

ارزیابی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال اضطراب اجتماعی در روان پریشی

مهدیه پودینه

گروه روانشناسی بالینی ، دانشکده علوم پزشکی ، واحد بیرجند ، دانشگاه آزاد اسلامی

نام نویسنده مسئول:

مهدیه پودینه

چکیده

سابقه و هدف: اضطراب اجتماعی در میان افراد مبتلا به روان پریشی بسیار شایع است و در زمینه ارتباط با اجتماع، پیش آگهی ضعیف و ناتوانی قابل توجهی دارند. اگر چه درمان شناختی رفتاری نشان داده است که برای درمان اضطراب اجتماعی، در جوامع غیر روانی موثر می باشد ، اما (CBT) فقدان شواهد در اثربخشی بالینی درمان شناختی-رفتاری در درمان اضطراب اجتماعی زمانی که با روان پریشی همراه باشد وجود دارد. مواد و روشها: این یک مطالعه سیستماتیک به صورت ارزیابی خلاصه ای و انتقادی از تاریخچه و ادبیات تحقیقی در مورد اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان اضطراب همراه با روان پریشی می باشد. نتایج: در بررسی دو مطالعه و پژوهش در زمینه ارزیابی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری جهت درمان اضطراب اجتماعی همراه با اسکیزوفرنی مورد بررسی و ارزیابی قرار گرفته اند که هر دو مطالعه از لحاظ روش کیفیت ضعیفی را دارا می باشد. یافته های اولیه نشان می دهد که درمان شناختی-رفتاری در درمان علائم اضطراب اجتماعی، افسردگی و پریشانی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی موثر است . نتیجه گیری: شواهد پایه به اندازه کافی و قابل توجه اثر بخشی درمان شناختی رفتاری برای درمان اضطراب اجتماعی به روان پریشی را نشان نمیدهند. پژوهش های آینده باید بر روی روش دقیق آزمایشات کنترل شده و ارزیابی روند تعبیه شده اثر بخشی مداخلات درمان شناختی-رفتاری در علائم اضطراب اجتماعی همراه با روان پریشی و شناسایی مکانیزم های تغییر را تمرکز نمایند.

واژگان کلیدی: اضطراب اجتماعی؛ روان پریشی؛ درمان شناختی رفتاری.

مقدمه

اضطراب اجتماعی رایج ترین اختلالات اضطرابی، گزارش شده است، که شیوع آن در ۱۲ ماه در کشور های اروپایی ۲ درصد (۱) و در ایالات متحده ۷٫۱ درصد گزارش شده است (۲). این حالت معمولا در دوران کودکی یا نوجوانی توسعه پیدا می کند، و به دنبال یک دوره مزمن (۳-۵) ساله است، و نسبت به سایر اختلالات اضطرابی احتمال اینکه بهبودی کامل حاصل شود کمتر می باشد (۶). اختلال اضطراب اجتماعی بسیار همراه مانند می باشد، به این معنی که خطر ظهور سایر اختلالات اضطرابی و خلق و خوی را به همراه دارد (۷). اضطراب اجتماعی به ویژه در روان پریشی با نرخ بین ۸٪ و ۳۶٪ در سن (۱۶-۸) شایع می باشد. حضور روان پریشی در خود با پیش آگهی ضعیف، احتمال بیشتری دارد که بیماری اولیه عود پیدا نماید (۱۷)، و با سطح قابل توجهی از ناتوانی های اجتماعی مرتبط می باشد. درمان شناختی رفتاری (CBT)، درمانی است که توسط موسسه ملی بهداشت و مراقبت (NICE) به عنوان یک گزینه درمانی ضروری، برای افراد مبتلا به روان پریشی مناسب تشخیص داده شده است و به عنوان یک خط اول درمان به کسانی که نباید داروهای ضد روان پریشی مصرف کنند، توصیه می گردد (۱۸). به طور سنتی، درمان شناختی رفتاری درمانی است که در کاهش علائم روان پریشی و نه علائم عاطفی، همکاری عوارضی مانند افسردگی، اضطراب اجتماعی و پریشانی، با وجود ماهیت بسیار ناتوان کننده، تاثیر گذاری شدید خود را بر فرد دارند (۱۹، ۱۳، ۱۲). اگر چه درمان شناختی رفتاری نشان داده است که برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی در جوامع غیر روانی موثر است (۲۰)، فقدان شواهد در اثربخشی بالینی و مقرون به صرفه بودن درمان شناختی رفتاری در درمان اضطراب اجتماعی، آن را تایید می کند، که این همان دنباله روان پریشی می باشد. ما یک بررسی سیستماتیک از اثربخشی مداخلات درمان شناختی رفتاری در بهبود علائم اضطراب اجتماعی، اضطراب، پریشانی، افسردگی، علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی، و کیفیت زندگی در افراد مبتلا به روان پریشی را انجام دادیم و به طور خلاصه تجزیه و تحلیل نموده ایم.

۱- طراحی مطالعه

این مقاله شامل گزارش بررسی سیستماتیک، با توجه به موارد ترجیحی گزارش، برای بررسی سیستماتیک و متا آنالیز (PRISMA) می باشد (۲۱)، و پیش زمینه ای پس از کتاب راهنما کوکران برای بررسی های مداخلات سیستماتیک می باشد (۲۲). ما پایگاههای اطلاعاتی زیر را جستجو کردیم: ثبت آزمایشات کنترل شده در کوکران مرکزی، CINAHL (شاخص تجمعی به پرستاری و ادبیات بهداشت متفکین)، MEDLINE، EMBASE، PsychINFO، SCI (نمایه استنادی علوم)، <https://clinicaltrials.gov> و ISRCTN. ما برای جستجو دارای محدودیت های زیر بودیم: (۱) طراحی مطالعه: آزمایش های کنترل شده تصادفی (RCTs) و مطالعات شبه تجربی؛ (۲) بررسی منابع انگلیسی زبان (به علت پژوهش های بسیار کم فارسی این مورد محدودیت در نظر گرفته شده است). البته هیچ محدودیت تاریخی اعمال نشده است. اصطلاحات استراتژی جستجوی الکترونیکی زیر مورد استفاده قرار گرفته است: (اختلالات ترس مرضی یا اختلال اضطراب اجتماعی) و (اختلالات سایکوتیک یا اسکیزوفرنی) و (شناخت درمانی یا درمان شناختی رفتاری) و (مطالعات کارآزمایی بالینی متقاطع یا روش دو سو کور یا تخصیص تصادفی یا آزمایش تصادفی کنترل شده و یا روش یک سو کور). مرجع نویسی برای ضبط عنوان، مقدمه و تصمیمات ورود / خروج استفاده شد. آزمایش تصادفی کنترل شده و مطالعات شبه تجربی (طراحی قبل و بعد از آزمون)، برای ورود واجدین شرایط به مطالعه در نظر گرفته شد.

۲- نوع مداخله

مداخلات شناختی یا شناختی رفتاری (گروهی و انفرادی)، ارزیابی اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به روان پریشی مورد مطالعه قرار گرفت. هیچ محدودیتی مداخله ایی از لحاظ نظریه روانشناختی که درمان را تحت تاثیر قرار دهد، فردی که درمان را انجام می دهد یا شرایطی که درمان در آن انجام داده می شود، صورت نگرفته است. شرکت کنندگان در بازه سنی ۱۶-۶۵ سال؛ با اسکیزوفرنی یا روان پریشی مرتبط، و اختلال اضطراب اجتماعی، در آن ها تشخیص داده شد، که با استفاده از هر معیار تشخیصی به رسمیت شناخته شده است، که ICD-۱۰ (۲۳) یا DSM-V (۲۴) بودند. مطالعات با تشخیص اولیه اثبات اختلال درمغز حذف شده اند. اضطراب اجتماعی با استفاده از هر مقیاس روانی معتبر، از جمله گزارش دهی شخصی و تجویز پزشک انجام شده است. نتایج ثانویه علائم اضطراب به طور کلی شامل، پریشانی، افسردگی، علائم مثبت و منفی اسکیزوفرنی؛ کیفیت زندگی، با استفاده از هر نوع مقیاس روانی معتبر، از جمله گزارش دهی خود و تجویز پزشک؛ باهزینه مداخله درمان شناختی رفتاری مورد ارزیابی قرار گرفته است.

۳- انتخاب روش، استخراج و مدیریت داده ها

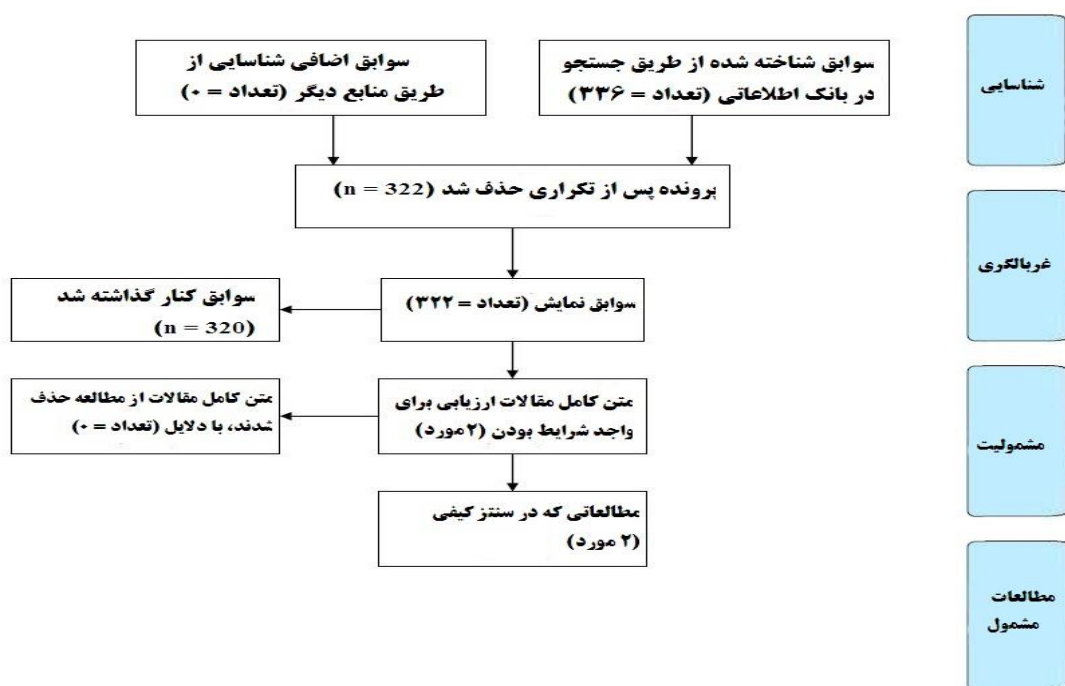
MM و LT به طور مستقل، عنوان و چکیده ای از مطالعات بازبایی را برای ورود به تحقیق، به نمایش گذاشتند. از فرم استخراج داده ها و چک لیست داده EPOC برای استخراج اطلاعات از مطالعه، استفاده شده است. محققان داده های زیر را استخراج کردند: تنظیم، جمعیت و ویژگی های جمعیت شناختی شرکت کنندگان، ویژگی های پایه؛ جزئیات شرایط مداخله و کنترل؛ روش؛ نرخ تکمیل و فرسایشی؛ نتایج و زمان اندازه گیری، مکانیسم عمل پیشنهادی برای مداخله؛ اطلاعات برای ارزیابی خطر ابتلا به تعصب. MM و LT به طور مستقل کیفیت مطالعه را مورد ارزیابی قرار داده و از ابزار همبستگی کوکران برای ارزیابی خطر استفاده شده است (۲۵).
با توجه به تعداد کم مطالعات، ما موظف به ساخت داده با استفاده از راهنمایی های پوپای و همکاران شدیم (۲۶). روایت ساخت داده، از مداخله توصیف، سازماندهی، بررسی و تفسیر یافته های مطالعه، با توجه به کیفیت روش می باشد. ما شباهت ها و تفاوت یافته های این مطالعه، که شامل کیفیت، ارزش مطالعه، ویژگی های مداخله و درمان و نتایج اقدامات شرکت کنندگان، را مورد بررسی قرار دادیم، که در آن الگوهای خاصی از یافته ها پدید آمد که توضیح احتمالی برای این یافته ها بیان شده است.

۴- شرح مطالعات

شکل (۱)، یک نمودار جریان دقیق از انتخاب روند مطالعه است. دو مطالعه در (جدول ۱) نمایش داده شده است، که هر دو در استرالیا انجام گرفته اند. هالپرین و همکاران (۲۷)، ارزیابی اثر یک درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گروه اضطراب اجتماعی در اسکیزوفرنی، با استفاده از طرح به صورت تصادفی (مبتنی بر گروه درمان شناختی رفتاری در مقابل کنترل لیست انتظار) را پس از شش هفته پیگیری انجام دادند. گینگسپ و همکاران (۲۸)، از اثر یک مدل درمان شناختی رفتاری به عنوان یک درمان برای اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی با استفاده از یک آزمایش کنترل شده بالینی (درمان شناختی رفتاری در مقابل کنترل لیست انتظار) با جایگزینی به عنوان یک روش تخصیص و دو ماه پیگیری مورد بررسی قرار دادند.

مطالعه	کشور	طرح	شرکت کنندگان	مداخله	کنترل	معیارهای نتیجه
هالپرین و همکاران (۲۰۰۷)	استرالیا	آزمایش مهار شده تصادفی (جزئیات بدون تصادفی بودن ارائه شده)	۱۶ نفر (۱۳ مرد)	گروه CBT بر اساس Heimberg و همکاران (۱۹۹۵) (۲۸) مدل؛ هشت جلسه ۲ ساعته در هفته	گروه کنترل لیست انتظار	اضطراب اجتماعی: BPS؛ SIAS افسردگی: CDSS کیفیت زندگی: QLESQ علائم روانی: BSI استفاده از الکل: حسابرسی
کینگ سپ و همکاران (۲۰۰۳)	استرالیا	آزمایش کنترل شده با تناوب، به عنوان روش تخصیص	۳۳ نفر (بدون اطلاعات جنسیت)	گروه CBT بر اساس Heimberg و همکاران (۱۹۹۵) (۲۸) مدل؛ دوازده جلسه ۲ ساعته در هفته به علاوه یک جلسه پیگیری	گروه کنترل لیست انتظار	اضطراب اجتماعی: BPS؛ SIAS افسردگی: CDSS کیفیت زندگی: QLESQ علائم روانی: BSI

جدول ۱. بررسی اجمالی از ویژگی های مطالعات صورت گرفته شده



شکل شماره ۱ - نمودار جریان PRISMA (۲۱)

در مجموع، ۴۹ نفر (۳۶ مرد) در دو مطالعه مورد بررسی قرار گرفته اند، ۲۳ در گروه مداخله و ۲۶ در گروه شاهد بودند. خلاصه اطلاعات دموگرافیک تنها در یک مطالعه (۲۷)، که در آن میانگین سنی کل نمونه (۲۰ نفر) ۳۹٫۶ سال (محدوده ۱۹-۶۷) بود ارائه شده است. همه شرکت کنندگان تنها یک بار در آزمایش شرکت داده شده اند. شرکت کنندگان در این دو مطالعه، برای یک برنامه مهارت های زندگی توانبخشی مبتنی بر جامعه در بیمارستان حاضر شدند. در شروع مطالعه میانگین سطح شدت اضطراب اجتماعی (SIAS: 46.85) و افسردگی (CDSS: 9.98) در گروه مداخله (۲۳ نفر) بودند که نسبت به کسانی که در گروه شاهد (۲۶ نفر) بودند، (SIAS: 42.82، CDSS: 8.75) تفاوت نداشت. با این حال، سطوح پایه تر از اجتماع در گروه مداخله (BSPS: 47.21) تفاوت معنی داری در مقایسه با کسانی که در گروه کنترل بود (BSPS: ۳۸٫۶۳، $P < 0.05$) وجود داشت.

مداخله در دو مطالعه، در یک محیط انجام گرفت و در گروه های کوچک تحویل داده شد. تنها در یک مطالعه (۲۸) از نوع مداخله، جزئیات درمانگران ارائه شده است. در مطالعه گینگسپ و همکاران (۲۸)، درمان توسط دو تسهیل کننده، یک روانشناس بالینی، ۲ پرستار روانی یا درمانگر شغلی انجام شده است. هر دو مدل مداخله در یک پروتکل، شواهد مبتنی بر درمان اضطراب اجتماعی در جمعیت عمومی (۲۹) را متناسب با نیازهای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی دانسته اند. در مطالعه کینگسپ و همکاران (۲۸)، پس از ۱۲ جلسه ۲ ساعته در هفته برای مداخله، یک جلسه پیگیری بعد از ۲ ماه از آخرین جلسه درمان تشکیل شد. در مطالعه هالپرین و همکاران (۲۷)، برای مداخله، ۸ جلسه دو ساعته در هفته برگزار شد. اجزای مرکزی مداخله، در این دو مطالعه شامل، آموزش روانی، در معرض قرار گرفتن، بازسازی شناختی، نقش بازی و تکالیف داخل جلسه بودند. گروه شاهد در لیست انتظار دو مطالعه گنجانده شد. شرکت کنندگان در این گروه برای مدیریت پرونده جامعه و درمان، به طور معمول، داروهای ضد روان پریشی دریافت کرده اند. لیست انتظار گروه کنترل، زمانی دریافت شد که گروه تجربی درمان مداخله به اتمام رسید.

مقادیر انجام شده دو مطالعه به منظور بررسی اضطراب اجتماعی، از پرسشنامه تعامل اضطراب اجتماعی (SIAS) (۳۰) و مقیاس مختصرا اجتماعی هراس (BSPS) (۳۱) استفاده شده است. علاوه بر این، از ارزیابی مختصر منفی ترس (BFNE) (۳۲) در مطالعه کینگسپ و همکاران استفاده شده است (۲۸). افسردگی با استفاده از مقیاس افسردگی رتبه کلگری (CDSS) (۳۳) مورد بررسی قرار گرفته است. الگوهای علائم روانی با استفاده از پرسشنامه مختصر نشانه (BSI) (۳۴) و ارزش زندگی با کیفیت ولدت بخش، از پرسشنامه رضایتمندی (Q-LES-Q) (۳۵) اندازه گیری شده و مورد بررسی قرار گرفته است. علاوه بر این، هالپرین و همکاران (۲۷)، برای ارزیابی اختلالات از تست مصرف الکل استفاده کردند (۳۶). سه نقطه ارزیابی، در دو مطالعه عبارت بودند از: قبل از درمان، پس از درمان؛ دو ماه پیگیری در مطالعه کینگسپ و همکاران (۲۸) و شش هفته پیگیری در هالپرین و همکاران (۲۷) بود.

جدول ۲ شامل قضاوت نویسندگان با توجه به روش کیفی از مطالعات ارائه شده است. مشکلات اصلی روش شناختی در دو مطالعه، تخصیص عدم پنهان کاری، عدم توجه به درمان، تجزیه و تحلیل، تصویب طرح کنترل با لیست انتظار بود. کینگسپ و همکاران (۲۸) علاوه بر این، از تخصیص گرایش به مداخلات رنج می برده که توسط تخصیص تناوب بوجود می آید. نتایج ارزیابی سوکور، در مطالعه هالپرین و همکاران مشخص نیست (۲۷). علاوه بر این، هر دو مطالعه، با انتخاب اندازه های بسیار کوچک نمونه آماری خود مطالعه را تضعیف کرده بودند.

کینگ سپ و همکاران (۲۰۰۳)	هالپرین و همکاران (۲۰۰۷)		
پشتیبانی از داوری	پشتیبانی از داوری	داوری	
تخصیص توسط تناوب	ریسک بالا	نقل قول: "شرکت کنندگان به صورت تصادفی"	ریسک پایین نسل دنباله تصادفی (تورش انتخاب)
تخصیص توسط تناوب انجام نشده	ریسک بالا	نقل قول: "اگر یکی از شرکت کنندگان اختصاص داده شده به گروه درمان نمی توانستند شرکت کنند، به دلیل تعهد؛ او به این ترتیب به گروه کنترل "اختصاص داده می شد"	ریسک بالا تخصیص پنهان (تورش انتخاب)
شرکت کنندگان و درمانگران نمی تواند کور باشند	ریسک پایین	شرکت کنندگان و درمانگران نمی تواند کور باشند	ریسک پایین خیره کننده از شرکت کنندگان و پرسنل (تعصب عملکرد)
ارزیابان مستقل از درمانگران بودند و نسبت به شرایط درمان بیماران کور بودند	ریسک پایین		خیره کننده از نتایج ارزیابی (تعصب تشخیص) (گزارش عواقب بیماری)
۴۱ در ابتدا قبول کردند و در مجموع به ۸ نفر از مطالعه در گروه مداخله کاهش یافتند شدند و در جلسه ۲ یا ۳ گزارش انتخابی کاهش یافته (گزارش تعصب) از کم خطر بودن همه معیارهای بود نتیجه خطر پایین همه معیارهای نتیجه گزارش	ریسک بالا	گروه کنترل: ۲ شرکت کنندگان از مطالعه حذف شد (۱ دور نقل مکان کرد؛ ۱ در بیمارستان بستری شد). گروه مداخله: ۲ شرکت کنندگان در طول هفته ۲ کناره گیری کرد	اطلاعات از پیامدهای ناقص خطاب (تعصب فرسایشی)
گزارش نتیجه همه اقدامات	ریسک پایین	گزارش نتیجه همه اقدامات	گزارش انتخابی (گزارش تعصب)
کنترل لیست انتظار از مداخله دریافت شده است. بیش از یک نتیجه از ارزیاب-هیچ اطلاعاتی در قابلیت اطمینان بین ارزیاب وجود ندارد	ریسک بالا	کنترل لیست انتظار از دریافت مداخله	سایر تعصبات

جدول ۲. خطر ارزیابی انحراف در مطالعات صورت گرفته شده

۵- یافته ها

با توجه به تعداد کم مطالعات و خطر تاثیر پذیری در این مطالعات، ما تنها یک متاآنالیز انجام نداده ایم. در مطالعه کینگسپ و همکاران (۲۸)، نویسندگان بررسی کردند که آیا درمان شناختی رفتاری در درمانی همانند اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی موثر می باشد (درمان شناختی رفتاری در مقابل کنترل لیست انتظار). به طور کلی ارزیابی از اضطراب اجتماعی، افسردگی، پریشانی روانی، و کیفیت زندگی در قبل از درمان، پس از درمان و دو ماه بعد از درمان صورت گرفته است. پس از درمان، نویسندگان گزارش تفاوت آماری معنی داری را بین درمان شناختی رفتاری و گروه کنترل به فهرست انتظار ارائه دادند، که با کاهش قابل توجهی از گزارش سابق در سطح شدت اضطراب اجتماعی (SIAS، BSFS، BFNE)، افسردگی (CDSS) و تنش روانی (GSI) همراه بوده است. شرکت کنندگان در گروه درمان شناختی رفتاری نیز در مقایسه با کسانی که در گروه شاهد بودند، بهبودی قابل توجهی را در کیفیت زندگی داشته اند. اندازه اثر بزرگ برای BFNE ($d = ۱,۰۵$) و ($d = ۱,۸۲$) CDSS گزارش شده است، اندازه اثر متوسط برای SIAS ($d = ۰,۶۹$) و GSI ($d = ۰,۷۶$) و یک اندازه اثر کوچک برای BSFS ($d = ۰,۱۷$) گزارش شده است. کیفیت زندگی (QLESQ)، اندازه اثر کوچک تا متوسط این مقدار ($d = ۰,۴۲$) بوده است. اثر درمان در گروه درمان شناختی رفتاری در دو ماه بعد از درمان باقی مانده، در حالی که در آن سطح اضطراب اجتماعی و افسردگی به طور قابل توجهی در مقایسه با قبل از درمان و پیگیری (جدول ۳) کاهش می یابد. بهبود در کیفیت زندگی نیز در دو ماه بعد از درمان مشهود می باشد.

در مطالعه هالپرین و همکاران (۲۷)، اثرمبتنی بر گروه درمان شناختی رفتاری در درمان علائم اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی (درمان شناختی رفتاری با کنترل لیست انتظار) بررسی شده است. اضطراب اجتماعی (SIAS، BSFS)، افسردگی (CDSS)، زجر کلی روانی (GSI)، کیفیت زندگی (QLESQ) و مصرف الکل (AUDIT) قبل و بعد از درمان و در شش هفته بعد از درمان اندازه گیری شد. سطح اضطراب اجتماعی، افسردگی و پریشانی روانی به طور کلی در گروه درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است. کیفیت زندگی، بهبود قابل توجهی در گروه درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه کنترل مشهود می باشد، در حالی که هیچ تفاوتی در سطح استفاده از الکل در دو گروه گزارش نشده است. برای ارزیابی قدرت ارتباط، اندازه اثر محاسبه شده اسمیت و روش دلتا شیشه ای (۳۷) را برای کسانی که در هر دو مطالعه باشند، انجام شده و مطالعه کوهن (۳۸)، اندازه اثر کوچک، $d = ۰,۲$ ؛ متوسط، $D = ۰,۵$ ؛ و، بزرگ $d = ۰,۸$ را تعریف می کند. برخلاف کینگسپ و همکاران (۲۸)، اندازه اثر کوچک برای SIAS ($D = ۰,۳$) و GSI ($D = ۰,۱۳$) گزارش شده است. در مطالعه کینگسپ و همکاران (۲۸)، اثر CDSS در اندازه بزرگ ($d = ۱,۷۶$) بود و اثر BSFS در اندازه کوچک ($d = ۰,۰۹$) بود. اثر QLESQ ($d = ۰,۳۸$) نیز از یک اندازه کوچک بود. نویسندگان گزارش دادند که اثرات درمان در گروه درمان شناختی رفتاری در شش هفته پیگیری حفظ شده بود، اما داده هایی برای آن ارائه نشده است.

بحث و پیشنهاد

این اولین بررسی سیستماتیک، از شواهد، در مورد اثربخشی مداخله درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به روان پریشی است. دو مطالعه در این مورد بررسی شدند، هر دو در استرالیا انجام شده است. مدل های مداخله در دو مطالعه بر روی یک پروتکل مبتنی بر شواهد، برای درمان اضطراب اجتماعی در جمعیت عادی، متناسب با نیازهای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی است. این دو مطالعه به صورت دوفرم، یک گروه برای درمان شناختی رفتاری و یک گروه برای کنترل لیست انتظار، انجام شده است. مشکلات روش شناختی در دو مطالعه شامل، تخصیص عدم پنهان کاری؛ عدم توجه به درمان تجزیه و تحلیل و تصویب طرح کنترل با لیست انتظار گزارش شد. علاوه بر این، نمونه های کوچک برای توان آماری در هر دو مطالعه تضعیف شده است. صحت از مداخلات (به عنوان مثال، که تا چه حد از مداخله به عنوان برنامه ریزی شده اجرا شد)، مورد بررسی قرار نگرفت (۲۷) و یا اطلاعات مربوط به مداخله ارائه نشده است (۲۸).

درمان شناختی رفتاری، برای افراد مبتلا به روان پریشی، توسط (NICE ۳۹) توصیه شده است، که به طور سنتی، در کاهش علائم روان پریشی و توهّمات متمرکز شده است، و علایم افسردگی و اضطراب اجتماعی را می کاهد (۴۰). کمبود اطلاعات در رابطه با اثربخشی درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال عاطفی، به خصوص اضطراب اجتماعی زمانی که با روان پریشی همراه است. هدف از این بررسی سیستماتیک، رسیدگی به این شکاف دانش است. با این حال، ما شواهد را شناسایی، ارزیابی و سنتز کردیم و به اندازه کافی مفاهیم را روشن و قوی ارائه نمودیم. برخی از پیشنهادات آزمایشی، مبتنی بر گروه درمان شناختی رفتاری به نظر می رسد در درمان علائم اضطراب اجتماعی، افسردگی و پریشانی در افراد مبتلا به اسکیزوفرنی موثر باشد. مدل مداخله در پروتکل، توسط هیمبرگ و همکاران (۲۹)، برای درمان اضطراب اجتماعی در جمعیت عمومی متناسب با نیازهای افراد مبتلا به اسکیزوفرنی تشکیل شده است. اجزای هسته مداخله، شامل آموزش روانی، قرار گرفتن در معرض، بازسازی شناختی، نقش بازی و تکالیف داخل جلسه می باشد. مطالعات درمانی با استفاده از روش صدا، برای ارزیابی اثربخشی مداخلات، با هدف درمان اختلال عاطفی، وبه ویژه اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به روان پریشی کمیاب است. با توجه به شیوع بالا، و ناتوان کننده ماهیت اضطراب اجتماعی و همکاری با روان پریشی، نیاز مبرم برای مطالعه و استفاده از روش دقیق برای ارزیابی مداخلات پیچیده درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب اجتماعی و با تاکید بر شناسایی مکانیزم تغییر وجود دارد. و همچنین نیاز به انطباق، و تغییر مدل درمان شناختی رفتاری موجود، برای اضطراب اجتماعی و رسیدگی به ماهیت خاص از علائم و مشکلات روان پریشی (۴۱) که توسط مردم تجربه شده است، وجود دارد.

محدودیت ها

زبان مطالعاتی، به دلیل مسائل امکان سنجی و فقدان منابع، به زبان انگلیسی محدود شده است. تعداد کم و کیفیت پایین مطالعات، شامل محدودیت های اضافی، به خصوص در رابطه با مفاهیم برای تمرین کردن، بررسی شد.

نتیجه گیری

این بررسی سیستماتیک، سنتز شواهد را در مورد اثربخشی مداخلات درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، زمانی که همراه با روان پریشی است را ارائه می کند.

اگرچه شواهد مقدماتی نشان می دهد که، درمان شناختی رفتاری مبتنی بر گروه، متناسب با نیازهای افرادی است، که دچار اسکیزوفرنی شده اند، می تواند در درمان علائمی همانند اضطراب اجتماعی، افسردگی و پریشانی، موثر باشد و به روش جدی از معایب در مطالعات جلوگیری شود تا بتوان به نتایج قطعی رسید. پژوهش های آینده باید بر روی روش دقیق آزمایشات کنترل شده با ارزیابی روند تعبیه شده، و ارزیابی تصادفی اثربخشی مداخلات درمان شناختی رفتاری متمرکز شود، در حالی که مکانیزم شناسایی تغییرات، اطلاع می دهد که چگونه روش مداخله، کار می کند و باعث می شود، در آینده اجرای آن آسان تر شود.

منابع و مراجع

- [1] Fehm, L.; Pelissolo, A.; Furmark, T.; Wittchen, H.-U. Size and burden of social phobia in Europe. *Eur. Neuropsychopharmacol.* ۲۰۰۵، ۱۵، ۴۵۳-۴۶۲
- [2] Kessler, R.C.; Chiu, W.T.; Demler, O.; Walters, E.E. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Arch. Gen. Psychiatry* ۲۰۰۵، ۶۲، ۶۱۷-۶۲۷
- [3] Chartier, M.J.; Hazen, A.L.; Stein, M.B. Lifetime patterns of social phobia: A retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population. *Depression Anxiety* ۱۹۹۸، ۷، ۱۱۳-۱۲۱
- [4] Yonkers, K.A.; Dyck, I.R.; Keller, M.B. An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. *Psychiatr. Serv.* ۲۰۰۱، ۵۲، ۶۳۷-۶۴۳
- [5] Chavira, D.A.; Stein, M.B. Childhood Social Anxiety Disorder: From Understanding to Treatment. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* ۲۰۰۵، ۱۴، ۷۹۷-۸۱۸
- [6] Keller, B. The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. *Acta Psychiatr. Scand.* ۲۰۰۳، ۱۰۸، ۸۵-۹۴
- [7] Fehm, L.; Beesdo, K.; Jacobi, F.; Fiedler, A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: Prevalence, comorbidity and impairment in the general population. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.* ۲۰۰۸، ۴۳، ۲۵۷
- [8] Cossof, J.; Hafner, R. The Prevalence of Comorbid Anxiety in Schizophrenia, Schizoaffective Disorder and Bipolar Disorder. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* ۱۹۹۸، ۳۲، ۶۷-۷۲
- [9] Cassano, G.B.; Pini, S.; Sacttoni, M.; Dell'Oso, L. Multiple Anxiety Disorder Comorbidity in Patients with Mood Spectrum Disorders with Psychotic Features. *Am. J. Psychol.* ۱۹۹۹، ۱۵۶، ۴۷۴-۴۷۶
- [10] Goodwin, D.R.; Amador, F.X.; Malaspina, D.; Yale, A.S.; Goetz, R.R.; Gorman, M.J. Anxiety and Substance Use Comorbidity among Inpatients with Schizophrenia. *Schizophr. Res.* ۲۰۰۳، ۶۱، ۸۹-۹۵. *Brain Sci.* ۲۰۱۷، ۷، ۱۰۴۵ of ۱۱
- [11] Tibbo, P.; Swainson, J.; Chue, P.; LeMelledo, J.-M. Prevalence and Relationship to Delusions and Hallucinations of Anxiety Disorders in Schizophrenia. *Depression Anxiety* ۲۰۰۳، ۱۷، ۶۵-۷۲
- [12] Pallanti, S.; Quercioli, L.; Hollander, E. Social Anxiety in Outpatients with Schizophrenia. A Relevant Cause of Disability. *Am. J. Psychol.* ۲۰۰۴، ۱۶۱، ۵۳-۵۸
- [13] Voges, M.; Addington, J. Association between social anxiety and social functioning in first-episode psychosis. *Schizophr. Res.* ۲۰۰۵، ۷۶، ۲۸۷-۲۹۱
- [14] Birchwood, M.; Trower, P.; Brunet, K.; Gilbert, P.; Iqbal, Z.; Jackson, C. Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behav. Res. Ther.* ۲۰۰۷، ۴۵، ۱۰۲۵-۱۰۳۷
- [15] Mazeh, D.; Bodner, E.; Weizman, R.; Delayhau, Y.; Cholosout, A.; Martin, T.; Barak, Y. Co-morbid social phobia in schizophrenia. *Int. J. Psychiatry* ۲۰۰۹، ۵۵، ۱۹۸-۲۰۲
- [16] Michail, M.; Birchwood, M. Social anxiety disorder in first-episode psychosis: Incidence, phenomenology and relationship with paranoia. *Br. J. Psychiatry* ۲۰۰۹، ۱۹۵، ۲۳۴-۲۴۱
- [17] Gumley, A. Staying well after psychosis: A cognitive interpersonal approach to emotional recovery after relapse prevention. *Tidsskr. Nor. Psykiologforening* ۲۰۰۷، ۴۴، ۶۶۷-۶۷۶
- [18] National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Prevention and Management. Available online: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178> ۱۷۸ (accessed on ۸September ۲۰۱۶)

- [19] Upthegrove, R. Depression in schizophrenia and early psychosis: Implications for assessment and treatment. *Adv. Psychiatr. Treat.* ۲۰۰۹, ۱۵, ۳۷۲-۳۷۹
- [20] Mayo-Wilson, E.; Dias, S.; Mavranzouli, I.; Kew, K.; Clark, D.M.; Ades, A.E.; Pilling, S. Psychological and pharmacological interventions for social anxiety disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry* ۲۰۱۴, ۱, ۳۶۸-۳۷۶
- [21] Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D.G.; The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann. Intern. Med.* ۲۰۰۹, ۱۵۱, ۲۶۴-۲۶۹
- [22] Higgins, J.P.T.; Green, S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version ۵.۱.۰; The Cochrane Collaboration: London, UK, ۲۰۱۱
- [23] World Health Organisation. *The ICD- ۱۰ Classification of Mental and Behavioural Disorders*. WHO: Geneva, Switzerland, ۱۹۹۳
- [24] American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ۵th ed.; APA: Arlington, VA, USA, ۲۰۱۳
- [25] Higgins, J.; Altman, G.; Gotzsche, P.; Juni, P.; Moher, D.; Oxman, A.; Savovic, J.; Schulz, K.; Weeks, L.; Sterne, J. The Cochrane's Collaboration Tool for Assessing Risk of Bias in Randomised Trials. *BMJ* ۲۰۱۱, ۳۴۳
- [26] Popay, J.; Roberts, H.; Sowden, A.; Petticrew, M.; Arai, L.; Rodgers, M.; Britten, N.; Roen, K.; Duffy, S. *Guidance on the Conduct of Narrative Synthesis in Systematic Reviews: A Product from the ESRC Methods Programme*; Lancaster University: Bailrigg, UK, ۲۰۰۶
- [27] Halperin, S.; Nathan, P.; Drummond, P.; Castle, D. A cognitive-behavioural, group-based intervention for social anxiety in schizophrenia. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* ۲۰۰۰, ۳۴, ۸۰۹-۸۱۳
- [28] Kingsep, P.; Nathan, P.; Castle, D. Cognitive behavioural group treatment for social anxiety in schizophrenia. *Schizophr. Res.* ۲۰۰۳, ۶۳, ۱۲۱-۱۲۹
- [29] Heimberg, R.G.; Liebowitz, M.R.; Hope, D.A.; Schneier, F.R. *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*; Guilford: New York, NY, USA, ۱۹۹۵
- [30] Mattick, R.P.; Clarke, J.C. Development and Validation of Measures of Social Phobia and Scrutiny Fear and Social Interaction Anxiety. *Behav. Res. Ther.* ۱۹۹۸, ۳۶, ۴۵۵-۴۷۰
- [31] Davidson, J.R.T.; Miner, C.M.; De Veauh-Geiss, J.; Tupler, L.A.; Colket, J.T.; Potts, N.L. The brief social phobia scale: A psychometric evaluation. *Psychol. Med.* ۱۹۹۷, ۲۷, ۱۶۱-۱۶۶
- [32] Watson, D.; Friend, R. Measurement of social evaluative anxiety. *J. Consult. Clin. Psychol.* ۱۹۶۹, ۳۳, ۴۴۸-۴۵۷
- [33] Addington, D.; Addington, J.; Maticka-Tyndale, E. Assessing depression in Schizophrenia: The Calgary Depression Scale. *Br. J. Psychiatry* ۱۹۹۳, ۱۶۳(Suppl. ۲۲), ۳۹-۴۴
- [34] Derogatis, L.R. *Brief Symptom Inventory (BSI), Administration, Scoring and Procedures Manual*, ۲nd ed.; National Computer Systems: Minneapolis, MN, USA, ۱۹۹۳
- [35] *Brain Sci.* ۲۰۱۷, ۷, ۱۱ ۴۵ of ۱۱
- [36] Endicott, J.; Ness, J.; Harrison, W.; Blumenthal, R. Quality of life and satisfaction questionnaire: A new measure. *Psychopharmacol. Bull.* ۱۹۹۳, ۲۹, ۳۲۱-۳۲۶
- [37] Babor, T.; de la Fuente, J.; Saunders, J.; Grant, M. *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*; World Health Organisation: Geneva, Switzerland, ۱۹۹۲
- [38] Glass, G.V.; McGraw, B.; Smith, M.L. *Meta-Analysis in Social Research*; Sage: Beverly Hills, CA, USA, ۱۹۸۱
- [39] Cohen, J. *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences*, ۲nd ed.; Lawrence Erlbaum Associates: Hillsdale, NJ, USA, ۱۹۸۸

- [40] National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and Schizophrenia in Adults: Draft NICE Guideline. Available online: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/documents/psychosisand-schizophrenia-in-adults-draft-nice-guideline> (accessed on ۸September ۲۰۱۶).
- [41] Michail, M.; Birchwood, M. Social anxiety and shame cognitions in psychosis. *Psychol. Med.* ۲۰۱۳, ۴۳, ۱۳۳-۱۴۲.
- [42] Tarrier, N. Co-morbidity and associated clinical problems in schizophrenia: Their nature and implications for comprehensive cognitive-behavioural treatment. *Behav. Change* ۲۰۰۵, ۲۲, ۱۲۵-۱۴۲.