

## اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی و اعتماد شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی

تاریخ دریافت: ۹۰/۳/۹

تاریخ پذیرش: ۹۰/۱۰/۱۱

محمدحسین بهادری\*، مرضیه جهان‌بخش\*\*، محمدباقر کجباف\*\*\*، سالار فرامرزی\*\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** هراس اجتماعی نوعی اختلال اضطرابی است که به عنوان ترس شدید و مزمن از موقعیت‌هایی که باعث تحقیر و خجالت زدگی می‌شود، توصیف شده است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله فراشناختی بر علائم باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام شد.

**روش:** این پژوهش تجربی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد اجرا شد. از میان بیماران اختلال هراس اجتماعی مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر شیراز در سال ۱۳۸۹، ۱۹ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۱۰ نفر) و شاهد (۹ نفر) جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون که با استفاده از پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی و پرسشنامه فراشناخت به عمل آمد، گروه تجربی طی ۸ جلسه هفتگی درمان فراشناختی ولز قرار گرفت. در حالیکه گروه شاهد مداخله دریافت نکرد. پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماه) با همان ابزار انجام گرفت.

**یافته‌ها:** از آنجا که کسب نمره بیشتر در باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین نشان از شدت این علائم در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی دارد، میانگین این نمرات در گروه مداخله در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه شاهد به میزان معنی‌داری پایین‌تر بود. یافته‌های تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش علائم باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی گروه آزمایش تأثیر معناداری دارد. **نتیجه‌گیری:** این مداخله بر ارتقای مهارت‌های انطباقی کارآمد و انعطاف‌پذیر از طریق فرایندهای فراشناختی و تأثیر آن در کاهش علائم باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تأکید می‌نماید. **واژه‌های کلیدی:** مداخله فراشناختی، اختلال هراس اجتماعی، باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی پایین

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

mh\_bahadori@yahoo.com

\* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

m\_jahanbakhsh63@yahoo.com

\*\* کارشناس ارشد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

m.b.kaj@edu.ui.ac.ir

\*\*\* دانشیار، گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

\*\*\*\* استادیار، گروه کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

اختلال هراس اجتماعی (اضطراب اجتماعی) از طریق مشخصه ترس از مشاهده و ارزیابی توسط دیگران شناخته می‌شود [۱]. در موقعیت‌های اجتماعی افراد مبتلا به هراس اجتماعی از اینکه چیزی بگویند یا عملی انجام دهند که توجه منفی دیگران را به خود جلب کند، بیمناکند [۲]. هراس اجتماعی یک اختلال اضطرابی مزمن است که مشخصه آن ترس از شرم‌منده شدن در موقعیت‌های اجتماعی و به تبع آن اجتناب از این موقعیت‌ها می‌باشد. این بیماری می‌تواند باعث ایجاد محدودیت در شیوه زندگی شده و به طور معناداری تصمیمات مهم زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و در اغلب موارد باعث از دست رفتن بسیاری از فرصت‌های مهم برای بیمار گردد [۳]. تحقیقات نشان داده‌اند که سن شروع این اختلال در حدود ۱۵ سالگی و ۹۰ درصد بیماران سن شروع را قبل از ۲۵ سالگی گزارش نموده‌اند [۴، ۵]؛ 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 [۵]. در بزرگسالان این اختلال در زنان شایع‌تر است، اگرچه بزرگسالان گزارش می‌دهند که علائم این اختلال را از کودکی تجربه نموده‌اند ولی در کودکان شیوع این اختلال در هر دو جنس یکسان است [۶]. معمولاً این اختلال به دوره‌ای درازمدت از ناتوانی می‌انجامد [۷] و مبتلایان به این اختلال از آسیب‌های چشمگیری در کارهای روزانه، روابط اجتماعی و شغلی رنج می‌برند [۸، ۹]. پیش‌بینی شده است که ۵۰ تا ۸۰ درصد مراجعان مبتلا به این اختلال حداقل یک اختلال روانی دیگری نیز دارند [۱۰]. هراس اجتماعی با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی و وابستگی به الکل [۵، ۱۱] و گستره‌ای از اختلالات شخصیت به ویژه اختلال شخصیت اجتنابی [۱۲] همراه است. از این رو این اختلال در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است [۴]. ظهور نظریه‌های شناختی در آسیب‌شناسی روانی به افزایش علاقه به ویژگی‌های شناخت و تنظیم آن منجر گردیده است. در حوزه درمان‌های جدیدتر روان‌شناختی، نخستین بار ولز<sup>۱</sup> و متیوس<sup>۲</sup> با ترکیب رویکرد

طرحواره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی<sup>۳</sup> را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی<sup>۴</sup>، جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند. اصطلاح فراشناخت عبارت است از هر نوع دانش یا فرایند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد [۱۳]. درمان فراشناختی به ویژه به منظور رفع نواقص شناختی- رفتاری<sup>۵</sup> ظهور پیدا کرد. به عقیده ولز، شناخت درمانی با توجه به این نظر که افکار منفی در اختلال‌های هیجانی از فعالیت باورهای ناکارآمد منتج می‌شوند، بیشتر روی منشأ محتوای افکار تأکید دارد، ولی در مورد این که چگونه این افکار شکل می‌گیرد و یا چه ساز و کاری این تفکرات ناکارآمد را برجسته می‌سازد تلاشی صورت نگرفته است [۱۴، ۱۵]. لذا برای فهم فرآیندهای تفکر لازم است که بر باورهای فرد درباره‌ی تفکر، راهبردهای فردی در مورد کنترل توجه و همچنین نوع باورهای فراشناختی<sup>۶</sup> او تأکید نماییم. آنچه در درمان فراشناختی مورد تأکید قرار می‌گیرد عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدنی [۱۶]. در بیشتر درمان‌های صورت گرفته برای اختلال هراس اجتماعی بیشتر به محتوای فکر و رفتارهای اجتنابی (مانند، درمان رفتاری- شناختی، شناخت درمانی و رفتار درمانی) توجه شده است، در حالیکه بیشتر اختلالات اضطرابی (اضطراب اجتماعی) علاوه بر موارد ذکر شده در فرایند پردازش اطلاعات مانند راهبردهای کنترل فراشناختی و باورهای مثبت و منفی فراشناختی نیز اختلال دارند [۱۷]. باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی، باورهایی هستند که به اعتقادات مثبت فرد در مورد کارآمدی شیوه‌های مقابله‌ای مبتنی بر نگرانی مربوط می‌شود در حالیکه این شیوه‌ها ناسازگار هستند. به طور مثال، نگرانی به این معنا است که آماده‌ام و اگر نگران باشم بهتر می‌توانم با خطرات مقابله کنم [۱۸]. همچنین منظور از اعتماد شناختی پایین، عدم اعتماد فرد به حافظه و توجه خود، به عنوان فرایندهای

2- Matthews

3- meta cognitive model

4- self-regulatory function model

5- cognitive behavioral therapy

6- thoughts contain

7- metacognitive beliefs

1- Wells

دانستند. همچنین ولز، ولفورد<sup>۵</sup>، کینگ<sup>۶</sup>، پاپاجوریو<sup>۷</sup>، وایزلی وایزلی و مندل<sup>۸</sup> [۲۹] تأثیر درمان فراشناختی را در بهبود علائم اضطراب فراگیر قابل توجه دانستند و بهر<sup>۹</sup>، دی مارکو<sup>۱۰</sup>، هکلر<sup>۱۱</sup>، مولمن و استاپلز<sup>۱۲</sup> [۳۰] و ایس و هاسون [۳۱] هم درمان فراشناختی را درمان مؤثری در زمینه اختلالات اضطرابی معرفی نموده‌اند. علیرغم شیوع گسترده اختلال هراس اجتماعی یا به صورت همزمان با سایر اختلالات روانی و اهمیت تأثیر منفی افکار و باورهای فراشناختی ناکارآمد مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی بر تداوم و شدت این اختلال، تاکنون پژوهشی در این زمینه انجام نشده است. بنابراین، مطالعه حاضر با هدف اثربخشی الگوی فراشناختی ولز بر کاهش علائم باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و علائم اعتماد شناختی پایین در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام شده است.

#### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش از دسته طرح‌های تجربی است که به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه است که در آن از دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شده است. متغیر مستقل درمان فراشناختی که طی ۸ جلسه به صورت هفتگی انجام شد و نمرات علائم فراشناختی باورهای مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شد.

**آزمودنیها:** جامعه این پژوهش شامل کلیه افراد بزرگسال شهر شیراز بود که به فراخوان محقق در مورد درمان علائم هراس اجتماعی پاسخ داده بودند. ابتدا یک اطلاعیه در مورد برگزاری درمان روی علائم هراس اجتماعی (علائم با جزئیات در اطلاعیه ذکر شده بود) در کلیه کلینیک‌های روان‌شناختی شهر شیراز پخش گردید. سپس از میان افراد مراجعه کننده به این مراکز روان‌شناختی در تابستان ۱۳۸۹، ۲۰ داوطلب که طی مصاحبه بالینی با روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های

شناختی می‌باشد که به عنوان مؤلفه‌ها و راهبردهای ناسازگار فراشناختی مطرح هستند [۱۹، ۲۰]. تحقیقات مختلف نشان دادند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناخت با اختلالات روان‌شناختی رابطه وجود دارد [۱۵]. هادسون و ایس<sup>۱</sup> [۲۱] نشان دادند که نگرانی یکی از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی است که به ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی مرتبط می‌باشد. با توجه به این ارتباط می‌توان احتمال بر این داد که یکی از علت‌های اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلالات اضطرابی اثربخشی درمان فراشناختی روی این باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی باشد. اسپادا، کاسلی، منفردی، ریچی، رووتو، راجیرو<sup>۲</sup> و همکاران [۲۲] نیز ابعاد فراشناختی از جمله باورهای فراشناختی مثبت در زمینه نگرانی و اعتماد شناختی پایین را جزء علل به وجود آورنده اضطراب و نگرانی بر می‌شمارند. بعلاوه در مطالعه دیگری نیز تأیید شد که این ابعاد فراشناختی با اضطراب اجتماعی ارتباط معناداری دارد [۲۳]. در مطالعه فیشر<sup>۳</sup> و ولز [۲۴] فرض بر این بود که اگر مواجهه کوتاه ۵ دقیقه‌ای و جلوگیری از پاسخ به صورت یک آزمایش رفتاری شکل داده شود و باورهای فراشناختی را به چالش بطلبد، می‌تواند منجر به تقلیل اضطراب، درآمیختگی افکار و تمایل به خنثی‌سازی شود. در این تحقیق ۸ بیمار شرکت داشتند که مواجهه کوتاه مدت بر اساس مدل فراشناختی منجر به کاهش معناداری در اضطراب، ناراحتی، باورهای فراشناختی و تمایل برای خنثی‌سازی نسبت به مواجهه کوتاه مدت بر اساس روش خوگیری شد. همچنین اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال‌های روانی فراوانی تأیید شده است [۲۴]. اثربخشی این درمان بر اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال استرس پس از سانحه نیز به اثبات رسیده است [۲۵، ۲۶، ۲۷]. بنت<sup>۴</sup> و ولز [۲۸] در پژوهشی اثربخشی درمان فراشناختی را بر علائم استرس پس از سانحه بررسی نموده و کاهش علائم اضطرابی را در این اختلال معنادار

5- Welford

6- King

7- Papageorgiou

8- Wisely &amp; Mendel

9- Behar

10- DiMarco

11- Hekler

12- Mohlman &amp; Staples

1- Hudson &amp; Ellis

2- Spada, Caselli, Manfredi, Rebecchi, Rovetto,

Ruggiero

3- Fisher

4- Bennett

روانی<sup>۱</sup> و ارزیابی به وسیله پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی<sup>۲</sup> و پرسشنامه فراشناخت<sup>۳</sup> تشخیص اختلال هراس هراس اجتماعی دریافت کرده بودند، انتخاب شده و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و گواه (۱۰ نفر) قرار داده شدند.

**ابزار:**

ابزارهای این پژوهش شامل پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی و پرسشنامه فراشناخت 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 توسط مشاور<sup>۴</sup> ساخته شد. قسمتی از سؤالات آن با استفاده از ملاک‌های تشخیصی معتبر و مطالعه ادبیات مربوط به هراس اجتماعی ساخته شده‌اند. قسمت دیگری از سؤالات این پرسشنامه (۱۵ سؤال) نیز با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی دیویدسون<sup>۴</sup> [۳۳] ساخته شده‌اند. اعتبار آزمون سنجش علائم هراس اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ تعیین گردیده است [۳۲]. گزینه‌های به کار رفته در این پرسشنامه عبارتند از: «اصلاً»، «کمی»، «تاحدی»، «زیاد»، «خیلی زیاد» که به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳، ۴ برای آنها در نظر گرفته شده است.

۲- پرسشنامه فراشناخت: پرسشنامه فراشناخت توسط کارت رایت هاوتون<sup>۵</sup> و ولز [۳۴] به منظور اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی افراد در باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی و افکار مزاحم ناخوانده، بازبینی و نظارت فراشناختی و قضاوت در مورد کارآمدی شناختی طراحی شده است. این پرسشنامه ۶۵ سؤال و ۵ خرده‌مقیاس دارد. شیوه نمره‌گذاری سؤال‌ها در مقیاس لیکرت و با ۴ گزینه از موافق نیستم تا کاملاً موافقم در نظر گرفته شده است. روایی و اعتبار این پرسشنامه بررسی گردیده و با پرسشنامه اضطراب- صفت اسپیلبرگر همبستگی مثبت و معنی‌داری دارد [۳۴]. در ایران نیز ضریب همسانی درونی کل مقیاس

۰/۹۲ و خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ حاکی از اعتبار مطلوب کل خرده‌مقیاس‌های آن می‌باشد [۳۵].

**روند اجرای پژوهش:** پس از انتساب تصادفی آزمودنیها از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس گروه آزمایش بعد از اجرای پیش‌آزمون، طی ۸ جلسه هفتگی ۱ ساعته در یکی از مراکز روان‌شناختی، تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند، در حالیکه افراد گروه شاهد هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله هر دو گروه طی دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند (قابل ذکر است که در پایان مداخله یک نفر از گروه شاهد حاضر به انجام پس‌آزمون نشد و به همین علت تعداد نمونه ۱۹ نفر شد). با توجه به اینکه توان آزمون بالای ۰/۸ برای رد فرض صفر می‌باشد و این مقدار برای این مطالعه ۰/۹۹ به دست آمده می‌توان ادعا کرد که حجم نمونه کافی می‌باشد. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند، مختارند از ادامه‌ی پژوهش انصراف دهند. در پایان پژوهش نیز افراد گروه کنترل به مدت پنج جلسه تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. مداخله فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش بر اساس درمان فراشناختی ولز برای اختلال‌های اضطرابی نظیر اختلال اضطراب فراگیر، وسواس فکری عملی و استرس پس از سانحه طراحی گردیده و در دسترس می‌باشد [۱۵]. البته قابل ذکر است که تا کنون هیچ مداخله‌ی فراشناختی روی اختلال هراس اجتماعی انجام نشده است و این مداخله اولین مداخله‌ی فراشناختی است که روی این اختلال صورت می‌گیرد و با توجه به شرایط و ماهیت بیماری هراس اجتماعی و نتایج حاصل از مطالعه کیفی (مصاحبه با بیماران) در تکنیک‌های این شیوه‌ی درمانی تغییراتی داده شد تا قابل اجرا روی اختلال هراس اجتماعی باشد. البته تمام تغییرات مورد تأیید متخصصین در این حوزه بوده است. همچنین گفتنی است که درمان به وسیله یک فارغ‌التحصیل کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که ۶ ماه دوره درمان فراشناختی را دیده بود انجام گردید. در زیر خلاصه‌ای از طرح درمان فراشناختی در ۸ جلسه آمده است.

- 1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision
- 2- social phobia symptoms assessment Questioner
- 3- Metacognition Questioner
- 4- Davidson
- 5- Cartwright-Hatton

پیامدهای درگیری با علائم، آموزش تکنیک به تعویق انداختن نگرانی.

جلسه‌ی هفتم: آشنا سازی بیماران با سندرم توجهی- شناختی در تداوم اختلال‌های روانی، ارائه منطق فنون آموزش توجه و آموزش این تکنیک به بیماران.

جلسه‌ی هشتم: آموزش تکنیک متمرکز کردن توجه بر موقعیت به عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد و آماده کردن اعضا برای اختتامیه، شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علت یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری. در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه قبل تکالیف خانگی نیز داده شد.

#### یافته‌ها

شرکت کنندگان در پژوهش در دامنه سنی ۱۷ تا ۳۳ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه شاهد به ترتیب ۲۳/۴ و ۵/۲۷ و گروه آزمایش ۲۳/۲ و ۴/۳۴ بود و ۱۱ نفر از ۱۹ شرکت کننده از جنس مؤنث بودند. همه شرکت کننده‌ها تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشتند. مدت بیماری آنها از یک سال تا پنج سال بود و ۶ نفر از بیماران هم به طور متوسط یک سال سابقه مصرف دارو داشتند. بعلاوه سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی اعضای گروه آزمایش و کنترل نیز از جمله سن، جنسیت، تحصیلات و تحصیلات والدین ارزیابی شده و به کمک شاخص‌های آمار توصیفی (فراوانی و درصد توزیع) مورد مقایسه قرار گرفت. بررسی نتایج آزمون خی دو متغیری نشان داد که اعضای دو گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ویژگی‌های جمعیت شناختی ذکر شده تفاوت معنی‌داری نداشتند.

جلسه‌ی اول: معارفه، ارزیابی علائم و معرفی اختلال هراس اجتماعی، تفکیک اضطراب اجتماعی نرمال و مشکل آفرین و مسأله ساز برای بیماران، مشخص کردن نیاز و ضرورت به درمان در موقع لازم برای بیماران (چه زمانی درمان ضرورت می‌یابد؟)

جلسه‌ی دوم: ارائه منطق درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماعی، بررسی علائم اضطراب در اختلال هراس اجتماعی، بررسی علل احتمالی مؤثر در سبب شناسی اختلال هراس اجتماعی، بررسی درمان‌های مختلف برای اختلال هراس اجتماعی، ارائه توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماعی.

جلسه‌ی سوم: ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در بیماران و تحلیل مزایا و معایب این باورها.

جلسه‌ی چهارم: شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی بیماران، تحلیل مزایا و معایب راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر.

جلسه‌ی پنجم: کاربرد تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی 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).

جلسه‌ی ششم: آشنا کردن بیماران با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نگرانی و نشخوار ذهنی، تحلیل فرایند سرکوب افکار به عنوان یک فرایند ناکارآمد و آشنا سازی با

جدول (۱) میانگین و انحراف معیار نمرات علائم باورهای فراشناختی و اعتماد شناختی

متغیرها	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی	۴۸/۵	۱۲/۷۳	۵۰/۷۷	۱۳/۲۴
	۳۹/۶	۱۰/۶۵	۴۸/۶۶	۱۳/۴۲
	۳۹/۹	۱۰/۷۵	۴۹	۱۳/۴
اعتماد شناختی پایین	۲۹/۶	۶/۹۳	۲۸/۸	۵/۹۲
	۲۲	۳/۴۶	۲۸/۸۹	۵/۳۵
	۲۲/۳	۳/۲۳	۲۷/۱	۷/۹۱

نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری دارد ( $P < 0.05$ ). بعلاوه پس از گذشت ۳ ماه از اجرای طرح درمانی و پس از انجام پیگیری، مشخص شد که کاهش این علائم فراشناختی در اعضای گروه مداخله در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری ادامه داشته است ( $P < 0.05$ ).

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمرات علائم باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین در اختلال هراس اجتماعی را به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آنجا که کسب نمره بیشتر در این علائم فراشناختی نشان از شدت علائم دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری

جدول ۲) تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم باورهای فراشناختی مثبت و اعتماد شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی در دو گروه

متغیرها	مراحل	متغیرهای پژوهش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۲۳۲۴/۵۳	۱	۲۳۲۴/۵۳	۲۶۵/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۹۸
		عضویت گروهی	۲۳۱/۰۴	۱	۲۳۱/۰۴	۲۶/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۰/۹۹
		پیش‌آزمون	۲۲۶/۳۱	۱	۲۲۶/۳۱	۳۲/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱۸۰/۲۰	۱	۱۸۰/۲۰	۲۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۰/۹۳
باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی	پیگیری	پیش‌آزمون	۲۳۲۶/۶۴	۱	۲۳۲۶/۶۴	۲۶۵/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۲۳۳/۱۸	۱	۲۳۳/۱۸	۲۶/۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۶	۰/۸۹
		پیش‌آزمون	۱۹۶/۴۲	۱	۱۹۶/۴۲	۳۷/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۸
		عضویت گروهی	۱۸۰/۵۵	۱	۱۸۰/۵۵	۲۵/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۸۹

داد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمرات باورهای فراشناختی مثبت و اعتماد شناختی شرکت‌کنندگان بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0.001$ ). همچنین نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت مشاهده شده بین میانگین‌های نمرات باورهای فراشناختی مثبت و اعتماد شناختی در مرحله پیگیری نیز معنی‌دار می‌باشد ( $P < 0.001$ ). میزان تأثیر این مداخله در کاهش باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی در پیگیری ۶۶ درصد و در اعتماد شناختی پایین ۳۵ درصد بوده است. بنابراین درمان فراشناختی در کاهش باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین در مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایشی تأثیر داشته است. توان آماری ۰/۹۳ در پس‌آزمون و ۰/۸۹ در مرحله پیگیری حاکی از دقت آماری قابل قبول است.

#### بحث

اختلال هراس اجتماعی به ترس آشکار و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این باور

به منظور ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی و کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس استفاده شد. برای استفاده از این آزمون پیش‌فرض نرمال بودن توزیع و تساوی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیروویک نشان داد که نمرات در دو گروه دارای توزیع نرمال است ( $P > 0.05$ ). همچنین آزمون لون به منظور بررسی برابری واریانس‌ها نشان داد که تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود ندارد ( $F = 1.05, P > 0.05$ ). همچنین از دیگر پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل کواریانس، همسانی ماتریس کواریانس‌ها است که از آزمون باکس برای این بررسی استفاده شد که نتایج نشان داد کواریانس‌ها در دو گروه برابر هستند ( $F = 1.07, P > 0.05$ ). نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که اثربخشی درمان فراشناختی بر علائم باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین معنادار است که میزان این تأثیر در باورهای فراشناختی مثبت در پس‌آزمون ۶۲ درصد و در اعتماد شناختی پایین ۳۱ درصد است. این نتایج نشان

که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. به دلیل اینکه بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی به شیوه پردازش عینی عمل می‌کنند، ارزیابی‌های مربوط به معنای افکار مزاحم را کاملاً معتبر قلمداد می‌کنند. درمان فراشناختی از این رو مؤثر می‌افتد که موجب آگاهی بیماران از فرایند سیستم پردازش فراشناختی می‌شود و در واقع کمک می‌کند به شیوه پردازش فراشناختی بیندیشند. این امر از این رو اهمیت دارد که تأکید درمان را از توقف بر روی افکار وسواس گونه بر می‌دارد و به سمت یادگیری این موضوع هدایت می‌کند که افکار وسواس گونه و یا انواع دیگر افکار مزاحم (مربوط به هراس اجتماعی)، الزاماً به عمل ختم نمی‌شود. مثلاً در بیمارانی که افکار مربوط به اضطراب انگیزی موقعیت‌های اجتماعی دارند و در نتیجه در آمیختگی افکار بیشتری هم به چشم می‌خورد، بیمار یاد می‌گیرد که صرف افکار مربوط به هراس اجتماعی، به معنای واقعیت (واقعاً تحت نظر هستند) نیست چرا که این فقط یک فکر مزاحم است و نباید متحمل اضطراب و احساس شرم در مورد چیزی که واقعیت ندارد، شوند. در درمان فراشناختی، تکنیک‌های اسنادسازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری، در آمیختگی افکار را به چالش می‌طلبند. این فرایند کمتر در درمان شناختی مورد توجه قرار گرفته است. از سوی دیگر بیماران می‌آموزند که چگونه یک شیوه توسعه یافته‌تر فراشناختی را رشد داده و اطلاعات را به روشی پردازش کنند که تحریک کننده فعالیت مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی به صورت ناکارآمد نباشد. این اهداف به وسیله تکنیک فاصله‌گیری از ذهن آگاهی صورت می‌گیرد. از دیگر دلایل اثربخشی مداخله فراشناختی بر علائم اختلال هراس اجتماعی می‌توان به شناسایی و چالش با باورهای مثبت و منفی فراشناختی افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی اشاره کرد. اکثر افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی افکار مربوط به موقعیت‌های هراس آور را خطرناک و کنترل ناپذیر می‌دانند و دید منفی نسبت به این افکار دارند و بعضی از آنها هم دید مثبتی به این نوع افکار دارند و فکر می‌کنند که افکار هراس آور باعث می‌شود که آنها خود را از خطرات و تهدیدهای اجتماعی که آنها را تهدید می‌کند حفظ کنند. همین مسأله معمولاً باعث نشخوار فکری و افزایش خود هوشیاری این افراد به افکار

فرد ناشی می‌شود که او در این موقعیت‌ها به گونه‌ای خجالت آور<sup>۱</sup> یا تحقیر آمیز<sup>۲</sup> عمل خواهد کرد [۳۶]. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان فراشناختی ولز بر کاهش علائم کلی مؤلفه‌های باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری جهت کنترل متغیرهای همگام، نشان داد که گروه آزمون پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله‌گر در مجموع کاهش معنی‌داری را در نمرات علائم باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی پایین نسبت به گروه شاهد به دست آورد. با توجه به نتایج مرحله‌ی پس آزمون به نظر می‌رسد که الگوی فراشناختی ولز در بهبود مؤلفه‌های فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مؤثر می‌باشد. از دیگر یافته‌های مهم، نتایج مرحله‌ی پیگیری را می‌توان موید این مطلب دانست که درمان فراشناختی موجب تعمیق و پایداری اثرات درمان می‌شود. دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر باورها و تفکرات منفی به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌دارد که چگونه باورهای فراشناختی در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است. مداخله فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در مداخله‌های سنتی شناختی بر آن تأکید می‌شود، تأکید نمی‌کند، بلکه سعی می‌کند که فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را زیاد می‌کند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند را تغییر دهد. به نظر می‌رسد که در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی ذکر این نکات لازم است 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 را از بین ببرد. آنچه مهمتر است ذکر این نکته است که وجود باورهای منفی مشخصاً نمی‌تواند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهد. آنچه در این رویکرد مورد تأکید است به حساب آوردن عواملی است

1 - Shameful

2- Humiliating

### تشکر و قدردانی

این مطالعه پس از تأیید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه اصفهان انجام شده و موضوع آن با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری رساندند و همچنین شرکت کنندگان در پژوهش، تشکر و قدردانی می‌شود.

### منابع

- 1- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press. 2000: 172-182.
- 2- Murray BS. Advances in recognition and treatment of social anxiety disorder: a 10-year retrospective. Clin Psychol Psychother. 2003; 37: 97-107.
- 3- Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of SP. Psychiatr Clin. 2001; 24: 617-641.
- 4- Furmark T. Social phobia: Overview of community surveys. J Clin Psychiatry. 2002; 105: 84-93.
- 5- Kessler RC, Berglund P, Demler O. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. Clin Psychol Psychother. 2005; 62: 593-602.
- 6- Beidel DC, Morris TL, Turner MW. Social Phobia. In: Morris TL, March JS (eds). Anxiety disorders in children and adolescents. 2ed ed. New York: Guilford. 2004: 141-163.
- 7- Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, Eisen JL, Weisberg RB, Pagano M. et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. Am J Psychiatry. 2005; 162: 79-87.
- 8- Wittchen HU, Fuetsch M, Sonntag H, Müller N, Liebowitz M. Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia: Findings from a controlled study. Behav Res Ther. 2000; 15: 46-58.
- 9- Reich J, Hofmann SG. State personality disorder in social phobia. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2004; 16: 139-144.
- 10- Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. Acta Psychiatr Scand. 2003; 417: 4-18.
- 11- Lydiard RB. Social anxiety disorder: Comorbidity and its implications. J Clin Psychiatry. 2001; 62: 17-23.
- 12- Marteinsdottir I, Tillfors M, Furmark T, Anderberg UM, Ekselius L. Personality dimensions measured by the temperament and character inventory (TCI) in subjects with social phobia. J Clin Psychiatry. 2003; 57: 29-35.

مربوط به هراس اجتماعی می‌شود. 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 ایجاد کنند و آنها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده 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 افکار مزاحم مربوط به هراس اجتماعی با به کارگیری این تکنیک‌ها با آنها مقابله کنند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های قبلی [۲۵، ۲۶، ۲۷] در مورد اثربخشی این درمان بر اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی- اجباری و اختلال استرس پس از سانحه همخوانی دارد. و نتیجه یافته‌های فیشر و ولز [۳۷] مبنی بر کارایی الگوی فراشناختی در درمان اختلالات هیجانی را تأیید می‌کند. از آنجایی که این پژوهش برای بار نخست درمان فراشناختی را روی اختلال هراس اجتماعی به کار گرفته است و پژوهشی که کاملاً در این راستا انجام گرفته باشد توسط پژوهشگر یافت نشد اما با این وجود درمان فراشناختی روی سایر اختلالات اضطرابی اثربخش گزارش شده است [۳۰، ۳۱]. به طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن و مؤلفه‌های فراشناختی بارز در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی، می‌توان از درمان فراشناختی به عنوان شیوه‌ی روان‌درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش باورها و مؤلفه‌های فراشناختی ناکارآمد این بیماران استفاده نمود. لیکن هر پژوهش با محدودیت‌هایی روبروست و این پژوهش نیز از این امر مستثنی نیست. نمونه پژوهش از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند و لازم است در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده‌ی جامعه پژوهش جانب احتیاط رعایت گردد. از آنجایی که در این پژوهش، از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود که این شیوه درمانی به صورت فردی نیز مورد بررسی واقع شود و نتایج آن بر این مؤلفه‌های فراشناختی مورد بررسی قرار گرفته و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند.



- 29- Wells A, Welford M, King P, Papageorgiou C, Wisely J, Mendel E. A pilot randomized trial of metacognitive therapy versus applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behav Rese Ther.* 2010; 48: 429-434.
- 30- Behar E, DiMarco ID, Hekler EB, Mohlman J, Staples AM. Current theoretical models of generalized anxiety disorder(GAD): conceptual review and treatment implications. *J anx dis.* 2009; 23: 1011-1023.
- 31- Ellis DM, Hudson JL. The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Clin child fam psycho rev.* 2010; 13: 151-163.
- 32- Moshaveri AH. Effect of group cognitive-behavioral therapy on social phobia symptoms in new entrance students of Isfahan University. [MA dissertation]. Isfahan: University of Isfahan; 2002: 103-104. [Persian].
- 33- Davidson JRT, Miner CM, De Veauh-Geiss J, Tupler LA, Colket JT, Potts NL. The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. *Psychol Med.* 1997; 27: 161-166.
- 34- Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: The metcognitions questionnaire. *J Anx Dis.* 1997; 11: 297-315.
- 35- Bakhtavar E, Neshat-Doost H, Molavi H, Bahrami F. Efficacy of Meta Cognitive Behavioral Therapy in Reducing Self Punishment in Patients with Post Traumatic Stress Disorder. *J Behave Science Res.* 2007; 2(5): 93-98.
- 36- Rheingold AA, Herbert JD, Franklin ME. Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Behav Res Ther.* 2003; 6: 639-655.
- 37- Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exper Psychiatr.* 2008; 43:117-132.
- 13- Moses LJ, Baird JA. Metacognition. In: Wilson RA, Keil FC (Eds). *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences.* Cambridge: MIT Press; 2002.
- 14- Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther.* 1996; 34: 881-888.
- 15- Wells A. *Emotional disorders and met cognition: Innovative cognitive therapy.* Chichester: Wiley and sons. 2000: 13-85.
- 16- Wells A. *Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy.* UK: Wiley pulication; 2001.
- 17- Wells A, Papageorgiou C. Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and prespective taking. *Behav Res Ther.* 2000; 29: 357-370.
- 18- Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *J Ratio-Emotive & Cog-Behav Ther.* 2005; 23: 337-355.
- 19- Roussis P, Wells A. Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationship with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personal Indivil Differ.* 2006; 40(1): 111-122.
- 20- Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther.* 2004; 42: 385-396.
- 21- Ellis DM, Hudson JL. The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010; 13: 151-163.
- 22- Spada MM, Caselli G, Manfredi C, Rebecchi D, Rovetto F, Ruggiero GM, Nikcevic AV, Sassaroli S. parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *Behav cognitive psychother.* 2012; 38(5): 629-637.
- 23- Spada MM, Georgiou G, Wells A. The relationship among metacognitions, intentional control and social anxiety. *Cognitive behav ther.* 2010; 39(1): 64-71.
- 24- Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behav Res Ther.* 2005; 43: 1543-1558.
- 25- Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalize anxiety disorder: an open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2006; 37(3): 206-212.
- 26- Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008; 39(4): 451-458.
- 27- Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004; 35: 307-318.
- 28- Bennett H, Wells A. Metacognition, memory disorganization, and rumination in posttraumatic stress symptoms. *J Anx Dis.* 2010; 24: 318-325.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرہنگی  
پرتال جامع علوم انسانی