

The Effect of Meta-cognitive Therapy on Anxiety Symptoms of Social Phobia Disorder Patients

Mohamad Hossein Bahadori. M.A.

University of Isfahan

Marziyeh Jahanbakhsh. M.A.

University of Isfahan

Azar Jamshidi. M.A.

Islamic Azad University, Khorasgan (Isfahan) Branch

Karim Askari Mobarake. Ph. D.

University of Isfahan

Abstract

The purpose of this study was to determine the effect of meta-cognitive therapy (MCT) on anxiety symptoms of social phobia (SP) patients. This Quasi-experimental research was conducted with pretest-with a three month follow-up design, post test phobia disorder (SPD) patients visited in psychology clinics in Shiraz city, south western part of Iran in 2010, 19 patients were selected through the objective sampling method and were randomly divided into two experimental and control groups. The social phobia symptoms assessment Questioner (SPSAQ) (Moshavery, 2002) and Beck anxiety questionnaire (BAI) (1988) were used as the pre-test measures. The experimental group received 8 weeks of Wells' meta-cognitive therapy sessions. The control group received no treatment. The results of the analysis of multivariate covariance showed that MCT had a significant effect in reducing the anxiety symptoms of SPD ($P < 0.001$).

Keywords: Meta-cognitive therapy, Anxiety, Social phobia .

اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی

محمدحسین بهادری*

کارشناس ارشد دانشگاه اصفهان

مرضیه جهانبخش

کارشناس ارشد دانشگاه اصفهان

آذر جمشیدی

کارشناس ارشد دانشگاه آزاد اسلامی خوراسگان

کریم عسکری

دانشگاه اصفهان

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله فراشناختی بر علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام شد. این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه با گروه گواه انجام شد. از بین تمام بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناختی شهر شیراز در سال ۱۳۸۹، ۱۹ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۹ نفر) قرار گرفتند. پس از اجرای پیش‌آزمون که با استفاده از پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی (SPSAQ) (مشاوری، ۱۳۸۱) و پرسشنامه اضطراب بک (BAI) (۱۹۸۸) به عمل آمد، گروه تجربی طی ۸ جلسه هفتگی تحت درمان فراشناختی و لز قرار گرفت، ولی گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. یافته‌های حاصل از تحلیل کواریانس چندمتغیره نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی گروه آزمایش تأثیر معناداری دارد ($P \leq 0/001$).
واژه‌های کلیدی: مداخله فراشناختی، اضطراب، هراس اجتماعی.

* نویسنده مسئول: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک (رایانامه): mh_bahadori@yahoo.com

وصول ۸۸/۹/۱۶ پذیرش ۸۸/۱۲/۱۴

مقدمه

است. از این رو این اختلال در سالهای اخیر، به عنوان اختلال مهمی در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است. با اینکه برای این اختلال روش‌های درمانی متنوعی در نظر گرفته شده است، اما بررسی‌ها نشان می‌دهد که هر کدام از این درمان‌ها اثر ویژه‌ای در اختلال هراس اجتماعی دارد و فقط تا حدودی در درمان این اختلال موفق بوده‌اند (کلارک، فسک، ماسیا، اسپالدینگ، براون و همکاران^{۱۳}، ۱۹۹۷). بنابراین پژوهش حاضر درصدد است الگوی درمانی جدیدی را برای درمان این اختلال به کار گیرد. این الگو به منظور تعدیل و برطرف کردن خلأهای نظریه‌های شناختی شکل گرفته است، به بیان واضح‌تر، باورها و طرحواره‌هایی که ایس و بک^{۱۴} در نظریه خود بر آن تأکید کرده‌اند، می‌توانند عامل فراشناخت‌هایی باشند که توجه به شیوه‌های ارزیابی و پاسخ‌های مقابله‌ای را شکل می‌دهند و این عوامل خود باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند (ولز^{۱۵}، ۲۰۰۰).

فراشناخت^{۱۶} عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (فلاول^{۱۷}، ۱۹۷۹؛ موسیس و بیرد^{۱۸}، ۲۰۰۲). نخستین بار آدرین ولز درمان فراشناختی را معرفی کرد. این روش درمانی از روش استاندارد CBT^{۱۹} متفاوت است، زیرا به جای اینکه درمان چالش با افکار و باورها در مورد ضربه روانی و یا رویارویی‌های مکرر و طولانی‌مدت با خاطرات مربوط به ضربه روانی باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. نظریه‌های شناختی در مورد آنچه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیرمفید تفکری می‌شوند، توضیحات مختصری را ارائه داده‌اند. وجود باورهای منفی مشخصاً نمی‌تواند درباره الگوی تفکر و پاسخ‌های همراه آن توضیحی ارائه دهند. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد. این عوامل اساس نظریه

اختلال هراس اجتماعی به ترس آشکار و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این باور ناشی می‌شود که فرد در این موقعیت‌ها به گونه‌ای خجالت‌آور یا تحقیرآمیز عمل خواهد کرد (رینولد، هربرت و فرانکلین^۱، ۲۰۰۳). ویژگی اصلی هراس اجتماعی^۲ ترس آشکار و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی است که ممکن است موجب شرمندگی شود (سادوک و سادوک^۳، ۱۳۸۶). قرار گرفتن در معرض موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی تقریباً همیشه بلافاصله به بروز واکنش اضطراب منجر می‌شود. این واکنش ممکن است به شکل حمله وحشت‌زدگی وابسته به موقعیت یا با زمینه موقعیتی ظاهر شود (انجمن روانپزشکی آمریکا^۴، ۲۰۰۰).

تحقیقات نشان داده‌اند که سن شروع این اختلال در حدود ۱۵ سالگی است و ۹۰ درصد بیماران سن شروع را قبل از ۲۵ سالگی گزارش کرده‌اند (فرمارک^۵، ۲۰۰۶؛ کسلر، برگلند و دملر^۶، ۲۰۰۸)؛ شیوع ۱۳ درصدی این اختلال در جامعه، آن را در جایگاه سومین اختلال روانپزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار داده است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۸). در بزرگسالان این اختلال در زنان شایع‌تر است، اگرچه بزرگسالان گزارش می‌دهند که علائم این اختلال را از کودکی تجربه کرده‌اند، ولی در کودکان شیوع این اختلال در هر دو جنس یکسان است (بیدل، موریس و ترنر^۷، ۲۰۰۵). معمولاً این اختلال به دوره‌ای درازمدت از ناتوانی می‌انجامد (براس، یانکر، اتوو، ایزن، ویس‌برگ و همکاران^۸، ۲۰۰۵) و مبتلایان به این اختلال از آسیب‌های چشمگیری در کارهای روزانه، روابط اجتماعی و شغلی رنج می‌برند (ویتچن، سون‌تاگ، مولر و لیوویتز^۹، ۲۰۰۳؛ ریچ و هافمن^{۱۰}، ۲۰۰۷). پیش‌بینی شده است که ۵۰ تا ۸۰ درصد مراجعان مبتلا به این اختلال حداقل یک اختلال روانی دیگر هم دارند (ویتچن و فم^{۱۱}، ۲۰۰۴). هراس اجتماعی با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی و وابستگی به الکل (لایارد^{۱۲}، ۲۰۰۵؛ کسلر و همکاران، ۲۰۰۸) و گستره‌ای از اختلالات شخصیت به ویژه اختلال شخصیت اجتنابی همراه

1. Rheingold, Herbert & Franklin

3. Sadock & Sadock

5. Furmark

7. Beidel, Morris, Turner

9. Wittchen, Sonntag, Müller, Liebowitz

11. Wittchen, Fehm

13. Clark, Feske, Masia, Spaulding, Brown & et al.

15. Wells

17. Flavell

19. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)

2. social phobia

4. American Psychiatric Association

6. Kessler, Berglund & Demler

8. Bruce, Yonkers, Otto, Eisen, Weisberg & et al

10. Reich, Hofmann

12. Lydiard

14. Ellis & Beck

16. meta-cognition

18. Moses & Baird

فراشناختی است (ولز، ۲۰۰۹). تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناخت با اختلال‌های روان‌شناختی رابطه وجود دارد (ولز و هاتیوس^۱، ۱۹۹۶). هادسون و الیس^۲ (۲۰۱۰) نشان دادند که نگرانی و اضطراب یکی از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی، مانند اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی است که به‌ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی ارتباط دارد. با توجه به این ارتباط می‌توان احتمال داد که یکی از علت‌های اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلالات اضطرابی، اثربخشی درمان فراشناختی بر روی این باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی است. اسپادا، کاسلی، منفردی، ربچی، رووتو و همکاران^۳ (۲۰۱۲) نیز ابعاد فراشناختی از جمله باورهای فراشناختی مثبت در زمینه نگرانی و اعتماد شناختی پایین را جزء علل به وجود آورنده اضطراب و نگرانی برمی‌شمارند. همچنین در مطالعه دیگری نیز تأیید شد که این ابعاد فراشناختی با اضطراب اجتماعی ارتباط معناداری دارند (اسپادا، جرجیو و ولز^۴، ۲۰۱۰).

برای نمونه نتایج پژوهش ولز (۲۰۰۶) بر روی ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که وضعیت بیماران بعد از اجرای درمان فراشناختی به نحو معناداری بهبود یافت. میزان بهبود بعد از اجرای این نوع درمان ۸۷/۵ درصد بود (ولز و کینگ، ۲۰۰۸). همچنین ولز و کینگ^۵ (۲۰۰۸)، رس و ون کوزرلد^۶ (۲۰۰۸) نیز به ترتیب اثربخشی این درمان را بر علائم اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال استرس پس از سانحه به‌عنوان اختلال‌های اضطرابی نشان دادند. با توجه به ارتباط مؤلفه‌های فراشناختی با اختلال‌های اضطرابی و اثربخشی مداخله فراشناختی در اختلال‌های شبیه اختلال هراس اجتماعی^۷ مثل اختلال وسواس فکری - عملی^۸ (ولز، ۲۰۰۹)، پژوهشگر بر آن شده است که اثربخشی مداخله فراشناختی را بر علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مورد آزمایش قرار دهد.

روش

جامعه آماری، روش و روش نمونه‌گیری؛ این پژوهش از طرح‌های نیمه‌تجربی است که به‌صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون

و پیگیری سه ماهه انجام گرفته و در آن از دو گروه آزمایش و گواه استفاده شده است. متغیر مستقل درمان فراشناختی که طی ۸ جلسه به‌صورت هفتگی انجام شد و نمرات علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی به‌عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد. جامعه این پژوهش همه افراد بزرگسال شهر شیراز بود که به فراخوان پژوهشگر در مورد درمان علائم هراس اجتماعی پاسخ داده بودند. ابتدا یک اطلاعاتیه در مورد برگزاری درمان بر روی علائم هراس اجتماعی (که با جزئیات در اطلاعاتیه آمده بود) در همه مراکز روان‌شناختی شهر شیراز پخش گردید. سپس از میان افراد مراجعه‌کننده به این مراکز روان‌شناختی در تابستان ۱۳۸۹، ۲۰ داوطلب که طی مصاحبه بالینی با روانپزشک براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۹ و ارزیابی با پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی^{۱۱} (SPSAQ) و پرسشنامه اضطراب بک^{۱۱} (BAI) (بک، اپستین، براون و استیر^{۱۲}، ۱۹۸۸) تشخیص اختلال هراس اجتماعی و اضطراب شدید دریافت کرده بودند، انتخاب شده و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) قرار داده شدند.

ابزار پژوهش: ابزارهای این پژوهش شامل ابزارهای پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی و پرسشنامه اضطراب بک بود.

۱- پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی: برای اندازه‌گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد مورد آزمون از پرسشنامه هراس اجتماعی استفاده می‌شود. این پرسشنامه ۳۸ سؤال دارد که مشاور در سال ۱۳۸۱ آن را ساخت. قسمتی از پرسش‌های آن با استفاده از ملاک‌های تشخیصی معتبر و مطالعه متون مربوط به هراس اجتماعی ساخته شده‌اند. قسمت دیگری از پرسش‌های این پرسشنامه (۱۵ پرسش) نیز با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی دیویدسون، مینر، دی ویق گیس، تاپلر، کالکت و همکاران^{۱۳} (۱۹۹۷) ساخته شده است. پایایی آزمون سنجش علائم هراس اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ تعیین گردیده است (مشاوری، ۱۳۸۱). گزینه‌های به‌کار رفته در این پرسشنامه عبارت‌اند از: «اصلاً»

1. Mathews
3. Spada, Caselli, Manfredi, Rebecchi, Rovetto & et al
5. King
7. social phobia disorder
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
11. Beck anxiety inventory
13. Davidson, Miner, Veauh-Geiss, Tupler, Colket & at al

2. Hudson & Ellis
4. Georgiou & Wells
6. Ross & Van Koesreld
8. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
10. Social Phobia Symptoms Assessment Questioner (SPSAQ)
12. Epstein, Brown & Steer

سانحه طراحی گردیده و در دسترس است (ولز، ۲۰۰۰). تاکنون هیچ مداخله فراشناختی بر روی اختلال هراس اجتماعی انجام نشده است و این مداخله اولین مداخله فراشناختی است که بر روی این اختلال صورت می‌گیرد. با توجه به شرایط و ماهیت بیماری هراس اجتماعی و نتایج حاصل از مطالعه کیفی (مصاحبه با بیماران) در شیوه‌های این روش درمانی تغییراتی داده شد تا قابل اجرا بر روی اختلال هراس اجتماعی باشد. تمام تغییرات مورد تأیید متخصصان در این حوزه بوده است. همچنین درمان را یک فارغ‌التحصیل کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی که ۶ ماه دوره درمان فراشناختی را دیده بود، انجام داد. رضایت مراجعان از درمان، درمانگر، محتوای جلسات، راهبردهای درمان و نتایج درمان در پایان درمان با یک مقیاس ۶ درجه‌ای مورد سنجش قرار گرفت که دامنه نمرات از ۴ تا ۶ بود (میانگین = ۴/۵، انحراف معیار = ۰/۹۰). در زیر خلاصه‌ای از طرح درمان فراشناختی در ۸ جلسه آمده است.

خلاصه جلسات مداخله فراشناختی؛ جلسه اول، معارفه، ارزیابی علایم و معرفی اختلال هراس اجتماعی، تفکیک اضطراب اجتماعی عادی و مشکل‌آفرین و مسأله‌ساز برای بیماران، مشخص کردن نیاز و ضرورت درمان. **جلسه دوم،** ارائه منطق درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماعی، بررسی علایم اضطراب در اختلال هراس اجتماعی، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب‌شناسی اختلال هراس اجتماعی، بررسی درمان‌های مختلف برای اختلال هراس اجتماعی، ارائه توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماعی. **جلسه سوم،** ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در بیماران و تحلیل مزایا و معایب این باورها. **جلسه چهارم،** شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی بیمار، تحلیل مزایا و معایب راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر. **جلسه پنجم،** کاربرد شیوه فاصله گرفتن از ذهن آگاهی^۱ در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی (بیماران یاد بگیرند که با افکار خود همچون ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد). **جلسه ششم،** آشنا کردن بیماران با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نگرانی و نشخوار ذهنی، تحلیل فرایند سرکوب افکار به‌عنوان یک فرایند ناکارآمد (بیر سفید) و آشناسازی با پیامدهای درگیری با علایم، آموزش شیوه به تعویق انداختن

«کمی»، «تا حدی»، «زیاد»، «خیلی زیاد» که به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ برای آنها در نظر گرفته شده است. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه عبارت‌اند از: «شرکت در فعالیت‌های اجتماعی (سخنرانی‌ها، مهمانی‌ها و...) موجب هراس من می‌شود»، «از انجام برخی کارها (غذا خوردن، نوشتن و...) وقتی دیگران نظاره‌گر باشند، دچار اضطراب می‌شوم».

۲- پرسشنامه اضطراب بک (BAI): این پرسشنامه براساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و براساس مقیاس لیکرت (نمره‌های صفر تا سه برای هر پرسش)، نمره بالاتر اضطراب بیشتر را نشان می‌دهد. در ایران روایی این پرسشنامه ۰/۷۲ و پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به‌دست آمده است (کاوایی و موسوی، ۱۳۸۷). دو نمونه از پرسش‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: «لطفاً جملات زیر را بخوانید و مشخص کنید، طی هفته گذشته تا امروز چقدر از آن علامت در رنج بوده‌اید: ۱- کرختی و گزگز شدن (مورمور شدن)، ۲- احساس داغی (گرما)».

روش اجرا و تحلیل داده‌ها، پس از انتساب تصادفی آزمودنی‌ها از هر دو گروه آزمایش و گواه، پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه آزمایش بعد از اجرای پیش‌آزمون، در ۸ جلسه هفتگی ۱ ساعتی در یکی از مراکز روان‌شناختی، تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند، در حالی که افراد گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله هر دو گروه طی دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه دوباره ارزیابی شدند (قابل ذکر است که در پایان مداخله یک نفر از گروه گواه حاضر به انجام پس‌آزمون نشد و به همین علت تعداد نمونه‌ها ۱۹ نفر شد). با توجه به اینکه توان آزمون بالای ۰/۸ برای رد فرض صفر نشان‌دهنده تعداد نمونه کافی برای انجام پژوهش است و این مقدار برای پژوهش حاضر ۰/۹۹ به‌دست آمده، بنابراین می‌توان ادعا کرد که حجم نمونه در پژوهش مورد نظر کافی است.

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند، از ادامه پژوهش انصراف دهند. در پایان پژوهش نیز افراد گروه گواه به مدت ۵ جلسه تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند.

مداخله فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش براساس درمان فراشناختی ولز برای اختلال‌های اضطرابی نظیر اختلال اضطراب فراگیر، وسواس فکری- عملی و استرس پس از

نخست بین واریانس گروهها از لحاظ متغیر علایم اضطراب در اختلال هراس اجتماعی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود ندارد، بنابراین فرض تساوی واریانس‌ها رد نمی‌شود و می‌توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد ($P \geq 0/05$).

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی و گرایش مرکزی متغیر وابسته علایم اضطراب در افراد مبتلا به هراس اجتماعی به تفکیک گروهها و مراحل نمایان است. از آنجا که کسب نمره بیشتر در این متغیر نشان از افزایش شدت علایم اضطراب در مبتلایان به هراس اجتماعی دارد، ملاحظه می‌گردد که میانگین گروه مداخله در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه کاهش معناداری داشته است (۱۵/۲ در برابر ۲۲/۵۵). این کاهش به‌صورت معناداری در مرحله پیگیری در گروه آزمایش نیز دیده می‌شود (۱۵/۵ در برابر ۲۲/۶۶).

برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک مثل تحلیل کوواریانس رعایت دو پیش‌فرض ضروری است که بدین منظور مقادیر آماره شاپیروویلک برای بررسی فرض عادی بودن توزیع این متغیر در گروه گواه (آماره شاپیروویلک = ۰/۹۵ و $P=0/73$) و گروه آزمایش (آماره شاپیروویلک = ۰/۹۵ و $P=0/69$) بود. همچنین مقادیر آماره لوین نشان داد که فرضیه تساوی واریانس‌های نمرات اضطراب در هراس اجتماعی در دو گروه و در مراحل پس‌آزمون (آماره لوین = ۳/۱۱ و $P=0/09$) و پیگیری (آماره لوین = ۲/۰۶ و $P=0/16$) رد نمی‌شود و بدین ترتیب پیش‌فرض‌های آزمون پارامتریک رعایت گردید.

نگرانی. جلسه هفتم، آشناسازی بیماران با نشانگان توجهی—شناختی در تداوم اختلال‌های روانی، ارائه منطق فنون آموزش توجه^۱ (ATT) به بیماران و آموزش این شیوه به بیماران. جلسه هشتم، آموزش شیوه متمرکز کردن توجه بر موقعیت^۲ به‌عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد و آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری. در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه قبل تکالیف خانگی نیز داده شد. داده‌های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از روش کوواریانس چندمتغیره تحلیل شد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۱۷ تا ۳۳ سال داشتند. انحراف معیار و میانگین سنی گروه گواه $27/5 \pm 23/4$ و گروه آزمون $34/3 \pm 23/2$ بود و ۱۱ نفر از ۱۹ شرکت‌کننده را زنان تشکیل می‌دادند. همه شرکت‌کننده‌ها تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشتند. طول بیماری آنها از ۱ تا ۵ سال بود و ۶ بیمار هم به‌طور متوسط یک‌سال سابقه مصرف دارو داشتند. با استفاده از آزمون‌های پارامتریک و ناپارامتریک نشان داده شد که شرکت‌کننده‌ها در گروه آزمایش و گواه از لحاظ ویژگی‌های جمعیتی شناختی تفاوت معناداری ندارند ($P > 0/05$). همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، براساس فرضیه

جدول ۱- آزمون لوین به‌منظور سنجش فرض برابری واریانس‌ها برای متغیر اضطراب در مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی در جامعه

متغیر وابسته	مراحل	آماره لوین	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
متغیر اضطراب در	پس‌آزمون	۰/۶۹	۱	۱۷	۰/۴۱
اختلال هراس اجتماعی	پیگیری	۰/۳۱	۱	۱۷	۰/۵۸

پیگیری رابطه دارد، بنابراین پیش‌آزمون متغیر مداخله‌گر محسوب می‌شود و باید کنترل گردد. در واقع آن بخش از واریانس نمرات اضطراب که مربوط به پیش‌آزمون است از کل واریانس نمرات آن کسر می‌گردد، بنابراین پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همگام وارد تحلیل کواریانس شده تا اثر آن از روی واریانس عضویت گروهی برداشته شود. به‌عبارت دیگر تحلیل کواریانس به‌عنوان یک آزمون پارامتریک برای کنترل اثر پیش‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. با وجود این حتی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه از لحاظ پس‌آزمون و پیگیری مربوط به نمره کل اضطراب تفاوت معناداری وجود دارد و عضویت گروهی مربوط به نمره علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد و عضویت گروهی ۷۸ درصد از تغییرات مربوط به نمره کل علائم اضطراب در افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی را در پس‌آزمون و ۷۷ درصد از تغییرات را در پیگیری تبیین می‌کند ($P=0/001$).

جدول ۲- میانگین، انحراف معیار نمرات علائم اضطراب در افراد مبتلا به هراس اجتماعی به تفکیک گروهها

گروهها	مراحل	انحراف معیار \pm میانگین
شاهد	پیش‌آزمون	۲۲/۵۵ \pm ۳/۱۶
	پس‌آزمون	۲۲/۵۵ \pm ۳/۱۶
مداخله	پیگیری	۲۲/۶۶ \pm ۳
	پیش‌آزمون	۲۲/۴ \pm ۳/۰۹
	پس‌آزمون	۱۵/۲ \pm ۲/۳۹
	پیگیری	۱۵/۵ \pm ۲/۴۶

جدول ۳ مربوط به آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه دو گروه از لحاظ پس‌آزمون و پیگیری پس از بررسی پیش‌آزمون است. چنانکه مشاهده می‌شود بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون رابطه معناداری وجود دارد ($P=0/001$) و به دلیل اینکه تنها پیش‌آزمون با نمرات کل اضطراب در پس‌آزمون و

جدول ۳- تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم اضطراب دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
توان	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۱	۲۴۸/۰۱	۱۰۶/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۹۴/۴۱	۴۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۰/۹۹
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱	۲۳۵/۲۲	۱۱۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۹۴/۷۷	۴۷/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷	۰/۹۹

بحث

پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای بود که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و با هدف آزمودن اثربخشی درمان فراشناختی و لزوم کاهش علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری به‌منظور بررسی متغیرهای همگام نشان داد که گروه آزمون پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله‌گر، در مجموع کاهش معناداری را در نمرات کلی علائم اضطراب اجتماعی نسبت به گروه گواه به‌دست آورد. با توجه به نتایج مرحله پس‌آزمون به نظر می‌رسد الگوی فراشناختی و لزوم کاهش علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مؤثر است. از دیگر یافته‌های مهم نتایج مرحله پیگیری می‌توان به این مطلب اشاره کرد که درمان فراشناختی موجب تعمیق و پایداری تأثیرات درمان می‌شود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ولز و کینگ (۲۰۰۶)، رس و ون کوزرلد (۲۰۰۸) که به ترتیب اثربخشی این درمان را بر علائم اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری به‌عنوان اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند، همخوانی دارد و نتیجه یافته‌های فیشر و ولز (۲۰۰۸) مبنی بر کارایی الگوی فراشناختی در درمان اختلالات هیجانی را تأیید می‌کند. در این پژوهش مانند پژوهش‌های دیگر در حوزه درمان فراشناختی سعی شد از طریق شناسایی فراورهای مثبت و منفی فرد در مورد نظارت همیشگی و نشخوارگونه بر علائم طبیعی برانگیختگی و آموزش‌های رفتاری، ارائه اسنادها و تصحیح شیوه توجیهی، باورهای ناکارآمد فرد در مورد اضطراب

پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای بود که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و با هدف آزمودن اثربخشی درمان فراشناختی و لزوم کاهش علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری به‌منظور بررسی متغیرهای همگام نشان داد که گروه آزمون پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله‌گر، در مجموع کاهش معناداری را در نمرات کلی علائم اضطراب اجتماعی نسبت به گروه گواه به‌دست آورد. با توجه به نتایج مرحله پس‌آزمون به نظر می‌رسد الگوی فراشناختی و لزوم کاهش علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مؤثر است. از دیگر یافته‌های مهم نتایج مرحله پیگیری می‌توان به این مطلب اشاره کرد که درمان

مبتلایان در موقعیت‌های اجتماعی کاهش یابد. ولز معتقد است این شیوه درمانی از طریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف‌پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است، هموار می‌سازد (ولز، ۲۰۰۹). تلویحات بالینی از یافته‌های این پژوهش به ما نشان می‌دهد، درمان فراشناختی با ایجاد زمینه برای قطع سبک‌های ناسازگار تفکر و رفع فراشناخت‌های مثبت بیماران در مورد توجه متمرکز روی علایم طبیعی برانگیختگی 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 روبه‌رو شوند.

به نظر می‌رسد از دیگر دلایل در تبیین اثربخشی الگوی فراشناختی این باشد که در این رویکرد به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. آنچه مهمتر است اینکه وجود باورهای منفی به‌طور مشخص نمی‌تواند درباره الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد که مهمترین وجه تمایز درمان فراشناختی با مدل طرحواره است (ولز، ۲۰۰۰). از آنجا که نتایج درمان در پیگیری نیز پایدار بود، می‌توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی به بیماران کمک کرده است رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی در مورد ترس از ارزیابی منفی می‌گردند، تغییر دهند.

یکی از امتیازات این پژوهش نوآوری و ابتکار آن است. این پژوهش اولین پژوهشی است که مدل درمان فراشناختی ولز را بر روی علایم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی آزمایش کرده است که به‌طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن و مؤلفه‌های فراشناختی بارز در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی، درمان فراشناختی به‌عنوان شیوه روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، برای کاهش اضطراب این بیماران به‌کار گرفته می‌شود. اما این پژوهش با محدودیت‌های خاصی نیز روبه‌رو بود. از جمله اینکه با توجه به نمونه انتخابی، در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را

رعایت نمود و دیگر اینکه نابرخورداری گروه گواه از جلسه‌های مشاوره معمولی (نه فراشناختی) به منظور حذف اثر دارونمایی گروه‌درمانی است که به دلیل محدودیت امکانات رعایت این امر امکان‌پذیر نبود. پس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن رفع این نکات، درمان فراشناختی در مقایسه با دیگر درمان‌های رایج (به‌ویژه دارودرمانی و رفتاری شناختی) در مورد اختلال هراس اجتماعی آزمون شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که گروه‌های مختلف اختلالات اضطرابی تحت درمان فراشناختی قرار گیرند و میزان اثربخشی درمان بر هر یک مشخص شود و درنهایت از آنجا که در این پژوهش، از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود، این شیوه درمانی به‌صورت فردی نیز بررسی و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند.

منابع

- سادوک، ب.، سادوک، و. (۱۳۸۶). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری - روانپزشکی (جلد ۱). ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. چاپ دوم، تهران: انتشارات شهر آب. (سال انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۳).
- کاوایانی، ح.، و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۱۴۰-۱۳۶.
- مشاوری، ا. (۱۳۸۱). بررسی تأثیر درمان گروهی شناختی - رفتاری بر علایم هراس اجتماعی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه اصفهان. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان*.

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (Revised 4th ed)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beidel, D.C., Morris, T.L., & Turner, M.W. (2005). Social Phobia. In: Morris TL, March JS (eds). *Anxiety disorders in children and adolescents*. 2th ed. (PP. 141-163). New York: Guilford.
- Bruce, S.E., Yonkers, K.A., Otto, M.W., Eisen, J.L., Weisberg, R.B., Pagano, M, et al. (2007). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal Psychiatry*, 162, 79-87.

- Clark, D. B., Feske, U., Masia, C. L., Spaulding, S. A., Brown, C., Mammen, O., & Shear, M. K. (1997). Systematic assessment of social phobia in clinical practice. *Depression and Anxiety*, 6, 47-61.
- Davidson, J.R.T., Miner, C.M., De Veugh-Geiss, J., Tupler, L.A., Colket, J.T., Potts, N.L. (1997). The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 27, 161-166.
- Ellis, D.M., & Hudson, J.L. (2010). The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(4), 151-163.
- Fisher, P.L., & Wells, A. (2008). Meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 117-132.
- Flavell, J.H. (1979). Meta-cognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Furmark, T. (2006). Social phobia: Overview of community surveys. *Journal Clinical Psychiatry*, 105, 84-93.
- Kessler, R.C., Berglund, P., & Demler, O. (2008). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 62, 593-602.
- Lydiard, R.B. (2005). Social anxiety disorder: Comorbidity and its implications. *Journal Clinical Psychiatry*, 62, 17-23.
- Moses, L.J., & Baird, J.A. (2002). Meta-cognition. In R. A. Wilson & F.C. Keil (Eds.), *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. 1th ed. (PP.96- 116). Cambridge, MA: MIT Press.
- Reich, J., Hofmann, S.G. (2008). State personality disorder in social phobia. *Journal Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 16, 139-144.
- Rheingold, A.A., Herbert, J.D., & Franklin, M.E. (2003). Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 6(2), 639-655.
- Ross, K.E., & Van Koesreld, L. (2008). An open trail of group meta-cognitive therapy for Obsessive-Compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 451-458.
- Spada, M.M., Caselli, G., Manfredi, C., Rebecchi, D., Rovetto, F., Ruggiero, G.M, Nikcevic, A.V., & Sassaroli, S. (2012). parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *Behavioral cognitive psychotherapy*, 38(5), 629-637.
- Spada, M.M., Georgiou, G., & Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, intentional control and social anxiety. *Cognitive behavioral therapy*, 39(1), 64-71.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorder and meta-cognition: Innovative cognitive therapy*. 1th ed. chic Hester: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression*. 1th ed. The guild ford press London.
- Wells, A., & King P. (2006). Meta-cognitive therapy for generalize anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-612.
- Wells, A., & Mathews, G. (1996). Attention and emotion. A Clinical Perspective. Hove, UK: Lawrence Erlbaum & Associates.
- Wittchen, H.U., & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *American Journal Psychiatry*, 417, 4-18.
- Wittchen, H.U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2003). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: Findings from a controlled study. *Behavior Research Therapy*, 15(3), 46-58.