

اثر بخشی گروه درمانی فراشناختی ولز بر علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

سبما صفی‌خانی قلی‌زاده^۱
آرمین محمودی^۲
علیرضا مارذپور^۳

چکیده

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثر بخشی درمان فراشناختی ولز بر علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گردید. طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه‌های شهر گچساران بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۰۰ نفر از دانشجویان به کمک پرسشنامه اضطراب اجتماعی بررسی شدند. سپس از بین کسانی که نمره اضطراب شان دو انحراف معیار بیشتر از میانگین بود، ۶۰ نفر بصورت تصادفی انتخاب و در گروه‌های ۳۰ نفری آزمایش و شاهد به شکل تصادفی قرار داده شدند. پرسشنامه اضطراب اجتماعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه‌ها اجرا شد. پس از اجرای ملاحظات اخلاقی (رضایت آگاهانه، تمایل، رازداری)، گروه آزمایش تحت درمان فراشناختی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. نتایج به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس و با به کارگیری نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد، بین دو گروه در تمامی مولفه‌ها در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). با توجه به شاخص‌های توصیفی، نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته‌است. این امر در مورد مولفه‌های پژوهش در پیگیری هم صدق می‌کرد. لذا درمان فراشناختی به صورت معناداری باعث بهبود علائم اختصاصی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و پایداری نتایج درمان در پیگیری شده‌است. نتایج حاکی از بهبود علائم بیماران در پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه بود. با توجه به نتایج مرحله پس‌آزمون به نظر می‌رسد درمان گروهی فراشناختی ولز در کاهش علائم اختصاصی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی ولز، دانشجویان دختر، اختلال اضطراب اجتماعی

۱. گروه علوم تربیتی و روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.
۲. گروه علوم تربیتی و روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران. (نویسنده مسئول: Dehlidena@yahoo.com)
۳. گروه علوم تربیتی و روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران.

مقدمه

ذات زندگی اجتماعی، زیستن در کنار دیگران و معاشرت با مردم است. آنچه زندگی آدمی را شکل می‌دهد روابط میان انسانها است. اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (SAD) که با نام هراس اجتماعی نیز شناخته می‌شود، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی جامعه است. در دو دهه اخیر، حجم زیاد تحقیقات به عمل آمده منجر به ابداع راهبردهای درمانی مؤثری برای درمان این اختلال تضعیف‌کننده شده است (چینی فروشان، ۱۳۹۰). این اختلال که از طریق مشخصه‌ی ترس از مشاهده و ارزیابی توسط دیگران شناخته می‌شود، به‌عنوان یک اختلال از طبقه اختلال‌های اضطرابی، یکی از رایج‌ترین و مزمن‌ترین اختلالات روانی با شروع زودرس و دوره‌ای مداوم، شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی و سومین اختلال روانی از نظر شیوع در بین جمعیت عمومی است (سونگ، پورترا، راییناف، مارکز، مارکوئیز، اتو، ۲۰۱۲). شیوع کلی این اختلال تقریباً ۱۳ درصد است و در جایگاه سوم اختلال‌های روانپزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار دارد (نیکلسون^۲، ۲۰۰۸).

شروع اختلال اضطراب اجتماعی به طور معمول در سن ۱۰ سالگی و حداکثر اوایل دهه‌ی بیست می‌باشد. در حدود ۵۰ درصد موارد اختلال اضطراب اجتماعی در سن ۱۳ سالگی و ۹۰ درصد زمان شروع تا رسیدن به سن ۲۳ سالگی می‌باشد. این اختلال همچنین یکی از سخت‌ترین اختلالات اضطرابی نسبت به درمان می‌باشد و کمترین اثر درمانی را نسبت به سایر اختلالات اضطرابی هم در بزرگسالان و هم در کودکان نشان داده است (ریپی، مک‌لئود، کارپنتر، گاستون، فری و پیترز^۳، ۲۰۱۳). برخلاف سایر اختلالات اضطرابی که در آنها فرد قادر به اجتناب و رزیدن از موقعیت‌های اضطراب‌آور است، افراد دچار اضطراب اجتماعی به اجبار با موقعیت‌هایی اجتماعی مواجه می‌شوند که واکنش اضطرابی آنها را به طور روزمره تحریک می‌کنند و کیفیت زندگی‌شان را تحلیل می‌برند (کالوت، اوروئه، کامارا و هانکین^۴، ۲۰۱۳؛ کالوت، اوروئه و هانکین، ۲۰۱۳؛ روم، ملی، ثورسن، آندریسن و روزبرگ^۵، ۲۰۱۲؛ سونگ^۶ و همکاران، ۲۰۱۲).

اضطراب اجتماعی یک اختلال بسیار ناتوان‌کننده است که می‌تواند بسیاری از جنبه‌های زندگی فرد را مختل کند و در موارد شدید می‌تواند کیفیت زندگی فرد را به شکل چشمگیری کاهش دهد و از بسیاری از موقعیت‌های اجتماعی مانند موقعیت‌های شغلی و تحصیلی خود صرف نظر کند. مطالعات پیوسته نشان داده‌اند که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی به طور معناداری کاهش می‌یابد (باررا، ۲۰۰۹). ونگ، سارور و بیدل^۸ (۲۰۱۲) اظهار می‌دارند که اضطراب اجتماعی اختلال در عملکرد شغلی، اجتماعی و تحصیلی، اختلال در روابط رمانتیک و عاشقانه، حمایت اجتماعی پایین و شبکه‌ی اجتماعی ضعیف، اختلال زناشویی بیشتر و افزایش خطر سوءمصرف مواد را به همراه دارد. همسو با این توصیفات این افراد کیفیت زندگی بسیار پایین‌تری را تجربه می‌کنند. همچنین افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی به واسطه‌ی عدم استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان و نقص در آن و

1. Social Anxiety Disorder

2. Sung, Portera, Robinaugh, Marks, Marques, Otto. et al

3. Nicholson

4. Rapee, MacLeod, Carpenter, Gaston, Frei, Peters.

5. Calvete, Arue, Cámara, & Hankin,

6. Romm, Melle, Thoresen, Andreassen & Rossberg.

7. Sung

8. Wong, Sarver & Beidel.

در نتیجه باورهای منفی راجع به کارایی خود دارای کیفیت زندگی ضعیفی می‌باشند. درمان هراس اجتماعی در دو طبقه درمان‌های دارویی و غیردارویی قرار می‌گیرد. درمان دارویی شامل: مهارکننده‌های انتخابی باز جذب سروتونین، مهارکننده‌های مونوآمینو اکسیداز و بنزودیازپین‌ها می‌باشد و درمان مطرح دیگر درمان‌های روانشناختی شامل: رفتاری - شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مواجهه‌ای و آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌باشد (شایگان‌منش، ۱۳۹۵). مهمترین مسأله‌ای که از مطالعات اضطراب اجتماعی برداشت می‌شود اهمیت قابل توجه تشخیص و درمان زودهنگام است. در دو دهه‌ی اخیر حجم زیاد تحقیقات به عمل آمده منجر به ابداع راهبردهای درمانی مؤثری برای درمان این اختلال تضعیف‌کننده شده‌است. بنابراین در حال حاضر مطالعه کارایی و تداوم تأثیر درمان‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار می‌باشد (سلگی، ۱۳۹۳).

در حوزه درمان‌های جدیدتر روان‌شناختی، نخستین بار ولز و متیوس^۱ (۱۹۹۴) با ترکیب رویکرد طرح‌واره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۲ (S-REF) جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند. درمان فراشناختی که کمتر از دو دهه از عمر آن می‌گذرد به انقلابی در درمان اختلالات هیجانی منجر شده‌است. در جریان رشد و بالندگی درمان‌های شناختی رفتاری، زمانی فرا رسید که پژوهش‌ها نشان داد در درمان باید به‌جای محتوا، به فراشناخت‌هایی پرداخت که پردازش محتوا را مدیریت می‌کنند. به این ترتیب فنون فراشناختی ابداع شد. این فنون در قالب ساختارها و فرایندهای درمان‌شناختی رفتاری کلاسیک اجرا می‌شوند ولی به‌جای تأکید بر تغییر محتوای شناخت‌ها به فراشناخت‌ها می‌پردازد (ولز، ترجمه محمد خانی، ۱۳۹۲). ولز (۲۰۰۰) عنوان می‌کند افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارای باورهای فراشناخت معیوب هستند که موجب بروز و تداوم اختلال می‌شود. باورهای فراشناختی پیش‌بینی‌کننده تجربه‌ی احساسات منفی مانند اضطراب و افسردگی هستند.

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند باورهای فراشناختی منفی در مورد غیرقابل کنترل بودن و خطر نگرانی به‌طور معناداری ممکن‌است پیش‌بینی‌کننده‌ی افسردگی و اضطراب باشد که بهزیستی ذهنی و بهداشت روان را در معرض آسیب قرار می‌دهد. در واقع بین باورهای فراشناختی و علایم افسردگی، اضطراب و تنش رابطه‌ی مثبت و معنادار وجود دارد (پورنامداریان، ۱۳۹۱). مطالعات چندی کارایی درمان فراشناختی را بر علائم اختلال اضطراب اجتماعی آزموده‌اند (ولز، ۲۰۰۷). ولز و پایاجورجیو^۳ (۲۰۰۱) درمان فراشناختی را که بیشتر بر S-REF متمرکز بود، در ۶ فرد دارای اختلال اضطراب اجتماعی با نتایج امیدبخش آزمایش کردند. درمان بر اساس مدل فراشناختی که قبلاً تشریح شده کوتاه شد (ولز و متیوس، ۱۹۹۴). این درمان شامل ضبط افکار نبود و چالش با رفتارهای ایمنی کمتر بود و بر توجه متمرکز بر خویش بیشتر تأکید می‌شد. این درمان بر طبق پروتکل اصلی بازخورد ویدئویی داشت. به‌علاوه به مقابله با نگرانی و نشخوار فکری پرداخت و آزمایش‌های رفتاری را که باورها و پیش‌بینی‌های منفی را به چالش می‌کشیدند دربر داشت. درمان زمانی خاتمه یافت که تغییر خاصی در توجه متمرکز بر خویش شرکت‌کنندگان حاصل می‌شد. شرکت‌کنندگان به مدت ۶ ماه جلسات فردی ۶۰ دقیقه‌ای هفتگی داشتند. نتایج حاکی از آن بود که این نوع درمان در کاهش معیارهای خودگزارش‌شده اضطراب اجتماعی، سطح باورها، خودآگاهی و افسردگی مؤثر بود. در پژوهش

1. Wells & Matthews
2. Self-Regulatory Executive Function Model
3. Wells & Papageorgiou.

وندرهیدن و ملکیور و استیگر^۱ (۲۰۱۴) به بررسی تأثیر درمان فراشناختی و درمان عدم تحمل ابهام در اختلال اضطراب منتشر پرداختند و به این نتیجه دست یافتند که هم درمان تحمل ابهام و هم درمان فراشناختی به میزان زیادی اضطراب منتشر گروه آزمایش را کاهش داد ولی از میان این دو درمان، درمان فراشناختی در کاهش علائم اختلال اضطراب منتشر موثرتر بود (به نقل از نویدر، ۱۳۹۴). نیکولین، آمولد، ون و نکسمدین^۲ (۲۰۱۴) تحقیقی پیرامون اثربخشی MCT بر اضطراب و افسردگی انجام دادند. تحقیقی جامع در زمینه ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که از ۱۶ پژوهش منتشرشده و منتشرنشده در مورد اثربخشی MCT، ۹ مورد پژوهش‌ها، آزمایشات کنترل‌شده بودند و با استفاده از یک مدل تصادفی مورد بررسی قرار گرفتند. یافته‌ها و نتایج حاصل از این تحقیق نشان داد که MCT در مقایسه با گروه کنترل در مقایسه با گروه کنترل و گروه CBT در درمان اختلالات اضطراب و افسردگی موثر است. اگرچه یافته‌های اخیر بدلیل اندازه کوچک نمونه و تعداد محدود شرایط کنترل باید با احتیاط تفسیر شود. دو پژوهش داخلی نیز اثربخشی الگوی ولز بر برخی علائم اختلال اضطراب اجتماعی را تایید کرده‌اند (بهادری، ۱۳۹۰؛ محمودی، ۱۳۸۹).

بنابر آنچه گفته شد از آنجا که یافتن شیوه‌های درمان کوتاه مدت مؤثر از جمله ضرورت‌های پژوهش می‌باشد و شیوه‌های درمانی مبتنی بر مدل فراشناخت نیز جزء درمان‌های کوتاه مدت به‌شمار می‌آیند، انجام پژوهشی برای بررسی اثربخشی و به‌ویژه ماندگاری اثر این شیوه‌های درمانی دارای اهمیت است. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تاثیر و تداوم تاثیر گروه درمانی فراشناختی بر علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه‌های شهر گچساران است.

روش پژوهش

طرح این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد اجرا شد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه دانشجویان دختر دانشگاه‌های شهر گچساران بود که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند^۳ ۳۰۰ نفر از دانشجویان به کمک پرسشنامه اضطراب اجتماعی بررسی شدند. سپس کسانی که نمره اضطراب‌شان دو انحراف معیار بیشتر از میانگین بود، جدا شده و از بین آنان با در نظر گرفتن احتمال افت شرکت‌کننده‌ها، ۶۰ نفر بصورت تصادفی انتخاب و در گروه‌های ۳۰ نفری آزمایش و شاهد به شکل تصادفی قرار داده شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بودند از: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال اضطراب همچنین تکمیل پرسشنامه سنجش علائم اضطراب اجتماعی، عدم دریافت هیچ‌گونه درمان اعم از روان‌شناختی و دارویی (حداقل یک ماه قبل از انجام پژوهش)، عدم وجود سایر اختلالات روانی، نداشتن سوء مصرف مواد و شرط سنی (داشتن حداقل ۱۷ و حداکثر ۲۵ سال). پرسشنامه اضطراب اجتماعی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای گروه‌ها اجرا شد. پس از اجرای ملاحظات اخلاقی (رضایت آگاهانه، تمایل، رازداری)، گروه آزمایش تحت درمان فراشناختی قرار گرفت و گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکرد. کاربندی آزمایش در این تحقیق اعمال درمان فراشناختی بر گروه آزمایش بود. مداخله فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس مدل درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۲) برای اختلالات اضطرابی و مشتمل بر ده جلسه

1. Vander Heiden, Melchior & stiger.
2. Normann, Arnold, Van and Nexhmedin
3. purposeful sampling.

۲ ساعتی بود. پس از ریزش نهایی در پس‌آزمون، در گروه آزمایش ۲۶ نفر و در گروه کنترل ۲۷ نفر باقی ماند. نتایج به دست آمده با استفاده از آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

خلاصه‌ای از جلسات روان‌درمانی به‌شیوه فراشناخت

جلسات	خلاصه‌ای از شرح جلسات
جلسه اول	شامل معارفه، معرفی اختلال اضطراب اجتماعی، تفکیک اضطراب اجتماعی نرمال و مشکل آفرین و مسئله ساز برای بیماران، مشخص کردن ضرورت درمان برای بیماران. بررسی علائم اضطراب، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی.
جلسه دوم	بررسی درمان‌های مختلف برای اختلال اضطراب اجتماعی، ارائه توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای اختلال اضطراب اجتماعی. تدوین فرمول بندی درمان، معرفی مدل و آماده سازی، انجام پیش‌آزمون.
جلسه سوم	بررسی باورهای مثبت و منفی فراشناختی، راهبردهای کنترل فراشناختی، مزایا و معایب این باورها و راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده، مورد تحلیل قرار گرفته و در نهایت راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر جایگزین شد.
جلسه چهارم	آشناسازی بیماران با سندرم توجهی - شناختی که نوعی سبک تفکر تکرار شونده به صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مانند سرکوب فکر، اجتناب) می باشد، پیامدهای آن و همچنین نقش آنها در تداوم اختلال‌های روانی.
جلسه پنجم	تکنیک آموزش توجه، منطق تکنیک، ارزیابی اعتبار تکنیک، درجه بندی توجه معطوف به خود، رهنمودهای اساسی برای آموزش تکنیک توجه و دریافت بازخورد از بیماران صورت گرفت.
جلسه ششم	شامل کاربرد تکنیک‌های ذهن آگاهی گسلیده (فاصله گرفتن از ذهن آگاهی) در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی و همچنین هدف‌های ذهن آگاهی گسلیده، عناصر آن، مدل پردازش اطلاعات ذهن آگاهی گسلیده بود.
جلسه هفتم	چهارتا از ده تکنیک ذهن آگاهی (شامل هدایت فراشناختی، تکلیف تداعی آزاد، تکلیف تجسم پلنگ، آزمایش سرکوبی - عدم سرکوبی) به شرکت کنندگان آموزش داده شد.
جلسه هشتم	شامل آموزش سه تکنیک دیگر از ده تکنیک ذهن آگاهی گسلیده (شامل: استعاره‌ی ابرهای گذرا، استعاره‌ی کودک متمرده، استعاره‌ی قطار مسافری) بوده است.
جلسه نهم	سه تکنیک باقیمانده (حلقه‌ی کلامی، گسستگی: مشاهده کردن خود و تکنیک خیالپردازی) به شرکت کنندگان آموزش داده شد.
جلسه دهم	شامل آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها و تکنیک‌ها، علت یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری و انجام پس‌آزمون بوده است.

ابزار پژوهش

پرسشنامه اضطراب اجتماعی^۱ (SPI): پرسشنامه هراس اجتماعی در سال ۲۰۰۰ توسط کانور و همکارانش به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی طراحی شد. پرسشنامه مذکور سه حیطه بالینی هراس اجتماعی یعنی ترس، اجتناب و علائم فیزیولوژیکی این اختلال را می‌سنجد. از مزیت‌های این پرسشنامه کوتاه بودن و سادگی نمره‌گذاری آن است که سبب می‌شود بتوان از آن به سهولت و بر روی جمعیت‌های بزرگ همانند دانشجویان استفاده کرد. یکی از موارد استفاده این پرسشنامه آزمودن پاسخ به درمان در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی است. براساس نتایج به‌دست‌آمده برای تفسیر

1. Social Phobia Inventory

نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی ۸۹ درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از افراد غیرمبتلا متمایز میکند (آنتونی، ۲۰۰۶). طهماسبی مرادی، در ایران برای بررسی مقدماتی پایایی این مقیاس به منظور استفاده از آن در تحقیق خود، این مقیاس را روی ۱۲۳ نفر از دانشجویان دانشگاه بهشتی اجرا کرد و پایایی این ابزار با روش بازآزمایی ۰/۸۲ به دست آمد. همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۸۶ به دست آمد (نقل از زنجانی، ۲۰۰۹).

یافته‌های پژوهش

شرکت‌کنندگان در پژوهش ۶۰ دختر دانشجوی مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با میانگین سنی ۲۱/۱۸ بودند. کم سن‌ترین شرکت‌کننده ۱۷ و مسن‌ترین شرکت‌کننده ۲۵ ساله بودند. در بخش توصیفی، اماره‌های گرایش مرکزی میانگین و انحراف معیار مولفه‌های اضطراب اجتماعی را به تفکیک گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار اضطراب اجتماعی و مولفه‌های آن به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیرهای وابسته		گروه درمان فراشناختی						گروه کنترل	
		پیش			پیگیری			پس	
		پیش	پیگیری	پس	پیش	پیگیری	پس	پیش	پیگیری
اجتناب	M	۱۲/۹۲	۷/۶۹	۸/۰۷	۱۳/۷۴	۱۱/۷۰	۱۲/۱۱		
	SD	۲/۵۲	۱/۶۱	۱/۶۲	۲/۶۳	۴/۱۱	۲/۹۱		
ترس	M	۱۱/۴۲	۳/۹۶	۵/۵۰	۱۱/۱۸	۹/۰۷	۱۲/۰۱		
	SD	۳/۱۸	۱/۱۱	۱/۴۲	۲/۹۴	۴/۲۶	۳/۴۱		
مولفه‌های اضطراب اجتماعی	M	۸/۰۳	۴/۷۳	۵/۷۶	۸/۱۸	۶/۹۶	۷/۳۳		
	SD	۱/۶۸	۱/۰۱	۰/۹۵	۰/۸۷	۲/۳۶	۲/۰۵		
کل	M	۳۲/۳۸	۱۶/۳۸	۱۹/۳۴	۳۳/۱۱	۲۷/۷۴	۳۱/۴۴		
	SD	۴/۴۰	۲/۵۴	۲/۰۳	۳/۷۳	۹/۴۱	۶/۰۷		

نتایج جدول توصیفی نشان می‌دهد که میانگین‌های دو گروه در تمام موارد و در پیش‌آزمون با یکدیگر اختلاف چندانی ندارند و در اکثر موارد اختلاف مشاهده شده ناچیز است. اما بررسی میانگین‌های سه گروه در تمام مولفه‌های اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری بیانگر آن است که میانگین‌های گروه‌های آزمایشی کاهش داشته‌است.

پس از برقراری پیش‌فرض‌های آزمون نظیر نرمال بودن و همگنی واریانس‌ها، تحلیل کواریانس چندمتغیره برای مولفه‌های اضطراب اجتماعی و به منظور مقایسه گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس ادغام‌شده مقایسه مولفه‌های اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و پیگیری:

مرحله	متغیرها	مقدار F	مجذور اتا	توان آماری	معنی داری
پس‌آزمون	اجتناب	۲۱/۷۲	۰/۳۱۲	۰/۹۹	۰/۰۱
	ترس	۳۷/۳۸	۰/۴۳۸	۱	۰/۰۱
	ناراحتی	۱۸/۱۳	۰/۲۷۴	۰/۹۸	۰/۰۱
پیگیری	اجتناب	۳۹/۴۷	۰/۴۵۱	۱	۰/۰۱
	ترس	۷۴/۴۹	۰/۶۰۸	۱	۰/۰۱
	ناراحتی	۱۰/۳۱	۰/۱۷۷	۰/۸۸	۰/۰۱

نتایج تحلیل کواریانس نشان می‌دهد، بین دو گروه در تمامی مولفه‌ها در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). با توجه به شاخص‌های توصیفی، نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته‌است. این امر در مورد مولفه‌های پژوهش در پیگیری هم صدق می‌کند. لذا درمان فراشناختی به صورت معناداری باعث بهبود علائم اختصاصی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در پس‌آزمون و پایداری نتایج درمان در پیگیری شده‌است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی ولز بر علائم اختصاصی اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج ما حاکی از بهبود علائم بیماران در پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه بود. با توجه به نتایج مرحله‌ی پس‌آزمون به نظر می‌رسد الگوی فراشناختی ولز در کاهش علائم اختصاصی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مؤثر است. از دیگر یافته‌های مهم نتایج مرحله‌ی پیگیری می‌توان به این مطلب اشاره کرد که درمان فراشناختی موجب تعمیق و پایداری تأثیرات درمان می‌شود. این نتایج با یافته‌های مطالعات مشابه خارجی (ولز، ۲۰۰۷؛ ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۱) و نمونه‌های داخلی (بهادری، ۱۳۹۰؛ محمودی، ۱۳۸۹) همسو بود.

هم‌چنانچه پیشتر اشاره شد، هدف از درمان فراشناختی افزایش نظارت و کنترل فرد بر پردازش اطلاعات و جریان پویای فکر خویش به‌خصوص در موقعیت‌های اضطراب‌آور است. با توجه به ماهیت اختلال هراس اجتماعی که با درگیری شناختی هیجانی فرد مبتلا همراه است، برنامه‌ریزی درمانی که ابتدا پردازش هیجانی را متوقف کرده و سپس به چالش فراشناختی بپردازد، می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. روش‌های درمان فراشناختی در واقع این اهداف را دنبال می‌کنند (ولز، ۲۰۰۳).

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 علائم طبیعی برانگیختگی، به آنها این فرصت را می‌دهد که به گونه‌ی مؤثر و در عین حال متفاوت از شیوه‌های شناختی صرف با باورهای ناکارآمد خود در حوزه‌ی اختلال هراس اجتماعی روبه‌رو شوند.

مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی، اغلب قبل از رویارویی با موقعیت هراس‌انگیز اجتماعی در جریان رویارویی و حتی پس از رویارویی به نشخوار فکری پیرامون عدم موفقیت خود و چگونه دیده‌شدن از دید دیگران پرداخته و همین نشخوارهای فکری باعث تداوم اضطراب در آنها می‌گردد. ضمن این که اجتناب از موقعیت‌های ترسناک در اختلالات اضطرابی، منجر به شکست در کشف مواردی می‌شود که

خطرناک نیستند. هم‌چنین، شکل‌های ظریف‌تر رفتارهای حفاظتی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی از قبیل اجتناب از خودافشاسازی در برابر طرف مقابل به‌طور منفی باعث سوگیری واکنش دیگران شده و همین امر منجر به تسلسل‌های منفی واکنش اجتماعی می‌شود (ولز، پاجورجیو، ۲۰۰۱).

در این پژوهش مانند پژوهش‌های دیگر در حوزه‌ی درمان فراشناختی سعی شد از طریق شناسایی فرآبورهای مثبت و منفی فرد در مورد نظارت همیشگی و نشخوارگونه بر علایم طبیعی برانگیختگی و آموزش‌های رفتاری، ارائه‌ی اسنادها و تصحیح شیوه‌ی توجهی، باورهای ناکارآمد فرد در مورد اضطراب مبتلایان در موقعیت‌های اجتماعی کاهش یابد. ولز معتقد است این شیوه‌ی درمانی از طریق رفع نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه‌ی فراشناختی انعطاف‌پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است، هموار می‌سازد (ولز، ۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۲).

مؤلفه مهم اجتناب و دوری کردن نیز با درمان فراشناختی کاهش یافت. در تبیین این یافته باید گفت که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تمایل دارند قضاوت دیگران را تهدیدآمیز، افراطی و به سبک فاجعه‌آمیز تعبیر کنند و به همین خاطر در صورت قرارگرفتن در موقعیت اجتماعی، از این‌که توسط دیگران به صورت منفی مورد ارزیابی قرار گیرند وحشت دارند لذا اجتناب می‌کنند. آن‌ها از دید یک مشاهده‌گر بیرونی به خود نگاه کرده و از اطلاعات درونی برای تعبیر افراطی این موضوع که از دید دیگران چگونه به نظر می‌رسند، استفاده می‌کنند (اسپوکاس^۱، ۲۰۰۷).

در درمان متمرکز بر فراشناخت، ابتدا سعی می‌شود با آموزش روش باز متمرکزسازی توجه موقعیتی، تمرکز فرد بر نشانه‌های منفی موجود در خود و دیگران کاهش یافته و سپس با کمک روش چالش با خویشستن، تفسیرهای منفی فرد در لحظه‌ای که دچار ترس می‌شود، مورد چالش قرار گیرند. در واقع، استفاده از روش چالش با خود، قبل از برخورد با موقعیت و پس از آن انجام می‌گیرد و در حین رویارویی فرد با موقعیت، از روش انتخاب احتمالات مثبت‌تر و خودگویی کلامی مثبت استفاده می‌شود. استفاده از این روش فقط یک تلقین مثبت نیست زیرا فرد قبلاً با خود در مورد آن‌ها به‌صورت مفصل چالش کرده و آنها را به صورت منطقی پذیرفته است. بنابراین، درمان فراشناختی باعث کاهش شدت ترس از ارزیابی منفی دیگران در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی می‌شود و میزان اجتناب و آشفتگی آنها را نیز کاهش می‌دهد. نکته‌ی دیگری که از نتایج به چشم می‌خورد ثبات بهبودی در مرحله‌ی پیگیری درمان است. از آنجا که نتایج درمان در پیگیری نیز بر قوت خود پایدار بود می‌توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی، به بیماران کمک کرده است که رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشد و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می‌گردد را تغییر دهند. ضمن اینکه به بیماران تکنیک‌هایی یاد داده شد که در آینده و در صورت هجوم ترس‌ها و ناراحتی‌ها با به‌کارگیری این تکنیک‌ها با آنها مقابله کنند.

محدودبودن دامنه تحصیلی شرکت‌کنندگان پژوهش و همچنین دامنه سنی ۱۷ تا ۲۵ سال در این پژوهش، می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌های تحقیق را به نمونه‌های خارج از این دامنه محدود سازد. همچنین وجود مرحله پیگیری کوتاه مدت می‌تواند از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر باشد و نهایتاً به دلیل کمی تعداد تحقیقات مرتبط، امکان مقایسه با سایر پژوهش‌ها کمتر بود. به عنوان پیشنهاد پژوهشی، می‌توان درمان دارویی نیز در کنار درمان فراشناختی برای مبتلایان استفاده کرد و اثر بخشی ترکیبی آنها را مورد سنجش قرار داد. همچنین به علت شیوع این اختلال در سالمندان، یک پژوهش مستقل بر روی این گروه سنی انجام داد.

سپاسگزاری: این مقاله بخشی از رساله‌ی دکترا نویسنده اول است. بدین‌وسیله از شرکت‌کنندگان در پژوهش سپاسگزاری می‌کنیم.

منابع

- بهادری، مرضیه، جهانبخش، مرضیه و جمشیدی، آذر، عسکری، کریم (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم اضطراب در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال دوازدهم، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۰، پیاپی ۴۶.
- پورنامداریان، سپیده (۱۳۹۱). تبیین سهم باورهای فراشناختی در پیش‌بینی علائم افسردگی، اضطراب و استرس در پرستاران، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، سال سیزدهم، شماره: ۳، پاییز ۱۳۹۱. سلگی، زهرا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی و تداوم تأثیر درمان فراشناختی و طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر کاهش علائم، کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. پایان‌نامه دکترا، روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور.
- چینی‌فروشان، عباس (۱۳۹۰). ساخت و اعتباریابی برای سنجش اضطراب امتحان در دانش‌آموزان پایه‌ی سوم دوره راهنمایی اهواز. فصلنامه علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، دوره سوم، شماره‌های ۳ و ۴: ۶۱-۷۴.
- شایگان‌منش، زهرا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر علائم اضطراب اجتماعی. پایان‌نامه دکترا رشته روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- محمودی، محمد (۱۳۸۹). بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت متمرکز بر فراشناخت بر علائم اختلال هراس اجتماعی، بررسی تک‌آزمودنی، مجله اصول بهداشت روانی، ۱۲(۴۷)، ۴۱-۶۳.
- نویدر، علیرضا (۱۳۹۴). اثربخشی درمان فراشناختی بر تغییر باورهای فراشناختی و افسردگی و اضطراب بیماران ترکیبی افسرده و اضطراب، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز.
- ولز، آدریان (۲۰۰۹). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی، ترجمه شهرام محمدخانی، (۱۳۹۲)، چاپ دوم، تهران، انتشارات وراي دانش.

- Antony MM, Coons MJ, McCabe RE, Ashbaugh A, Swinson RP. Psychometric properties of the social phobia inventory: Further evaluation. *Behav Res Ther* 2006; 44: 1177-85.
- Barrera, T. L., & Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1086-1090.
- Calvete, E., Orue, I., & Hankin, B. L. (2013). Early maladaptive schemas and social anxiety in adolescents: The mediating role of anxious automatic thoughts. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 278- 288.
- Calvete, E., Orue, I., Cámara, M., & Hankin, B. L. (2013). A longitudinal test of the vulnerability-stress model with early maladaptive schemas for depressive and social anxiety symptoms in adolescents, Submitted for publication.
- Hartman, L. M. (1983). A metacognitive model of social anxiety: Implications for treatment. *Clinical Psychology Review*, 3(4), 435-456.
- Nicholson, C. (2008). What to do about social anxiety disorder. *Harverd Women's Health Watch*, 16, 4.
- Nicoline Normann, Arnold A. P. Van Emmerik, and Nexhmedin Morina. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Depression*

- and Anxiety, 31:402–411
- Rapee, R. M., MacLeod, C., Carpenter, L., Gaston, J. E., Frei, J., Peters, L., et al. (2013). Integrating cognitive bias modification into a standard cognitive behavioral treatment package for social phobia: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 51,207-215.
- Romm, K.L., Melle, I., Thorsen, C., Andreassen, O.A., & Rossberg, J. I. (2012). Severe social anxiety in early psychosis is associated with poor premorbid functioning, depression, and reduced quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 434-440.
- Spokas ME, Rodebaugh TL, Heimberg RG. Cognitive biases in social phobia. *J Psychiatry* 2007;6: 204-10.
- Sung, S. C., Portera, E., Robinaugh, D. J., Marks, E. H., Marques, L.M., Otto, M. W., et al. (2012). Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: An examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 435– 441.
- Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behav Res Ther* 2001; 39: 713-20.
- Wells A. Anxiety disorders, metacognition and change. In: Leahy RL. (editor). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford; 2003: 69-88.
- Wells, A. (1995). Meta- Cognitive and worry: A Cognitive model of generalize anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1999). A Cognitive model of generalize anxiety disorder. *Behavior Modification* 23, 526-530.
- Wells, A. (2007). Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(1), 18-25.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 899–913.
- Wong, N., Sarver, D. E., & Beidel, D. C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 50-57.
- Zanjani Z, Goudarzi MA, Taghavi MR, Molazadeh J. [Comparing the body sensation and social skills of shyness, social phobia and normal individuals]. *Psychological studies* 2009; 16: 27-44.