پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره بیست و یکم شماره ۸۴ مهر سال ۱۳۹۰ (۱۲۹-۱۲۲)

بررسی اثر بخشی مداخله فراشناختی بر علائم ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی

محمد حسین بهادری[۱] مهرداد کلانتری[۱] حسین مولوی[۱] مرضیه جهان بخش[۱] آذر جمشیدی[۲]

چکیده

سابقه و هدف : ترس از ارزیابی منفی شامل احساس دلهره و نگرانی در مورد ارزیابی‌های دیگران، نگرانی ناشی از این ارزیابی‌های منفی و انتظار و توقعی است که دیگران در مورد یک نفر فقط به‌طور منفی قضاوت خواهند کرد، می‌باشد. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله فراشناختی بر علائم ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام شد.

مواد و روش ها : این پژوهش به روش کار آزمایی- بالینی کنترل شده در مراجعین به کلینیک‌های مشاوره شهر شیراز که مبتلا به اختلال هراس اجتماعی بودند، انجام شد. ۱۹ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردیدند و در دو گروه شاهد و مداخله به روش تصادفی جایگزین شدند. پس از اجرای پیش آزمون که با استفاده از مقیاس سنجش علائم ترس از ارزیابی منفی (FNE) و پرسشنامه سنجش علایم هراس اجتماعی(SPSAQ) به عمل آمد، گروه مداخله تحت ۸ جلسه هفتگی درمان فراشناختی قرار گرفت، در حالی که گروه کنترل مداخله دریافت نکرد. پس آزمون و پیگیری (سه ماه) با همان ابزار انجام گرفت.

یافته ها : یافته‌های تحلیل بوسیله کواریانس چند متغیره نشان داد که درمان فراشناختی در مهار علائم ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تاثیر معنی‌داری دارد($p<۰/۰۵$).

استنتاج : این مداخله بر ارتقا مهارت‌های انطباقی کارآمد و انعطاف‌پذیر از طریق فرایندهای فراشناختی و تاثیر آن در کاهش ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تاکید می‌نماید.

واژه‌های کلیدی: مداخله فراشناختی، اختلالات اضطرابی، اختلال هراس اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی

مقدمه

اختلال هراس اجتماعی(اضطراب اجتماعی) از طریق مشخصه ترس از مشاهده و ارزیابی توسط دیگران شناخته می‌شود(۱). هراس اجتماعی یک اختلال اضطرابی مزمن است که مشخصه آن ترس از شرمنده 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 معنی‌داری تصمیمات مهم زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و در اغلب موارد باعث از دست رفتن بسیاری از فرصت‌های مهم برای بیمار گردد(۲).

مولف مسئول: محمدحسین بهادری- اصفهان: خ هزار جریب، دانشگاه اصفهان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی Email: mh_bahadori@yahoo.com

۱. گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان

تاریخ دریافت : ۸۹/۷/۲۵ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۸۹/۹/۱۳ تاریخ تصویب : ۹۰/۲/۳

www.SID.ir

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،۳). 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(۴). از این رو این اختلال در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است(۳).

یک عبارت کلیدی برای الگوهای شناختی- رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی(۶،۵) این است که اضطراب اجتماعی، به‌طور جزئی پاسخی به ارزیابی منفی ادراک شده از سمت و سوی دیگران است. ساختار ترس از ارزیابی منفی شامل احساس دلهره و نگرانی در مورد ارزیابی‌های دیگران، نگرانی ناشی از این ارزیابی‌های منفی و انتظار و توقعی است که دیگران در مورد یک نفر فقط به‌طور منفی قضاوت خواهند کرد، می‌باشد(۷).

در بیشتر درمان‌های صورت گرفته برای اختلال هراس اجتماعی بیشتر به محتوای فکر و رفتارهای اجتنابی توجه شده است، در حالی که بیشتر اختلالات اضطرابی علاوه بر موارد ذکر شده در فرایند پردازش اطلاعات مانند راهبردهای کنترل فراشناختی و باورهای مثبت و منفی فراشناختی نیز اختلال وجود دارد(۸).

در حوزه درمان‌های جدیدتر روان‌شناختی، نخستین بار Wells و Matthews با ترکیب رویکرد طرح‌واره و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی[1] را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی[2] (S-REF)، 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(۹). درمان فراشناختی به ویژه به منظور رفع نواقص شناختی- رفتاری[3] (CBT) ظهور پیدا کرد. به عقیده Wells، شناخت درمانی با توجه به این نظر که افکار منفی در اختلال‌های هیجانی از فعالیت باورهای ناکارآمد منتج می‌شوند، سعی کرده است بیشتر بر روی منشأ محتوای افکار[4] کار کند، ولی در مورد این که چگونه این افکار شکل می‌گیرد و یا چه سازوکاری این تفکرات ناکارآمد را برجسته می‌سازد تلاشی نکرده است(۱۱،۱۰). لذا برای فهم فرآیندهای تفکر لازم است که بر باورهای فرد درباره تفکر، راهبردهای فردی در مورد کنترل توجه و هم‌چنین نوع باورهای فراشناختی[5] او تأکید نماییم. آن‌چه در درمان فراشناختی مورد تاکید 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(۱۲).

تحقیقات مختلف نشان دادند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناخت با اختلالات روان‌شناختی رابطه وجود دارد(۱۱). Hudson و Ellis (۱۳) نشان دادند که نگرانی یکی از مولفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی می‌باشد که به ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی مرتبط می‌باشند. با توجه به این ارتباط می‌توان احتمال بر این داد که یکی از علت‌های اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلالات اضطرابی اثربخشی درمان فراشناختی بر روی این باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی باشد. اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال‌های روانی، مکرراً تایید شده است. Weels و King (۱۴)، Rees و Van Koesveld (۱۵) و Wells و Sembi (۱۶) به ترتیب اثربخشی این درمان را بر اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی- اجباری و اختلال استرس پس از سانحه به اثبات رسانده‌اند. با توجه به ارتباط مولفه‌های فراشناختی با اختلالات اضطرابی و اثربخشی مداخله فراشناختی در اختلال‌های شبیه اختلال هراس اجتماعی مثل OCD (Obsessive-Compulsive Disorder) (۱۷)، پژوهش

1. Meta Cognitive Model
2. Self-Regulatory Function Model (S-REF)
3. Cognitive Behavioral Therapy
4. Thoughts Contain
5. Metacognitive Beliefs

Archive of SID

www.SID.ir

حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله فراشناختی بر علائم ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام شد.

مواد و روش ها

این پژوهش یک کارآزمایی بالینی بوده که به صورت پیش‌آزمون و پس آزمون با گروه شاهد و با استفاده از انتخاب تصادفی برای عضویت در گروه، اجرا گردید. ابتدا یک اطلاعیه در مورد برگزاری درمان بر روی علائم هراس اجتماعی (علائم با جزئیات در اطلاعیه ذکر شده بود) در همه کلینک‌های روانشناختی شهر شیراز پخش و سپس افراد مراجعه کننده به این مراکز روانشناختی در تابستان ۱۳۸۹ را که تشخیص اختلال هراس اجتماعی بوسیله روانپزشک دریافت کرده بودند مورد آزمون به وسیله پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی (: SPSAQ Social Phobia Symptoms Assessment Questionaire) و مقیاس سنجش علائم ترس از ارزیابی منفی (: FNE Fears of Negative Evaluation Scale) برای هراس اجتماعی قرار داده شدند و افرادی که اختلال هراس اجتماعی داشتند را شناسایی و سپس ۲۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه مداخله (۱۰ نفر) و شاهد (۱۰ نفر) قرار داده شدند. برای شرکت‌کنندگان در پژوهش اهداف مطالعه توضیح داده شد و جهت شرکت در مطالعه از آنان رضایت کتبی اخذ گردید و از دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. هم‌چنین لازم به ذکر است شرکت‌کنندگان پیش از گزینش نهایی توسط روانشناس بالینی و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی(DSM-IV-TR[1]) مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند تا از دارا بودن ملاک‌های ابتلا به SPD اطمینان حاصل شود. سپس گروه آزمایش بعد از اجرای پیش آزمون، طی ۸ جلسه ۱ ساعته در هفته به مدت ۸ هفته در محل یکی از همین مراکز روانشناختی، تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند، در حالی که افراد گروه شاهد مورد پیش آزمون قرار گرفتند ولی هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله و ۳ ماه بعد، پس آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. لازم به ذکر است در طول ۸ هفته درمان، بیماران در فاصله بین جلسات و حین انجام تکالیف خانگی به صورت تلفنی با درمانگر در ارتباط بوده و راهنمایی می‌شدند. (ضمناً قابل ذکر است که در پایان مداخله یک نفر از گروه شاهد حاضر به انجام پس‌آزمون نشد و به همین علت تعداد نمونه ما ۱۹ نفر شد).

خلاصه محتوای جلسات درمان

مداخله فراشناختی مورد استفاده در این پژوهش براساس درمان فراشناختی Wells برای اختلال‌های اضطرابی نظیر اختلال اضطراب فراگیر، وسواس فکری عملی و استرس پس از سانحه طراحی گردیده و در دسترس می‌باشد(۱۱). البته قابل ذکر است که 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 و با توجه به شرایط و ماهیت و علائم بیماری هراس اجتماعی و نتایج حاصل از مطالعه کیفی (مصاحبه با بیماران) در تکنیک‌های این شیوه درمانی تغییراتی داده شد تا قابل اجرا بر روی اختلال هراس اجتماعی باشد. البته تمام تغییرات مورد تایید 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. عناوین جلسات به صورت زیر بود :

جلسه اول: معارفه و ارزیابی علائم اختلال هراس اجتماعی

جلسه دوم: ارائه منطق درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماعی

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision

Archive of SID
www.SID.ir

جلسه سوم: ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی دربیماران وتحلیل مزایا و معایب این باورها

جلسه چهارم: ارزیابی و شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی و اصلاح و جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمند

جلسه پنجم:کاربرد تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی (Detached Mindfulness) در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی

جلسه ششم: آشنا کردن بیماران با دو راهبرد نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد

جلسه هفتم: آموزش تکنیک اصلاح توجه (: ATT Attention Training Technique) به عنوان یک راهبرد مقابله ای کارآمد

جلسه هشتم: آموزش تکنیک متمرکز کردن توجه بر موقعیت به عنوان یک راهبرد فراشناختی کارآمد و آماده کردن اعضا برای اختتامیه

ابزار سنجش

پرسشنامه سنجش علایم هراس اجتماعی (SPSAQ): برای اندازه‌گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد مورد آزمون از پرسشنامه هراس اجتماعی استفاده می‌شود. این پرسشنامه ۳۸ سوال دارد که توسط مشاوری(۱۸) ساخته شد. قسمتی از سوالات آن با استفاده از ملاک‌های تشخیصی معتبر و مطالعه ادبیات مربوط به هراس اجتماعی ساخته شده‌اند. قسمت دیگری از سوالات این پرسشنامه (۱۵ سوال) نیز با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی Davidson (۱۹) ساخته شده‌اند. دامنه نمره در این پرسشنامه ۰ تا ۱۵۲ می‌باشد که نمره ۶۰ به بالا نشان‌دهنده افرادی است که هراس اجتماعی دارند. پایایی آزمون سنجش علایم هراس اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ تعیین گردیده است(۱۸). گزینه‌های به کار رفته در این پرسشنامه عبارتند از: اصلاً، کمی، تاحدی، زیاد و خیلی زیاد که به ترتیب نمره ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ برای آن‌ها در نظر گرفته شده است.

مقیاس ترس از ارزیابی منفی(FNE) : مقیاس ترس از ارزیابی منفی که توسط Watson و Friend (۲۰) ساخته شده است، یکی از پرسشنامه‌هایی است که در اندازه‌گیری هراس اجتماعی کاربرد فراوانی دارد(۲۰). مقیاس ترس از ارزیابی منفی ۳۰ ماده دارد که ۱۷ ماده آن پاسخ مثبت و ۱۳ ماده آن پاسخ منفی دارند. دامنه نمره در این پرسشنامه ۰ تا ۳۰ است. نمره ۱۸ به بالا نشان‌دهنده افرادی هستند که ترس زیادی از ارزیابی منفی دارند و نمره پایین تر از ۹ مخصوص افرادی است که ترس کمی از ارزیابی منفی دارند. در بررسی انجام شده توسط Watson و Friend ضریب پایایی این پرسشنامه ۰/۹۴ و ضریب پایایی فرم ترجمه شده آن با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد.

داده ها توسط نرم افزار آماری SPSS نسخه ۱۶ مورد آنالیز قرار گرفت و برای تحلیل داده‌ها و سنجش اثربخشی مداخله از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک مثل تحلیل کوواریانس رعایت دو پیش فرض ضروری می‌باشد که بدین منظور از آزمون شاپیروویک برای پیش‌فرض نرمال بودن جامعه استفاده شد و آزمون لوین نیز برای پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها مورد استفاده قرار گرفت. یکی از مهمترین دلایل استفاده از روش تحلیل کواریانس کنترل اثر پیش آزمون بر روی متغیر وابسته و مشخص کردن تأثیر متغیر مستقل (مداخله فراشناختی) بر روی متغیر وابسته (علایم ترس از ارزیابی منفی) بود.

یافته ها

شرکت کنندگان در این پژوهش در دامنه سنی ۱۷ تا ۳۳ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه شاهد ۵/۲۷ ± ۲۳/۴ و گروه آزمون ۴/۳۴ ± ۲۳/۲ بود و ۱۱ نفر از ۱۹ شرکت‌کننده را جنس مونث تشکیل می‌دادند. همه شرکت‌کننده‌ها تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشتند. طول بیماری آن‌ها از یک سال تا ۵ سال بود و ۶ نفر از بیماران هم به طور متوسط یک

Archive of SID

www.SID.ir

سال سابقه مصرف دارو داشتند. با استفاده از آزمون‌های پارامتریک و ناپارامتریک نشان داده شد که شرکت‌کننده‌ها در گروه آزمایش و شاهد از لحاظ ویژگی‌های جمعیتی شناختی ذکر شده تفاوت معنی‌داری ندارند(p>۰/۰۵).

جدول شماره ۱ : میانگین، انحراف معیار نمرات علائم ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به هراس اجتماعی به تفکیک گروه‌ها

گروه ها	مراحل	انحراف معیار ± میانگین
شاهد	پیش آزمون	۲۲/۵۵ ± ۳/۱۶
	پس آزمون	۲۲/۵۵ ± ۳/۱۶
	پی گیری	۲۲/۶۶ ± ۳
مداخله	پیش آزمون	۲۲/۴ ± ۳/۰۹
	پس آزمون	۱۵/۲ ± ۲/۳۹
	پی گیری	۱۵/۵ ± ۲/۴۶

در جدول شماره ۱ شاخص‌های توصیفی و گرایش مرکزی متغیر وابسته علائم ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به هراس اجتماعی به تفکیک گروه‌ها و مراحل نمایان است. از آن‌جا که کسب نمره بیشتر در این متغیر نشان از افزایش شدت علائم ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به هراس اجتماعی دارد، ملاحظه می‌گردد میانگین گروه مداخله در پس آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش معنی‌داری داشته است (۱۵/۲ در برابر ۲۲/۵۵). این کاهش به صورت معنی‌داری در مرحله پی‌گیری گروه آزمایشی نیز دیده می‌شود (۱۵/۵ در برابر ۲۲/۶۶).

برای استفاده از آزمون‌های پارامتریک مثل تحلیل کوواریانس رعایت دو پیش فرض ضروری می‌باشد که بدین منظور مقادیر آماره‌ی شاپیرویک جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع این متغیر در گروه شاهد (آماره‌ی شاپیرویک= ۰/۹۵ و p=۰/۷۳) و گروه آزمایش(آماره‌ی شاپیرویک=۰/۹۵ و p=۰/۶۹) بود. هم چنین مقادیر آماره‌ی لوین نشان داد که فرضیه تساوی واریانس‌های نمرات هراس اجتماعی در دو گروه و در مراحل پس آزمون (آماره لوین=۳/۱۱ و p=۰/۰۹) و پی‌گیری (آماره لوین=۲/۰۶ و p=۰/۱۶) رد نمی‌شود و بدین ترتیب پیش فرض‌های آزمون پارامتریک رعایت شده است.

جدول شماره ۲ مربوط به آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه دو گروه از لحاظ پس آزمون و پی‌گیری پس از کنترل پیش آزمون می‌باشد. چنانچه مشاهده می‌شود بین پیش آزمون و پس آزمون رابطه معنی‌داری وجود دارد(p=۰/۰۰۱) و به دلیل این‌که تنها پیش‌آزمون با نمرات کل ترس از ارزیابی منفی در پس آزمون و پی‌گیری رابطه دارد، لذا پیش آزمون متغیر مداخله‌گر محسوب شده و باید کنترل گردد. در واقع آن بخش از واریانس نمرات ترس از ارزیابی منفی که مربوط به پیش‌آزمون است از کل واریانس نمرات آن کسر می‌گردد. لذا پیش آزمون به عنوان متغیر همگام وارد تحلیل کواریانس شده تا اثر آن از روی واریانس عضویت گروهی برداشته شود. به عبارت دیگر تحلیل کواریانس به عنوان یک آزمون پارامتریک برای کنترل اثر پیش آزمون مورد استفاده قرار گرفت. با این وجود حتی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه از لحاظ پس آزمون و پی‌گیری مربوط به نمره‌ی کل ترس از ارزیابی منفی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و عضویت گروهی مربوط به نمره علائم ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد و عضویت گروهی ۰/۷۱ درصد از تغییرات مربوط به نمره کل علائم ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی را در پس آزمون و ۰/۷۴ درصد از تغییرات را در پی‌گیری تبیین می‌کند(p=۰/۰۰۱).

جدول نتایج ۲: تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم ترس از ارزیابی منفی دو گروه

متغیر وابسته	مراحل	متغیرهای پژوهش	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
ترس از ارزیابی منفی	پس آزمون	پیش آزمون	۱	۲۴۸/۰۱	۱۰۶/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۹۴/۴۱	۴۰/۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۱	۰/۹۹
	پی گیری	پیش آزمون	۱	۲۳۵/۲۲	۱۱۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۸	۰/۹۹
		عضویت گروهی	۱	۹۴/۷۷	۴۷/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۷۴	۰/۹۹

Archive of SID

www.SID.ir

بحث

اختلال هراس اجتماعی به ترس آشکار و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این باور فرد ناشی می‌شود که او در این موقعیت‌ها به گونه‌ای خجالت‌آور یا تحقیرآمیز عمل خواهد کرد(۲۱). پژوهش حاضر از نوع مداخله‌ای است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون- پس آزمون با گروه شاهد و با هدف آزمودن اثربخشی درمان فراشناختی Wells بر کاهش علائم ترس از ارزیابی منفی 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 کلی ترس از ارزیابی منفی نسبت به گروه شاهد به دست آورد. با توجه به نتایج مرحله پس آزمون به نظر می‌رسد الگوی فراشناختی Wells در کاهش علایم ترس از ارزیابی منفی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی موثر می‌باشد. از دیگر یافته‌های مهم نتایج مرحله پی‌گیری را می‌توان موید این مطلب دانست که درمان فراشناختی موجب تعمیق و پایداری اثرات درمان می‌شود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های Wells و King (۱۴)، Ress و Van Koesveld (۱۵) و Wells و Sembi (۱۶) که به ترتیب اثربخشی این درمان را بر علایم اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی- اجباری و اختلال استرس پس از سانحه به عنوان اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند، همخوانی دارد و نتیجه یافته‌های Fisher و Wells (۲۲) مبنی بر کارآیی الگوی فراشناختی در درمان اختلالات هیجانی را تایید می‌کند. برای نمونه نتایج پژوهش Wells بر روی ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نشان داد وضعیت بیماران بعد از اجرای این درمان به نحو معنی‌داری بهبود یافت. میزان بهبودی بعد از اجرای این نوع درمان ۸۷/۵ درصد بود(۱۴).

در پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های گذشته در حوزه درمان فراشناختی سعی شد از طریق شناسایی فراباورهای مثبت و منفی فرد در مورد نظارت همیشگی و نشخوارگونه بر علائم طبیعی برانگیختگی و آموزش‌های رفتاری ارایه اسنادها و تصحیح شیوه توجهی، باورهای ناکارآمد فرد در مورد ارزیابی منفی مبتلایان در موقعیت‌های اجتماعی کاهش یابد. Wells 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(۱۲). تلویحات بالینی از یافته‌های پژوهش حاضر 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 گونه موثر و در عین حال متفاوت از شیوه‌های شناختی صرف با باورهای ناکارآمد خود در حوزه اختلال هراس اجتماعی روبرو 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 ذکر این نکته می‌باشد که وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی‌توانند درباره الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آن چه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند که مهم‌ترین وجه تمایز درمان فراشناختی با مدل طرحواره است(۱۱). از آن‌جا که نتایج درمان در

Archive of SID

www.SID.ir

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 تکرار شونده را فزونی می‌بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی در مورد ترس از ارزیابی منفی می‌گردند را تغییر دهند.

یکی از امتیازات پژوهش حاضر نوآوری و ابتکار آن می باشد. این پژوهش اولین پژوهشی است که مدل درمان فراشناختی Wells را بر روی علائم ترس از ارزیابی منفی 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 مولفه‌های فراشناختی بارز در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی، درمان فراشناختی می‌تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش باورهای ناکارآمد این بیماران درباره ارزیابی اجتماعی دیگران به کار گرفته شود. لیکن پژوهش حاضر با محدودیت‌های خاصی نیز مواجه بود که عبارتند از: با وجود شرایط نمونه انتخابی در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت نمود و دیگر این‌که عدم برخورداری گروه شاهد از جلسات مشاوره معمولی (نه فراشناختی) به منظور حذف اثر دارونمایی گروه درمانی است که به دلیل محدودیت امکانات رعایت این امر امکان پذیر نبود، پس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی ضمن رفع این نکات، موارد زیر لحاظ شوند :

۱- درمان فراشناختی در مقایسه با دیگر درمان‌های رایج (به ویژه دارو درمانی و رفتاری شناختی) در مورد اختلال هراس اجتماعی آزمون شود.

۲- گروهای مختلف اختلالات اضطرابی تحت درمان فراشناختی قرار گیرند و میزان اثربخشی درمان بر هر یک مشخص شود.

۳- از آن‌جا که در این پژوهش، از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می‌شود این شیوه درمانی به صورت فردی نیز مورد بررسی واقع گردد و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند.

سپاسگزاری

این مقاله ماحصل یک پایان نامه دانشجویی است که با همکاری چند مرکز مشاوره و کلینیک روانپزشکی در شهر شیراز انجام شده است. لذا از همه مسئولین این مراکز و همچنین شرکت کنندگان در این پژوهش کمال سپاس و تشکر را داریم.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press; 2000.
2. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology, patterns of comorbidity, and associated disabilities of SP. Psychiatr Clin 2001; 24(11): 617-641.
3. Furmark T. Social phobia: Overview of community surveys. J Clini Psychiatry 2002; 105(42): 84-93.
4. 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(39): 593-602.
5. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. In: Heimberg RG, Liebowitz M R, Hope DA, Schneier FR Editors. Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. 2th ed, New York: Guilford Press; 1995. pp. 69-93.
6. Rapee RM, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behav Res Ther 1997; 35(13): 741-756.

Archive of SID

www.SID.ir

7. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. J Consult Clin Psychol 1969; 33(16): 448-457.
8. Wells A, Papageorgiou C. Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and prespective taking. Behav Res Ther 2000; 29(6): 357-370.
9. Moses LJ, Baird JA. Metacognition. In: Wilson RA, Keil FC (Editors). The MIT encyclopedia of the cognitive sciences. 4th ed. Cambridge: MIT Press; 2001. pp. 533-538.
10. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behav Res Ther 1996; 34(18): 881-888.
11. Wells A. Emotional disorders and met cognition: Innovative cognitive therapy. 2nd ed. Chichester: Wiley and sons; 2000.
12. Wells A. Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy. 1st ed. UK: Wiley pulication; 2001.
13. Ellis DM, Hudson JL. The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. Clin Child Fam Psychol Rev 2010; 13(3): 151-163.
14. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalize anxiety disorder: an open trial. J Behav Ther Exp Psychiatry 2006; 37(3): 206-612.
15. 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.
16. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: preliminary investigation of a new brief treatment. J Behav Ther Exp Psychiatry 2004; 35(6): 307-318.
17. Wells A. Metcognitive therapy for anxiety and depression. 3rd ed. London: the guild fords press; 2009.
18. Moshaviei A. The effect of behavioral-cognitive therapy in social phobia disorder patients in Iran (dissertation). Isfahan: Isfahan University; 2002. pp. 12-97 (Persian).
19. Davidson JRT, Miner CM, De Veaugh-Geiss J, Tupler LA, Colket JT, Potts NL. The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. Psychol Med 1997; 27(4): 161-166.
20. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. J Consult Clini Psychol 1969; 33(6): 448-457.
21. Rheingold AA, Herbert JD, Franklin ME. Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. Behav Res Ther 2003; 6(2): 639-655.
22. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. J Behav Ther Exper Psychiatr 2008; 43(9): 117-132.

Archive of SID

www.SID.ir