین یافته‌های تحقیق، استفاده شد. داده‌ها با نوزدهمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها

جدول ۱ مولفه‌های توصیفی متغیرها در دو گروه را نشان می‌دهد.

درمان ترکیبی، در خرده متغیرهای ترس، اجتناب، ناراحتی فیزیولوژیک، افسردگی، روان‌شناختی، روابط اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی خود و دیگران در پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار ایجاد کرده و در متغیر سلامت جسمانی فقط در پس آزمون اثربخشی معنادار داشته و در میانگین نمرات خرده مولفه‌های رضایت از وضعیت زندگی و روابط اجتماعی در هیچ کدام (پس آزمون و پیگیری) تفاوت معناداری یافت نمی‌شود و در گروه کنترل هیچ تفاوت معناداری آماری دیده نشده است.

در جدول ۲ اثربخشی درمان ترکیبی بر هر یک از خرده مولفه‌ها و متغیرهای وابسته بصورت مجزا بررسی شده است و در نتیجه این بررسی‌ها می‌توان مشاهده نمود معناداری متناظر با هر سه متغیر از خطای ۰/۰۵ کمتر بوده و لذا می‌توان با اطمینان ۹۵ درصد اظهار داشت: درمان ترکیبی با اندازه اثر ۸۰ درصد بر کاهش ترس و با اندازه اثر ۷۳ درصد بر کاهش اجتناب و با اندازه ۷۸ بر ناراحتی فیزیولوژیک و با اندازه اثر ۸۹ درصد بر کاهش علائم افسردگی و با اندازه اثر ۹۷ درصد بر کاهش ترس از ارزیابی منفی دیگران و با اندازه اثر ۹۶ درصد بر کاهش ترس از ارزیابی منفی خود و با اندازه اثر ۸۴ درصد بر بهبود علائم روان‌شناختی و با اندازه اثر ۹۴ درصد بر سلامت جسمانی در مولفه کیفیت زندگی در بیماران با اختلال اضطراب اجتماعی در مقطع پس آزمون و پیگیری اثربخشی معنادار داشته است. اما در خرده مولفه‌های روابط اجتماعی و رضایت از زندگی در متغیر وابسته‌ی

جدول ۱. مولفه‌های توصیفی متغیرها در گروه آزمایشی ترکیبی و گروه کنترل

کنترل	پیگیری ترکیبی	پس آزمون		پیش آزمون		M	sd	
		کنترل	ترکیبی	کنترل	ترکیبی			
۱۹/۳۳	۷/۹۰	۱۹/۳۳	۶/۲۰	۲۰	۲۰/۱۰	M		ترس
۲/۹۰	۱/۷۲	۲/۱۰	۲/۲۹	۳/۰۱	۲/۴۶	sd		
۱۹/۴۱	۳/۴۰	۲۱/۲۵	۵۰/۳۰	۲۴/۰۸	۲۴/۸۰	M		اجتناب
۳/۱۴	۲/۴۶	۳/۳۶	۳/۹۴	۲/۹۰	۲/۴۴	sd		اضطراب اجتماعی
۱۲/۷۵	۳/۵۰	۱۲/۷۵	۵/۳۰	۱۳/۸۳	۱۳/۵۰	M		ناراحتی فیزیولوژیک
۱/۶۰	۲/۴۶	۲/۴۵	۳/۹۴	۱/۶۴	۱/۵۸	sd		
۵۱/۵۰	۱/۸۰	۵۳/۳۳	۲/۲۰	۵۷/۹۱	۵۸/۴۰	M		نمره کل اضطراب اجتماعی
۴/۷۳	۱/۷۵	۵/۳۶	۱/۲۲	۳/۸۹	۳/۵۹	sd		
۲۴/۴۴	۳/۵۰	۲۳/۸۳	۵/۳۰	۲۵/۶	۲۴/۷۰	M		افسردگی
۲/۸۷	۲/۴۶	۴/۵۰	۳/۹۴	۲/۷۵	۳/۵۹	sd		آسردگی
۱۲/۵۰	۳/۵۰	۱۴/۴۱	۵/۳۰	۱۱/۸۳	۱۱/۷۰	M		روان‌شناختی
۱/۷۸	۲/۴۶	۱/۹۲	۳/۹۴	۱/۵۲	۱/۷۶	sd		
۵/۷۵	۳/۵۰	۶/۴۱	۵/۳۰	۵/۳۳	۵/۴۰	M		روابط اجتماعی
۲/۲۸	۲/۴۶	۱/۴۴	۳/۹۴	۲/۱۴	۱/۰۷	sd		
۲۸/۸۳	۱/۸۰	۲۶/۸	۲/۲۰	۲۷	۲۷/۱۰	M		رضایت از وضعیت زندگی
۶/۵۷	۱/۷۵	۲/۶۴	۱/۲۲	۱/۳۴	۱/۴۴	sd		
۲۶/۳۳	۱۳/۲۰	۲۵/۲۵	۱۳/۷۰	۲۶/۵۸	۲۷/۴۰	M		سلامت جسمانی
۱/۰۷	۲/۰۴	۱/۲۷	۴/۸۷	۱/۶۷	۱/۵۷	sd		
۷۳/۴۱	۲۴/۸۰	۷۲/۱۶	۲۷/۹۰	۷۵/۷۰	۴۴/۲۰	M		نمره کل کیفیت زندگی
۷/۱۹	۳/۰۱	۳/۴۳	۱/۵۲	۱۳/۲	۳/۰۸	sd		
۱۰۶/۴۱	۲۴/۸۰	۱۰۰/۷۵	۲۷/۹۰	۱۰۵/۶۶	۱۰۵/۶	M		ترس از ارزیابی منفی دیگران
۵/۹۷	۳/۰۱	۸/۸۸	۱/۵۲	۱/۶۱	۶/۷۳	sd		
۵۲	۶/۷۰	۵۴/۸۳	۵/۸۰	۵۴	۵۱/۴۰	M		ترس از ارزیابی منفی خود
۵/۳۰	۱/۲۵	۴/۰۱	۰/۷۸	۲/۳۷	۴/۹۲	sd		
۱۵۸/۴۱	۲۹/۵۰	۱۵۵/۵۸	۲۸/۶۰	۱۵۹/۶۶	۱۵۷	M		نمره کل ترس از ارزیابی منفی
۹/۶۹	۷/۶۶	۷/۳۷	۲/۱۷	۲/۳۸	۸/۲۷	sd		

کیفیت زندگی، با محقق فرض کرویت و همچنین با اصلاح اپسپلین گرین هوس گریسر، تفاوت معناداری در روابط تقابلی بین عامل‌ها (سه مرحله آزمون و عضویت گروهی) پیگیری یافت نشد، پس

تفاوت معناداری بین میانگین نمرات این خرده مولفه در زمان های مختلف وجود ندارد .

جدول ۲. تحلیل واریانس ابعاد متغیرهای وابسته گروه آزمایشی درمان ترکیبی

Partial η^2	Sig.	F	MS	SS	متغیرها		
۰/۸۰	۰/۰۱	۸۳/۱۷	۲۸۲/۷۵	۵۶۵/۵۰	ترس	مرحله آزمون * عضویت گروهی	
۰/۷۶	۰/۰۱	۵۵/۳۷	۵۰۴/۰۴	۱۰۰۸/۰۸	اجتناب		
۰/۷۸	۰/۰۱	۷۲/۱۶	۱۹۷/۵۰	۳۹۵	ناراحتی فیزیولوژیک		
۰/۸۹	۰/۰۱	۱۶۲/۴۲	۸۸۷/۳۰	۱۷۷۴/۶۱	افسردگی		
۰/۸۴	۰/۰۱	۱۰۷/۶۷	۳۱۰/۳۶	۶۲۰/۷۳	روان‌شناختی		
۰/۰۸	۰/۱۷	۱/۸۲	۳/۳۹	۶/۷۳	روابط اجتماعی		
۰/۰۲	۰/۶۱	۰/۴۹	۸/۷۱	۱۷/۴۲	رضایت از وضعیت		کیفیت
۰/۰۲	۰/۵۱	۰/۴۹	۱۵/۲۹	۱۷/۴۲	زندگی		زندگی
۰/۹۳	۰/۰۱	۳۰۷/۲۸	۵۱۱/۱۹	۱۰۲۲/۳۹	سلامت جسمانی		
۰/۹۷	۰/۰۱	۶۷۲/۱۱	۱۷۰۸۷/۵۸	۳۴۱۷۵/۱۷	ترس از ارزیابی منفی دیگران		ترس از
۰/۹۵	۰/۰۱	۴۴۲/۷۵	۳۹۲۴	۷۸۴۸	ترس از ارزیابی منفی خود	ارزیابی منفی	

($p > ۰/۰۵$)

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش درمان ترکیبی فعال‌سازی رفتاری با پاروکستین، بر اضطراب و افسردگی، ارزیابی منفی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. یافته‌ها نشان داد که درمان ترکیبی بر کاهش ترس، اجتناب، ناراحتی فیزیولوژیک، علایم افسردگی، ترس از ارزیابی منفی دیگران، ترس از ارزیابی منفی خود، علایم روان‌شناختی، سلامت جسمانی اثربخشی معنادار داشته است. می‌توان چنین تبیین کرد که ترس شدید افراد از ارزیابی منفی دیگران در مراجعان با اضطراب اجتماعی، باعث می‌شود که افراد از حضور در موقعیت‌هایی که قرار است دیده شوند و یا قضاوت شوند، اجتناب کنند. درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری، هدف اساسی اش این است که با آموزش تحلیل کارکردی، اجرای تکنیک‌های رفتاری و حل مساله متمرکز بر مواجهه، افراد را با اجتناب‌های خود رویارو کرده و کمک کند با این موقعیت‌ها مواجه شوند که تحقیق جاری، موفق به کاهش ارزیابی منفی در شرکت کنندگان شده است و همچنین، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی، رویکرد مقابله‌ای اجتناب را جهت کاهش اضطراب خود بر می‌گزینند اما از نظر رویکرد فعال‌سازی رفتاری،

همین اجتناب باعث شدید تر شدن علایم اضطراب و افسردگی و تغییرات شدید خلقی می‌شود. پژوهش استفان و همکاران (۲۰۰۷)، رازورل و همکاران (۲۰۱۷)، درایمن و همکاران (۲۰۱۶)، در خصوص کاهش علایم افسردگی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی توسط این رویکرد درمانی، نشان می‌دهد با فعال‌سازی رفتاری و کاهش اجتناب‌ها، وضعیت خلقی آنان بهبود یافته و علایم افسردگی نیز کاهش یافته است. این نتایج در یافته‌های دیگر هم تکرار شده‌اند (هوپکو، لجویوز، لپیچ، ۲۰۰۶؛ هوپکو و همکاران، ۲۰۰۳) کین و همکاران، (۲۰۱۱).

درمان دارویی همانند درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی در کاهش معنادار نشانگان بالینی به لحاظ آماری در مقطع پس از درمان موثر بوده است. اما در مقطع زمانی پیگیری برتری خود را در معناداری کاهش علایم بالینی حفظ نمی‌کند. پاکسیل (پاروکستین) یکی از داروهای تایید شده اداره کل غذا و داروی آمریکا برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی و یکی از داروهای تایید شده برای این اختلال در ایالات متحده است. این تایید توسط یافته‌های استین و همکاران (۱۹۹۸) تقریباً تایید شده است. پراکستین برای درمان دامنه‌ی گسترده‌ای از اختلالات اضطرابی همانند اختلال اضطراب منتشر، اختلال پانیک و اختلالات اضطراب اجتماعی تایید شده‌اند (بریتون، شاه، سنول و همکاران، ۲۰۱۲).

میشل، امی، بوریس و همکاران (۲۰۱۴) با متاآنالیزهای قبلی آزمایشات نشان می‌دهد که داروهای ضد افسردگی در مقایسه با پلاسبو در درمان افسردگی منافات کمتری دارند، البته برخی معتقدند این مزایا از نظر بالینی مهم نیستند. در حال روان‌پزشکان داروهای ضدافسردگی را تجویز می‌کنند. این داروها اغلب به‌عنوان خط اول درمانی بیمارانی که افسرده هستند، به کار می‌روند. بیماران و بیمه‌ها نیز معمولاً نیز به علت هزینه کمتر دارودرمانی نسبت به روان‌درمانی این رویکرد را می‌پسندند. بررسی‌های متعدد در مورد کارآیی دارودرمانی و روان‌درمانی نشان‌دهنده اثر مشابه آنها است.

همچنین ترکیب روان‌درمانی با دارودرمانی می‌تواند نتیجه موثرتری از دارودرمانی به‌تنهایی داشته باشد، اما برخی از تحقیقات هم نشان داده‌اند که ترکیب این دو روش موثرتر از روان‌درمانی به‌تنهایی نیست. بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند، تعداد بیماران بیشتری ممکن است دارودرمانی برای افسردگی را کنار بگذارند که یا به علت عوارض جانبی داروها است یا به علت اینکه داروها به آنها کمک نکرده‌اند. از طرف دیگر عرضه کنندگان مراقبت‌های بهداشت روانی گرایش دارند از ابزارهایی استفاده کنند که برای کاربرد آنها تعلیم دیده‌اند. این امر ممکن است مشکلاتی را به بار بیاورد. بررسی‌ها توافق دارند که هم داروهای ضدافسردگی و هم روان‌درمانی درمان‌هایی موثر برای

افسردگی هستند. حتی این توافق وجود دارد که ترکیب این دو روش ممکن است، موثرتر از هر یک از آنها به تنهایی باشد.

References:

- America Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders.
- Baldwin, D. S. (2011). Where is the room for improvement in the drug treatment of depression and anxiety?. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, 26(1), 1-3.
- Britton, W. B., Shahar, B., Szepeswol, O., & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. *Behavior therapy*, 43(2), 365-380.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., & Wesler, R. H. (2000). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN). *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., ... & Atkins, D. C. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658.
- Dryman, M. T., Gardner, S., Weeks, J. W., & Heimberg, R. G. (2016). Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *Journal of anxiety disorders*, 38, 1-8.
- Ekers, D. M., Dawson, M. S., & Bailey, E. (2013). Dissemination of behavioural activation for depression to mental health nurses: training evaluation and benchmarked clinical outcomes. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(2), 186-192.
- Hassanvand Amouzadeh, M., Shairi, M. R., Moghadam, A., & Ali, M. (2013). Social anxiety prediction pattern with regard to cognitive behavioral factors. *Journal of Research and Health*, 3(2), 379-387.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3(1), 37-48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., Ruggiero, K. J., & Eifert, G. H. (2003). Contemporary behavioral activation treatments for depression: procedures, principles, and progress. *Clinical psychology review*, 23(5), 699-717.
- Keune, P. M., Bostanov, V., Hautzinger, M., & Kotchoubey, B. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patients. *Biological Psychology*, 88(2-3), 243-252.
- Lanzillo, R., Chiodi, A., Carotenuto, A., Magri, V., Napolitano, A., Liuzzi, R., ... & Morra, V. B. (2016). Quality of life and cognitive functions in early onset multiple sclerosis. *European journal of paediatric neurology*, 20(1), 158-163.
- Martatino, I. Y., Habibie, R., Sahrah, A., & Wardhana, A. A. (2014). The Innovative of Anxiety Disorder Healing: Nutri Moringa Pudding for HIV/AIDS-Infected Patients. *International Journal of Asian Social Science*, 4(11), 1100-1109.
- Martel, C.R., dimidjian, S., Herman-Dunn, R. (2010). Behavioral activation for depression a clinical Guide. Guilford press. New York- London. 23, 700-711
- Mathew, J., Dunning, C., Coats, C., & Whelan, T. (2014). The mediating influence of hope on multidimensional perfectionism and depression. *Personality and Individual Differences*, 70, 66-71.
- Michael, A. S., Amy .M. L., Boris. B. B., Emily R. G., & Irving K. (2014). The Efficacy of Paroxetine and Placebo in Treating Anxiety and Depression: A Meta-Analysis of Change on the Hamilton Rating Scales. *Plosone*. Volume 9, Issue 8, e106337
- Ostovar S, Razavieh A. (2003). Psychometric characteristics AS-A social anxiety for adolescents for use in Iran. Proceeding of the 5th National Symposium on Child and adolescent mental health. 2003; October 8; Zanjan, Iran. (Persian)
- Perczel-Forintos, D., & Kresznerits, S. (2017). Social anxiety and self-esteem: Hungarian validation of the "Brief Fear of Negative Evaluation Scale-Straightforward Items". *Orvosi hetilap*, 158(22), 843-850.
- Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J. P., Epiney, M., & Sellenet, C. (2017). Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women & Health*, 57(2), 154-172.

- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. Kaplan & sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (10th Ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins(2015).
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). *Compêndio de Psiquiatria-: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. Artmed Editora.
- Staines, G. L. (2008). The relative efficacy of psychotherapy: Reassessing the methods-based paradigm. *Review of General Psychology, 12*(4), 330-343.
- Wilson, J. K. & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: Changes during treatment and relationship to outcome, *Behavior Research and Therapy, 43*, 373-389.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 13 (No. 49), pp.47-56, 2018

The effectiveness of combination therapy of behavioral activation with paroxetine on anxiety, depression, fear of negative evaluation and quality of life in patients with social anxiety disorder

Abhar Zanjani, Farnaz

Department of psychology, Khorasan e Razavi Science and Research Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Toozandehjani, Hassan

Department of psychology, Khorasan e Razavi Science and Research Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

Amiri, Mahdi

Psychiatric Research Center, Behavioral Sciences, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran

Received: 31.04.2017

Accepted: 17.08.2018

In the combined approach of psychotherapy with drug therapy, the effects of psychotherapy are enhanced by drugs. The purpose of this study was to evaluate the efficacy of behavioral activation therapy with paroxetine on clinical symptoms of social anxiety, depression, fear of negative evaluation and quality of life in patients with social anxiety disorder. For this purpose, in a semi-experimental research with pre-test, post-test and follow-up, 24 clients of psychiatric and psychiatric services with a diagnosis of social anxiety disorder in Mashhad city were selected. Accessible method and randomly assigned to two. The experimental and control groups were used. The groups were evaluated for social anxiety, depression, quality of life and the consequences of negative social events before, after intervention and 3 months after posttest. The results of repeated measures analysis of variance showed that combined treatment of behavioral activation with paroxetine in average score of fear, avoidance, physiological discomfort, depression, psychological, social relationships, fear of negative evaluation of self and others in post-test and tracking difference Meaningful. This significant change in the physical health variable was observed only in post-test. It seems that the combination of psychotherapy with drug therapy is effective on clinical symptoms of social anxiety, depression, and fear of negative evaluation. In this way, clinical interventions with patients with social anxiety disorder can be used.

Keywords: behavioral activation; drug therapy; depression; anxiety; fear; quality of life

Electronic mail may be sent to: farnaz.zanjani@yahoo.com