

مقاله‌ی پژوهشی

بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، اجتناب و ارزیابی‌های منفی افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی

هانیه طاهری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات خراسان رضوی، ایران

*الهام طاهری

دکترای تخصصی روان‌شناسی بالینی، انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مهدی امیری

استادیار روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران

*مؤلف مسئول:

انستیتو روان‌پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

elhamtaheri85@gmail.com

تاریخ وصول: ۹۵/۱۱/۲۵

تاریخ تایید: ۹۶/۴/۳

خلاصه

مقدمه: با توجه به اهمیت درمان مناسب اضطراب اجتماعی، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، اجتناب و ارزیابی‌های منفی افراد دارای علائم اضطراب اجتماعی بوده است.

روش کار: در این پژوهش بالینی در سال ۱۳۹۵، ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس داشتن علائم اضطراب اجتماعی و دیگر معیارهای ورود وارد طرح شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمون در هشت جلسه نود دقیقه‌ای هفتگی گروه‌درمانی با روش فعال‌سازی رفتاری شرکت کردند و گروه شاهد در این مدت درمانی را دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس‌های اضطراب اجتماعی، اجتناب شناختی-رفتاری و پرسش‌نامه‌ی پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی قبل و بعد از جلسات تکمیل و داده‌ها با آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند.

یافته‌ها: درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی توانسته است منجر به کاهش معنی‌دار در علائم اضطراب اجتماعی، اجتناب شناختی رفتاری و ارزیابی‌های منفی شود ($P < 0/05$). **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد درمان گروهی فعال‌سازی رفتاری بر کاهش علائم اضطراب اجتماعی می‌تواند موثر بوده و در پیشگیری و درمان اختلال اضطراب اجتماعی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اجتناب، اضطراب اجتماعی، فعال‌سازی رفتاری

بی‌نوشت:

این پژوهش با تایید دانشگاه علوم و تحقیقات خراسان رضوی، بدون حمایت مالی نهاد خاص و یا رابطه با منافع نویسندگان اجرا شده است. از تمام شرکت‌کنندگان در این تحقیق قدردانی می‌گردد.

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (SAD)، اختلالی شایع و ناتوان‌کننده و هم-چنین هزینه‌بر در بین اختلالات روانی محسوب می‌گردد. شایان ذکر است که این اختلال می‌تواند با اختلال افسردگی و سایر اختلالات اضطرابی همراه گردد و بر بسیاری از جنبه‌های زندگی افراد مبتلا به آن، تاثیر بگذارد (۱-۳).

اضطراب اجتماعی به ترس آشکار و پیوسته از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی اطلاق می‌شود که سبب ارزیابی منفی در مورد شرکت در موقعیت‌های ارتباطی شده و می‌تواند به دورافتادگی و جدایی فرد از اجتماع منجر گردد. هم‌چنین در صورت عدم درمان مناسب این اختلال، می‌تواند به صورت کاملاً مزمن و ناتوان‌کننده دربیاید و موجب تنش و استرس بسیار حتی در روابط و فعالیت‌های روزمره‌ی فرد گردد (۴-۷).

تا کنون درمان‌های مختلف اعم از دارودرمانی و درمان‌های روان‌شناختی در مورد این اختلال به کار رفته‌اند و نظرات مختلفی در خصوص کاربرد هر کدام از این روش‌های درمانی مطرح شده است (۸،۹).

یکی از درمان‌های شناختی که در مورد اختلالات گوناگون روان‌پزشکی مورد استفاده بوده است، فعال‌سازی رفتاری است. این درمان، فرایند ساختاریافته‌ای است که موجب افزایش تماس فرد با پیوستگی‌های محیطی شده و منجر به بهبود خلق، تفکر و کیفیت زندگی وی می‌گردد (۱۱،۱۰).

تا کنون این شیوه درمانی در درمان اختلالاتی نظیر اختلالات افسردگی کودکان و بزرگسالان (۱۳،۱۲)، اختلالات سوء مصرف مواد (۱۵،۱۴) و همبودی اختلالات اضطرابی و افسردگی (۱۶،۱۷)، به کار رفته و تاثیرات مثبتی به همراه داشته است.

با توجه به این که این شیوه درمانی موجب کاهش اضطراب و تقویت تعامل فرد با محیط اطرافش می‌گردد لذا به نظر می‌رسد در درمان اختلال اضطراب اجتماعی نیز بتواند تاثیرگذار باشد. این مطالعه با توجه به مقرون به صرفه و کارآمد بودن این شیوه در درمان اختلالات اضطرابی و اهمیت درمان مناسب اختلال اضطراب اجتماعی، به بررسی تاثیر این روش در اختلال فوق پرداخته است.

روش کار

جامعه‌ی آماری در پژوهش حاضر، افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر مشهد بودند. نمونه پژوهش نیز متشکل از ۳۰ نفر به شیوه در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در ۲ گروه (۱۵ نفر گروه آزمون و ۱۵ نفر گروه شاهد) قرار گرفتند. شیوه‌ی نمونه‌گیری به این ترتیب بود که پس از مراجعه‌ی اولیه افراد، پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی به عنوان ابزار

غربالگری اجرا و افرادی که نمره‌ی آن‌ها در این پرسش‌نامه بالاتر از نقطه برش ۲۱ بود انتخاب و در مورد آن‌ها دیگر ملاک‌های شمول و خروج پژوهش مورد بررسی قرار گرفتند. ملاک ورود به پژوهش عبارت بود از داشتن علائم اختلال اضطراب اجتماعی که با پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی بررسی شد. ملاک خروج شامل داشتن یک اختلال دیگر محور یک یا دو بر اساس چهارمین ویراست راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، داشتن بیماری جسمانی ناتوان‌کننده و عدم رضایت برای ادامه‌ی پژوهش در نظر گرفته شد.

گروه آزمون در گروه‌درمانی (۸ جلسه ۲ ساعته) شرکت کردند. هر دو گروه از نظر دریافت درمان‌های دیگر مورد کنترل قرار می‌گرفتند. پس از پایان جلسات درمانی، اعضای دو گروه ابزارهای پژوهش را مجدداً تکمیل کردند. در نهایت داده‌های حاصل از ابزارهای پژوهش مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار پژوهش

الف- درمان فعال‌سازی رفتاری: در ابتدا ضمن توضیح قوانین و شرایط گروه و آشناسازی اعضا گروه با اصول و نظریه‌ی رفتاری در شکل‌گیری و تداوم افسردگی و اضطراب، ضمن تعیین حوزه‌های خاص عملکردی زندگی و نقاط ضعف آن‌ها، به هدف‌گزینی و اولویت‌بندی آن‌ها برای ارتقای آن حوزه‌ها پرداخته شد. اعضا با ثبت فعالیت‌های روزانه و میزان احساس لذت و تسلط کسب‌شده در آن‌ها، به نقش رفتارهای اجتنابی در ممانعت از رسیدن به اهداف روانی و اجتماعی آگاه شده و با آموزش تحلیل تابعی، اجرای تکنیک‌های رفتاری TRAC، TRAP، ACTION و حل مسئله متمرکز بر مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی به تلاش بر غلبه کردن بر الگوهای اجتناب اجتماعی دخیل در حفظ علائم اختلال اضطراب اجتماعی و اتخاذ رویارویی رفتاری پرداختند. به اعضا کمک می‌شد که موانع بر سر راه تغییر رفتاری را شناسایی و از طریق تکنیک حل مسئله آن‌ها را برطرف کنند.

ب- مقیاس اضطراب اجتماعی: این مقیاس توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) برای ارزیابی اضطراب اجتماعی ساخته شد. این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است. وی همسانی درونی این ابزار را با روش آلفا ۰/۸۲ تا ۰/۹۴ گزارش کرد. هم-چنین همبستگی بین دو نیمه نیز ۰/۸۴ به دست آمده است. ضریب آلفای کلی برای هر یک از خرده‌آزمون‌ها به این شرح گزارش شد: ترس ۰/۷۴، اجتناب، ۰/۷۵ و ناراحتی فیزیولوژیکی ۰/۷۵ (۱۸).

ج- مقیاس اجتناب شناختی رفتاری: این مقیاس دارای ۳۱ گویه است که در طیف لیکرت، از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده و دامنه‌ی نمرات کل آن از

^۱Social Anxiety Disorder

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، علاوه بر گزارش آماره‌های توصیفی، از روش‌های آمار استنباطی نیز استفاده شد.

نتایج

نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به صورت تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. در تاریخ اولین جلسه، از هر گروه یک نفر از اعضا در جلسه شرکت نکردند. در ادامه‌ی جلسات نیز یک نفر از اعضای گروه شاهد بر اساس حق خروج از پژوهش به روان‌پزشک مراجعه و کلونازپام و پروپرانولول دریافت و مصرف کرد و به این دلیل از پژوهش کنار گذاشته شد. هم‌چنین بر اساس معیار افت ۳ جلسه غیبت، از هر گروه دو نفر به دلیل غیبت از تحلیل نتایج کنار گذاشته شدند. در نهایت برای گروه فعال‌سازی رفتاری ۱۲ نفر و برای گروه شاهد ۱۱ نفر در پژوهش ماندند. متغیرهای جمعیت‌شناختی به تفکیک گروه‌ها به این صورت است: در گروه آزمون ۱۲ نفر با میانگین سنی و انحراف استاندارد ۲۱/۴۲ و ۳/۲۵ سال و در گروه شاهد، ۱۱ نفر با میانگین سنی و انحراف استاندارد ۲۲/۵۶ و ۲/۷۹ سال قرار داشتند. از نظر جنسیتی نیز در گروه آزمون ۷ (۶۰٪) زن و ۵ (۲۷/۲٪) مرد و در گروه شاهد نیز ۶ (۶۰٪) زن و ۵ (۴۰٪) مرد حضور داشتند از نظر وضعیت تاهل، در هیچ کدام از گروه‌ها فرد متاهلی وجود نداشت. مقایسه متغیرهای جمعیت‌شناختی، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه نشان نداد.

۳۱ تا ۱۵۵ است و نمرات بالاتر، مبین اجتناب شناختی رفتاری بالاتر است. این مقیاس شامل چهار عامل اجتناب از رفتار اجتماعی، اجتناب از شناخت فردی، اجتناب از شناخت اجتماعی و اجتناب از رفتار فردی است. میان خرده‌مقیاس‌های مقیاس، همبستگی درونی متوسطی (بین ۰/۳۹ تا ۰/۵۷) وجود دارد. همسانی درونی کل مقیاس ۰/۹۱ و همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های شناختی غیر اجتماعی، رفتاری غیر اجتماعی، رفتاری اجتماعی و شناختی اجتماعی نیز به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۸۶ و ۰/۷۸ به دست آمده است (۱۹). در ایران نیز همبستگی بالایی (۰/۷۸ تا ۰/۸۰) بین خرده‌مقیاس‌ها و نمرات کل مقیاس وجود دارد. ضریب آلفا برای عامل ۱ تا ۴ به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۷۸ و ۰/۷۵، برای کل مقیاس ۰/۹۱ و نیز ضریب پایایی آزمون-بازآزمون برای کل مقیاس ۰/۹۲ می‌باشد (۲۰).

د- پرسش‌نامه پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی: در این پرسش‌نامه ۱۶ رویداد اجتماعی منفی توصیف شده و چهار زیرمقیاس خودارزیابی منفی، ارزیابی منفی توسط دیگران، پیامدهای منفی کوتاه‌مدت و پیامدهای منفی بلندمدت رویدادهای اجتماعی گنجانیده شده است (۲۱). در ایران، استوار، از فرم ۲ عاملی این ابزار استفاده کرد و پایایی آن را با محاسبه آلفا برای زیرمقیاس خودارزیابی منفی ۰/۸۹ و برای زیرمقیاس ارزیابی منفی توسط دیگران ۰/۹۰ گزارش نمود (۲۲).

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و گروه شاهد

متغیر	فعال‌سازی رفتاری		شاهد	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین	میانگین	میانگین	میانگین
	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)
اضطراب اجتماعی	۳۹/۵۸ (۵/۲۵)	۱۸/۴۲ (۵/۳۵)	۳۷/۲۷ (۵/۴۳)	۳۸/۷۳ (۴/۱۵)
اجتناب	۶۶/۴۴ (۳/۲۶)	۴۶/۲۴ (۴/۵۵)	۶۸/۲۴ (۳/۸۲)	۶۳/۶۳ (۵/۰۸)
خودارزیابی منفی	۵۴/۴۱ (۶/۷۰)	۲۶/۳۲ (۴/۵۵)	۵۴/۳۷ (۷/۶۳)	۴۹/۷۷ (۳/۶۸)
ادراک ارزیابی دیگران	۶۲/۵۶ (۶/۵۵)	۳۷/۸۱ (۵/۳۵)	۶۴/۳۲ (۸/۴۳)	۶۷/۲۱ (۵/۳۱)

جدول ۲- تحلیل واریانس نمرات پیش‌آزمون متغیرهای وابسته

متغیر	آزمون همگنی واریانس‌ها *	F (۱و۲۱)
اضطراب اجتماعی	۰/۵۱	۰/۲۹
اجتناب	۰/۳۷	۱/۰۳
خودارزیابی منفی	۰/۳۰	۰/۳۴
ادراک ارزیابی دیگران	۰/۳۹	۰/۲۱

* تمامی آماره‌های F معنی‌دار نیستند ($P > 0/05$).

به طور خلاصه، نتایج تحلیل‌ها نشان دادند که درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی توانسته است منجر به کاهش معنی‌دار در علائم اضطراب اجتماعی، اجتناب شناختی رفتاری و ارزیابی‌های منفی شود. اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی بر کاهش شدت علائم اضطراب اجتماعی با نتایج پژوهش‌های جدیدی که تاثیر درمان فعال‌سازی رفتاری را بر اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار داده‌اند هم‌خوان است (۲۳).

در یک مطالعه، اثر این روش در درمان اختلال اضطراب اجتماعی همراه با افسردگی در یک بیمار ۴۶ ساله بررسی گردید. نتایج بعد ۹ جلسه درمانی نشان داد که علائم بیمار از نظر افسردگی و اضطراب، به طور چشمگیری کاهش یافت (۲۴).

در یک مطالعه دیگر ۲۳ دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تحت درمان با ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری و یا فعال‌سازی رفتاری قرار گرفتند. بنا بر نتایج با وجود اثر مثبت هر دو روش، فعال‌سازی رفتاری اثر بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم افسردگی و نمرات پرسش‌نامه رویدادهای منفی اجتماعی داشت در حالی که بین دو گروه در کاهش علائم اضطرابی و اختلال عملکرد، مشاهده نگردید. این نتایج با مطالعه حاضر در خصوص اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری همسو است (۲۵).

البته در تحقیقی توسط سلیمانی و همکاران روش فعال‌سازی رفتاری گروهی و درمان شناختی-رفتاری بر روی ۲۷ دانشجوی ایرانی که نمرات بالاتر از ۱۸ در مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به دست آورده بودند، انجام شد. در این تحقیق، ۱۴ نفر تحت ۸ جلسه فعال‌سازی رفتاری و ۱۳ نفر تحت ۸ جلسه درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند. نتایج نشان داد که گرچه نشانه‌های افسردگی به طور معنی‌داری در گروه فعال‌سازی رفتاری پایین‌تر بود اما در مورد نشانه‌های اضطراب و استرس، تفاوت معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نگردید (۲۶).

این پژوهش مطالعه مقدماتی بود که نتایج آن محدودیت‌های متعددی دارد. نمونه این پژوهش را دانشجویان دانشگاه با علائم اضطراب اجتماعی تشکیل دادند که از این جهت جمعیتی خاص با نوع علائم روان‌شناختی خاصی بودند که تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر جمعیت‌ها محدود می‌کند. هم‌چنین، درمان ساختار خلاصه‌تری از قالب اصلی داشت که می‌تواند در میزان اثربخشی درازمدت آن تاثیر بگذارد. پی‌گیری شرکت‌کنندگان پس از درمان نیز وجود نداشت که محدودیت دیگری برای یافته‌ها به ویژه اثرات بلندمدت درمان به حساب می‌آید.

نتیجه‌گیری

به منظور مقایسه درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی با گروه شاهد در کاهش شدت علائم اضطراب اجتماعی، آزمون تحلیل کوواریانس اجرا شد که نمرات پیش‌آزمون علائم اضطراب اجتماعی به عنوان متغیر هم-پراش وارد شدند. با کنترل آماری اثر پیش‌آزمون ($F(1,48) = 1/48$)، $P > 0/05$ ، آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و گروه شاهد تفاوت معنی‌دار آماری در کاهش شدت علائم اضطراب اجتماعی وجود دارد ($F(1,21) = 2/46$)، $P < 0/05$. افزون بر آن، اندازه اثر درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی نسبت به گروه شاهد برابر با $0/88$ شد که اندازه اثر بزرگی محسوب می‌شود. جهت مقایسه درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی با گروه شاهد در کاهش اجتناب، با کنترل آماری اثر پیش‌آزمون ($F(1,21) = 7/21$)، $P < 0/05$ ، آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و گروه شاهد تفاوت معنی‌دار آماری در کاهش اجتناب وجود دارد ($F(1,21) = 8/12$)، $P < 0/05$ که با در نظر گرفتن میانگین‌های پس‌آزمون اجتناب مشخص می‌شود که درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی توانسته به طور معنی‌داری اجتناب را کاهش دهد. افزون بر آن، اندازه اثر درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی نسبت به گروه شاهد برابر با $0/86$ شد که اندازه اثر تقریباً بزرگی محسوب می‌شود.

جهت مقایسه در کاهش خودارزیابی منفی، با کنترل آماری اثر پیش-آزمون ($F(1,21) = 12/53$)، $P < 0/001$ ، آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و گروه شاهد تفاوت معنی‌دار آماری در کاهش خودارزیابی منفی وجود دارد ($F(1,21) = 8/33$)، $P < 0/001$ که با در نظر گرفتن میانگین‌های پس‌آزمون خودارزیابی منفی مشخص می‌شود که گروه فعال‌سازی رفتاری توانسته به طور معنی‌داری خودارزیابی منفی را کاهش دهد. هم‌چنین اندازه اثر درمان فعال‌سازی رفتاری نسبت به گروه شاهد برابر با $0/89$ شد.

به منظور مقایسه درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی با گروه شاهد در کاهش ادراک ارزیابی منفی دیگران، با کنترل آماری اثر پیش‌آزمون ($F(1,21) = 2/21$)، $P < 0/05$ ، آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بین درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی و شناخت‌درمانی گروهی تفاوت معنادار آماری در کاهش ادراک ارزیابی منفی دیگران وجود دارد ($F(1,21) = 6/13$)، $P < 0/001$ ، با توجه به میانگین دو گروه می‌توان گفت فعال‌سازی رفتاری به طور معنی‌داری بیشتر از گروه شاهد توانسته ارزیابی‌های منفی افراد را تغییر دهد. افزون بر آن، اندازه اثر فعال‌سازی رفتاری گروهی نسبت به گروه شاهد برابر با $0/89$ شد.

بحث

به نظر می‌رسد درمان فعال‌سازی رفتاری گروهی توانسته است منجر به کاهش معنی‌دار در علائم اضطراب اجتماعی، اجتناب شناختی رفتاری و ارزیابی‌های منفی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی شود.

References

1. Aderka IM. Functional impairment in social anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2012; 26: 393-400.
2. Moitra E, Beard C, Weisberg RB, Keller MB. Occupational impairment and social anxiety disorder in a sample of primary care patients. *J Affect Disord* 2011; 130: 209-12.
3. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 617-27.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
5. Kessler RC. The impairments caused by social phobia in the general population: Implications for intervention. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 19-27.
6. Schneier FR. Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49: 282-8.
7. Steinert C, Hofmann M, Leichsenring F, Kruse J. What do we know today about the prospective long-term course of social anxiety disorder? A systematic literature review. *J Anxiety Disord* 2013; 27: 692-702.
8. Turk CL, Heimberg RG, Hope DA. Social anxiety disorder. In: Barlow HD. (editor). *Clinical handbook of psychological disorders; A step-by-step treatment*. 3rd ed. New York: Guilford; 2001: 114-53.
9. Rowa K, Antony MM. Psychological Treatments for Social Phobia. *Can J Psychiatry* 2005; 50: 308-16.
10. Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmalings KB, Kohlenberg RJ, Addis ME, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Cons Clin Psychol* 2006; 74: 658-70.
11. Hopko DR, Lejuez CW, Ruggiero KJ, Eifert GH. Behavioral activation treatments for depression: Procedures, principles, and progress. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 699-717.
12. Ataie Moghanloo V, Ataie Moghanloo R. The effect of behavioral activation therapy based on changing lifestyle on depression, psychological well-being and feeling of guilt in children between 7-15 years old with diabetes. *Journal of Rafsanjan University Medical Sciences* 2015; 14(4): 325-38. (Persian)
13. Shareh H. Effectiveness of behavioral activation group therapy on attributional styles, depression, and quality of life in women with breast cancer. *Journal of fundamentals of mental health*. 18(4): 179-88.
14. Amiri M, Yekke Yazdandoost R, Tabatabaei SM. [Efficacy of group behavioral activation in reducing depression and increasing general health and quality of life among clients of treatment based center]. *Research in addiction* 2009; 9(3): 91-103. (Persian)
15. Goudarzi N. [Efficacy of behavioral activation and group contract in substance abuse disorders]. Ph.D. Dissertation. Tehran University: Faculty of psychology and educational sciences, 2002. (Persian)
16. Hopko DR, Lejuez CW, Hopko SD. Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clin Case Stud* 2004; 3: 37-48.
17. Zemestani M, Davoudi I, Mehrabizadeh-Honarmand M, Zargar Y. Effectiveness of group behavioral activation on depression, anxiety and rumination in patients with depression and anxiety. *J Clin Psychol* 2014; 5(4): 20.
18. Connor KM, Davidson JRT, Churchill LE, Sherwood A, Foa EB, Weisler RH. Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN): A new self rating scale. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 379-86.
19. Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: The construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. *Behav Res Ther* 2004; 42(3): 293-313.
20. Ataie S. [A comparison of rumination and avoidance in unipolar mood disorder, social anxiety disorder and nonclinical sample and relationship between them]. Dissertation. Tehran: Tehran University of Medical Sciences, 2013: 198. (Persian)
21. Wilson JK, Rapee RM. The interpretation of negative social events in social phobia: Changes during treatment and relationship to outcome. *Behav Res Ther* 2005; 43: 373-89.
22. Ostovar S. [Explanation of the mediating role of self-focused attention and social self-efficacy on the relationship between social phobia and cognitive bias]. Ph.D. Dissertation. Shiraz University, Faculty of psychology and educational sciences, 2008. (Persian)

23. Hopko DR, Robertson S, Lejuez CW. Behavioral activation for anxiety disorders. *Behav Analyst Today* 2006; 7(2): 212-32.
24. Staley CS, Lawyer SR. Behavioral activation and CBT as an intervention for coexistent major depression and social phobia for a biracial client with diabetes. *Clin Case Stud* 2010; 9(1): 63-73.
25. Taheri E, Amiri M, Birashk B, Gharrayi B. Cognitive therapy versus behavioral activation therapy in the treatment of social anxiety disorder. *Journal of fundamentals of mental health* 2016; 18(5): 294-9.
26. Soleimani M, Mohammadkhani P, Dolatshahi B, Alizadeh H, Overmann KA, Coolidge FL. A comparative study of group behavioral activation and cognitive therapy in reducing subsyndromal anxiety and depressive symptoms. *Iran J Psychiatry* 2015; 10(2): 71-8.