

مقایسه اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری با درمان فراشناختی بر علائم اختلال هراس اجتماعی

ایرج صفایی راد¹، محسن احمدی²، مهدی ربیعی³، محمود نجفی⁴

تاریخ وصول: 91/4/8 تاریخ پذیرش: 91/10/5

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناختی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی شهر همدان بود. در این پژوهش آزمایشی از بین کلیه بیماران مبتلا به هراس اجتماعی (طبق تشخیص روان پزشک و روانشناس بالینی) مراجعه کننده به کلینیک های روانشناختی و مشاوره شهرستان همدان در سال 1390، 45 نفر آزمودنی با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب، و به صورت تصادفی، 15 نفر در گروه آزمایش اول (درمان شناختی - رفتاری) و 15 نفر در گروه آزمایش دوم (درمان فراشناختی) و 15 نفر در لیست انتظار قرار گرفتند. گروه آزمایش اول 8 جلسه 1/5 ساعته تحت درمان شناختی-رفتاری طی مدت 2 ماه و گروه آزمایش دوم نیز 8 جلسه 1/5 ساعته تحت مداخله فراشناختی در طی مدت 2 ماه قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت مداخله ای دریافت

1. عضو هیأت علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد همدان iraj_rad@yahoo.com

2.

3. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

4. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه سمنان، ایران

نکرد. ابزار گرد آوری داده‌ها نیز پرسشنامه سنجش علایم هراس اجتماعی (مشاوری، 1381) بود. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه نشان داد که بین میانگین نمرات سه گروه در مرحله پس آزمون در متغیر وابسته هراس اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی حاکی از کاهش علائم هراس اجتماعی گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس آزمون بود، ولی بین نمرات گروه‌های آزمایش تفاوت معناداری دیده نشد.

واژگان کلیدی: مداخله شناختی - رفتاری، مداخله فراشناختی، اختلال هراس اجتماعی

مقدمه

اختلال هراس اجتماعی¹ از انواع گوناگون اختلالات اضطرابی است و عبارت است از ترس مشخص و ثابت از شرم‌منده شدن یا مورد ارزیابی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان انجام فعالیتی در حضور دیگران (سادوک² و سادوک²، 2007؛ ترجمه رضایی، 1389)، بنابراین از این موقعیت‌ها بیشتر به واسطه اضطراب شدیدی که به همراه دارند، پرهیز می‌شود (ترک، هیمبرو هوپ³، 2001). هراس اجتماعی اغلب یک حالت مزمن و ناتوان‌کننده است (است⁴، 1998؛ اسکینر، جانسون، هورینگ، لیه بوتیزو ویزمن⁵، 1992). هراس‌های اجتماعی معمولاً با عزت نفس ضعیف و ترس از انتقاد همراه هستند. این افراد ممکن است از سرخ شدن، لرزش دست، تهوع یا میل شدید به ادرار کردن شکایت داشته باشند. نشانه‌ها ممکن است تا حملات وحشت‌زدگی پیشرفت کنند. مبتلایان به این اختلال از آسیب‌های چشمگیری در کارهای روزانه، روابط اجتماعی و شغلی رنج می‌برند (ریچ و هافمن⁶، 2004). سن شروع این اختلال در حدود 15 سالگی است و 90 درصد بیماران سن شروع را قبل از 25 سالگی

-
1. social phobia
 2. Sadock
 3. Turk, Heimberg & Hope
 4. Ost
 5. Schneier, Johnson, Horing, Liebowitz, Weissman
 6. Reich & Hofman

گزارش نموده‌اند (کاسپر¹ 1998؛ به نقل از مشاوره، 1381). اختلال هراس اجتماعی اختلالی شایع است (فرمارک²، 2002؛ کسلر، برگلوندو دملر³، 2005)؛ تا آنجا که شیوع 13 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، 2005). 70 تا 80 درصد افراد مبتلا به هراس اجتماعی اختلال عمده دیگری را نیز گزارش می‌کنند (مگی⁴ و همکاران، 1996). هراس اجتماعی با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی و وابستگی به الکل (لایارد⁵، 2001؛ کسلر و همکاران، 2005) و گستره‌ای از اختلالات شخصیت (بیشتر اختلال شخصیت اجتنابی) (فاهلن⁶، 1995؛ مارتینزداپتر، تیل فورس، فورماگ، اندربرگ و اکسلیوس⁷، 2003) همراه است. از این رو این اختلال در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (فرمارک، 2002).

با توجه به اهمیت این اختلال در کارکردهای روزمره افراد، روش‌های درمانی مختلفی نیز برای درمان آن شکل گرفته است از آن جمله می‌توان به روش‌های مواجهه درمان (کلارک و فربورن، 1998، ترجمه کاویانی، 1380)، آموزش مهارت‌های اجتماعی (دادستان، 1382)، آرام سازی کاربردی (تورک⁸ و همکاران، 1999)، دارو درمانی از جمله بنزودیازپین‌ها، ونلافاکسین، باسپرون (کاپلان و سادوک، 2007، ترجمه رفیعی و رضاعی، 1389) اشاره کرد. اما با توجه به محدودیت‌هایی که هر کدام از این روش‌های درمانی دارند، به عنوان مثال تورک و همکاران (1999) نشان دادند که مواجهه درمانی ممکن است به تنهایی برای درمان هراس اجتماعی کافی نباشد، زیرا خصوصیت اصلی هراس اجتماعی در اصل یک سازه شناختی (ترس

-
1. Kasper
 2. Furmark
 3. Kessler, Berglund & Demler
 4. Magee
 5. Lydiard
 6. Fahlen
 7. Marteinsdottir, Tillfors, Furmark, Anderberg, Ekselius
 8. Turek et al

از ارزیابی منفی) است، یا در مطالعه دیگری (مارکس، 1987؛ به نقل از دادستان، 1382) نشان دادند که به رغم اثر بخش بودن آموزش مهارت‌های اجتماعی اغلب مواقع سطوحی از ترس پا برجا می‌ماند، بنابراین، روانشناسان در صدد کشف روش‌های درمانی بهتر و اثر بخش‌تر بودند. از جمله این درمان‌ها درمان رفتاری - شناختی بود. توجه به مؤلفه‌های شناختی در بروز هراس اجتماعی باعث شده که پژوهشگران با استفاده از مدل‌های شناختی و رفتاری پیشین، چندین روش درمانی شناختی - رفتاری را برای اختلال هراس اجتماعی ابداع نمایند. این روش‌های درمانی در برگیرنده «آموزش کنترل اضطراب» باتلر و همکاران، درمان گروهی شناختی - رفتاری هیمبرگ و درمان ترکیبی مواجهه گروهی و بازسازی شناختی، گروهی ماتیک و پیترز است (کلارک و فربورن، 1997؛ ترجمه کاویانی، 1380).

درمان شناختی - رفتاری (CBT) برای هراس اجتماعی از لحاظ علمی بیش از همه درمان‌های روان‌شناختی دیگر مورد تأیید قرار گرفته است (چمپلس¹ و هپ، 1996، به نقل از فایربرادر²، 2002). درمان شناختی - رفتاری برای هراس اجتماعی معمولاً شامل مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌آور، آزمایشات رفتاری به منظور آزمون فرضیه‌هایی که فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی درباره موقعیت‌های اجتماعی دارد (مثلاً اجازه دادن به اینکه دیگران سرخ شدن فرد را ببینند تا فرد بفهمد که آیا طرد خواهد شد) و بازسازی شناختی باورهای ناسازگارانه افراد مبتلا به هراس اجتماعی می‌شود.

از طرف دیگر به نظر می‌رسد که هراس اجتماعی ناشی از سیستم پردازش فراشناختی معیوب و تفکرات منفی تکرار شونده این افراد باشد که یک سیکلی معیوبی از افکار و باورهای فراشناختی منفی تکرار شونده را در فرد ایجاد می‌کند. پس روش درمانی جدیدی لازم است که تفکر را کنترل کند و وضعیت ذهن را تغییر دهد که این اساس نظریه فراشناختی است.

1. Chambless
2. Fairbroher

هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانا کردن بیماران به گونه‌ای است که با افکارشان به گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند. یا به عبارتی دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خود کنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب پی ریزی کند (ولز و سمبی¹، 2004).

این روش درمانی از روش شناختی - رفتاری² متفاوت است. زیرا به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار و باورها در مورد آسیب و یا مواجهه‌های مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به تروما 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. پس همان‌طور که گفته شد آنچه که در این جا مورد تأکید است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند و این نکته مهم‌ترین نقطه تمایز درمان فراشناخت با مدل‌هایی نظیر طرح و اره است (ولز 2000، ترجمه‌ی بهرامی، 1385).

از آنجا که یافتن شیوه‌های درمان کوتاه مدت کارا و موثر از جمله ضرورت‌های پژوهش می‌باشد و شیوه‌های درمانی مبتنی بر مدل شناختی - رفتاری و فراشناخت نیز جزء درمان‌های کوتاه مدت به شمار می‌آیند، انجام پژوهشی برای بررسی مقایسه کارایی و اثربخشی این شیوه‌های درمان دارای اهمیت است. پژوهش حاضر در نظر دارد تا تأثیر مدل درمانی جدیدی

1. Wells & Sembi
2. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

تحت عنوان مداخله فراشناختی¹ را با درمان رفتاری - شناختی برای حل مشکلات و علائم افراد مبتلا به هراس اجتماعی را در این مبتلایان مقایسه کند.

روش تحقیق

پژوهش حاضر از نظر ماهیت داده‌های جمع آوری شده جزو مطالعات کمی، از حیث هدف جزو مطالعات کاربردی و از نظر شیوه، یک مطالعه تجربی است. طرح به کار رفته در پژوهش حاضر، طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران سرپایی مبتلا به هراس اجتماعی مراجعه کننده به مراکز و کلینیک‌های روانشناختی و مشاوره شهرستان همدان در سال 1390 بودند. در ابتدا 45 نفر از بیماران که طبق تشخیص روان پزشک یا روان شناس بالینی در محور I تشخیص اختلال هراس اجتماعی گرفته بودند از میان جامعه و با روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای حصول اطمینان از تشخیص، تمامی بیماران دارای تشخیص اختلال هراس اجتماعی توسط محقق و بر مبنای معیارهای «DSM-IV-TR» مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند و به صورت تصادفی 15 نفر در گروه آزمایش اول (درمان شناختی - رفتاری) و 15 نفر در گروه آزمایش دوم (درمان فراشناختی) و 15 نفر در لیست انتظار قرار گرفتند. اما پس از شروع جلسات، 3 نفر از گروه آزمایشی از شرکت در باقی جلسات انصراف دادند و با ریزش آن‌ها در گروه آزمایش دوم، در مجموع 41 در پس آزمون مورد سنجش قرار گرفتند. ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: تشخیص اصلی اختلال هراس اجتماعی در محور I، عدم ابتلای بیماران به هیچ یک از اختلالات شخصیت، اختلالات دو قطبی، افسردگی اساسی و رگه‌های روان پریشی، تحصیلات حداقل سیکل. بیمارانی که مبتلا به هر یک از بیماری‌های ذکر شده در ملاک ورود بودند، مصرف دارو داشتند یا هر مداخله دیگری دریافت کرده بودند از مطالعه خارج شدند.

1. Behavioral Metacognitive Intervention (BMI)

روش‌های مداخله: الف) مداخله فراشناختی ولز (2009) جهت درمان هراس اجتماعی: مداخله فراشناختی ولز به مدت 8 جلسه گروهی و به طی دو ماه به صورت جلسات یک ساعت و نیم بر روی گروه آزمایشی اول اجرا و به شرح زیر اجرا شد:

جلسه اول: معارفه و ارزیابی علائم اختلال هراس اجتماعی.

جلسه دوم: ارائه منطق درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماع.

جلسه سوم: ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در بیماران و تحلیل 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 آگاهی¹ 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 توجه² (ATT) به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای کارآمد.

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

ب) درمان رفتاری شناختی (تورک و همکاران، 1999): این درمان نیز به مدت 2 ماه و طی هشت جلسه 1/5 ساعته روی گروه آزمایش دوم اجرا گردید، ساختار این جلسات نیز به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول که در برگیرنده موارد زیر می‌باشد: معارفه و ارزیابی علائم اختلال هراس اجتماعی، در میان گذاشتن مشکلات، اهداف و ترسیم شباهت‌ها، معرفی و بحث درباره مدل درمان، نقش

1. detached mindfulness
2. attention training technique

اجتناب در پایدار ماندن اضطراب اجتماعی، اهداف و موضوعات کاربردی، تکالیف خانگی، انعطاف پذیری در برخورد با مشکلات.

جلسه دوم: مرور تکالیف خانگی جلسه قبل، مرور مدل درمانی، مواجهه در جلسه: توضیح مدل درمانی و منطق آن، تمرین خانگی.

جلسات 3-6: ساختار جلسات 3 الی 6 بسیار مشابه جلسه دوم است. ممکن است ایجاد اضطراب کافی برای هر تمرین مواجهه دشوار باشد، خصوصاً پس از تمرینات سخنرانی متعدد. اضطراب را می‌توان به این روش‌ها افزایش داد: از بیماران خواست تا در مورد موضوعی بسیار شخصی صحبت کنند (مثلاً خجالت‌آورترین خاطره‌شان). از بیماران خواست تا در مورد موضوعی صحبت کنند که اطلاعات اندکی در مورد آن دارند (مثل سیاه چاله‌های فضایی یا شبیه‌سازی ژنتیکی). آوردن حضار جدید به جلسه، قطع کردن سخنرانی در جاهای مختلف. از بیمار خواست تا قبل از سخنرانی‌اش شنا برود، تند تند نفس بکشد یا از پله‌ها بالا بیاید تا از لحاظ جسمانی تحریک شده و عرق کند.

جلسه هفتم تا آخر: در ابتدای جلسه هفتم، درمانگر باید مواجهه در محیط طبیعی خارج از گروه را معرفی کند. پیش از هر تمرین، باید از بیمار خواسته شود تا این مسائل را پیش بینی کند: متوسط و حداکثر اضطراب در طول مواجهه چقدر خواهد بود؟ پیامد این موقعیت چه خواهد بود (مثلاً طرف مقابل چه خواهد گفت و چگونه برخورد خواهد کرد)؟ پیامدها تا چه زمانی باقی خواهند ماند (مثلاً در مورد یک رویدادهای ناگوار اجتماعی)؟ چنین موقعیت‌هایی باید مناسب هر بیمار تهیه شده و بر اساس سلسله مراتب هراس و اجتناب باشد. این موقعیت‌ها می‌توانند در ابتدا ساده و سر راست باشند (به عنوان مثال پرسیدن آدرس، پس دادن یک جنس به مغازه بعد از یک هفته و ...). هر چند با آغاز جلسه هشتم، درمانگر باید بیماران را برای قرار گرفتن در موقعیت‌هایی که برای اغلب افراد ناخوشایند است و یا رویدادهای ناگوار اجتماعی را باعث می‌شود، ترغیب کند. در اواخر درمان توصیه می‌شود جلسه‌ای به آمادگی برای جلوگیری از عود بیماری اختصاص یابد.

ابزار:

پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی¹ (SPSAQ):

برای اندازه گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد مورد آزمون از پرسشنامه هراس اجتماعی استفاده می شود. این پرسشنامه 38 سوال دارد که توسط مشاوره (1381) ساخته شد. قسمتی از سوالات آن با استفاده از ملاک های تشخیصی معتبر و مطالعه ادبیات مربوط به هراس اجتماعی ساخته شده اند. قسمت دیگری از سوالات این پرسشنامه (15 سوال) نیز با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی جاناتان دیویدسون² (1997؛ به نقل از مشاوره، 1381) ساخته شده اند. این پرسشنامه همچنین علائم حساسیت به انتقاد، عدم جرأت ورزی، ترس از طرد اجتماعی، اجتناب از حضور در اجتماع، کیفیت ارتباط اجتماعی را می سنجد. پایایی آزمون سنجش علائم هراس اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ، 0/83 تعیین گردیده (مشاوره، 1381). گزینه های به کار رفته در این پرسشنامه عبارتند از: «اصلاً»، «کمی»، «تا حدی»، «زیاد»، «خیلی زیاد» که به ترتیب نمره 0 و 1 و 2 و 3 و 4 برای آنها در نظر گرفته شده است.

پرسشنامه جمعیت شناختی

این فرم محقق ساخته وضعیت شخصی بیمار را از لحاظ سن، جنس، وضعیت تاهل، وضعیت تحصیلات، تحصیلات پدر و مادر مراجعه پیشین به روانپزشک یا روان شناس به علت مشکل روانی و سابقه مصرف دارو را مشخص می کند.

روش اجرا

پس از آنکه نمونه گیری انجام شد، در یک جلسه تمامی بیماران به صورت گروهی به پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی پاسخ دادند. به دلیل کمی تعداد پرسشنامه ها نیاز به

1. Social Phobia Symptoms Assessment Questionnaire (SPSAQ)

2. Janatan Davidson

کنترل اثر خستگی دیده نشد بنا بر این خستگی ناشی از پر کردن پرسشنامه‌ها نمی‌توانست موجب کاهش تمرکز در پاسخ‌دهی بیماران و کاهش اعتبار ابزارها گردد. پس از توزیع پرسشنامه‌ها توضیحات کوتاهی در مورد نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها داده شد تا دقت اجرا بالا رود. نهایتاً اعضای نمونه به شیوه تصادفی در گروه کنترل و دو گروه آزمایشی قرار گرفتند و مداخله فراشناختی ولز به مدت 8 جلسه گروهی و به مدت دو ماه به صورت جلسات یک ساعت و نیم بر روی گروه آزمایشی اول اجرا شد. همچنین درمان رفتاری-شناختی به صورت 8 جلسه یک و نیم ساعته بر روی گروه آزمایش دوم اجرا شد. پس از اتمام جلسات از بیماران سه گروه تقاضا شد در جلسه‌ای حضور یابند و به صورت گروهی پس از آزمون را تکمیل کنند.

یافته‌ها

شرکت کنندگان پژوهش حاضر عبارت بودند از 45 نفر (20 مرد و 21 زن) با دامنه سنی 18 تا 31 ساله. میانگین سنی گروه گواه (22/4) و گروه‌های آزمایشی نیز به ترتیب 22/5، 23/7 می‌باشد. بنا بر این گروه‌ها از نظر توزیع سنی به نسبت در یک محدوده هستند. همچنین نتایج تحلیل واریانس نشان داد که تفاوت بین سن سه گروه معنی دار نیست. نتایج ضریب V کرامر نشان داد که سه گروه از لحاظ تعداد دو جنس تفاوت معناداری با هم ندارند ($p > 0/05$). در گروه آزمایشی درمان شناختی-رفتاری (12 نفر)، 40 درصد (5 نفر) شرکت کنندگان دارای تحصیلات دیپلم، 40 درصد لیسانس (5 نفر) و 20 درصد (2 نفر) فوق لیسانس بودند، در گروه آزمایشی درمان فراشناختی (14 نفر)، 45 درصد (6 نفر) شرکت کنندگان دارای تحصیلات دیپلم، 45 درصد (6 نفر) تحصیلات لیسانس و 10 درصد (2 نفر) فوق لیسانس بودند و همچنین در گروه کنترل (15 نفر)، 47/5 درصد (7 نفر) تحصیلات دیپلم، 47/5 درصد (7 نفر) تحصیلات لیسانس و 5 درصد (1 نفر) دارای تحصیلات فوق لیسانس بودند.

جدول 1: میانگین و انحراف معیار پیش آزمون و پس آزمون هراس اجتماعی به تفکیک سه گروه

پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیرها
SD	M	SD	M		
22/2	44/35	17/6	74/07	آموزش	هراس
				فراشناختی	اجتماعی
22/1	56/75	17/82	72/16	آموزش شناختی	
				رفتاری	
13/4	76/93	14/47	78/33	کنترل	

همان طور که در جدول (1) مشاهده می شود بعد از درمان در گروه های آزمایشی نمرات هراس اجتماعی نسبت به گروه گواه کاهش بیشتری داشته اند. از آنجایی که طرح پژوهش حاضر از نوع پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل می باشد، آنچه در این طرح ها از اهمیت برخوردار است کنترل متغیرهای هم زمان با متغیر مستقل می باشد که ممکن است روی متغیر وابسته تأثیر گذار باشند. بنابراین بهترین روش برای کنترل متغیرهای هم زمان (اثرات پیش آزمون) استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس می باشد. ولی از آنجایی که در این پژوهش سه گروه از لحاظ نمرات پیش آزمون تفاوت معناداری با هم نداشتند نیازی به کنترل اثر پیش آزمون بر روی نمرات متغیر های وابسته نبود به همین دلیل از آزمون تحلیل واریانس تک متغیره جهت مقایسه میانگین نمرات سه گروه با یکدیگر و برای مقایسه دو به دو گروه ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده گردید. نتایج آزمون لوین جهت سنجش پیش فرض برابری واریانس های سه گروه در متغیر هراس اجتماعی در جدول (2) ارائه شده است.

جدول 2: آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس ها برای کلیه متغیرهای پژوهش

متغیرهای وابسته	آماره لوین	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	سطح معناداری
علامه اختلال هراس اجتماعی	0/48	2	38	0/49

چنانچه ملاحظه می‌شود بین واریانس گروه‌ها در متغیر هراس اجتماعی تفاوت معنادار وجود ندارد، و واریانس گروه‌ها با هم برابر می‌باشد، بنا بر این پیش فرض تساوی واریانس‌ها برای کلیه متغیرها رعایت شده است و می‌توان از آزمون‌های پارامتریک جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده کرد.

جدول 3: نتایج تحلیل آنوا برای مقایسه تفاضل گروه‌ها از لحاظ متغیرهای وابسته هراس اجتماعی

متغیر	منبع تغییرات	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	F	sig
هراس اجتماعی	بین گروهی	7853/21	2	3926/60	10/38	0/001
	درون گروهی	14374/39	38	378/27		
	کل	22227/61	40			

همان‌طور که نتایج جدول بالا نشان می‌دهد بین میانگین نمرات سه گروه در مرحله پس آزمون در متغیر وابسته هراس اجتماعی تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$, $F = 10/38$). جهت مشخص کردن دقیق‌تر تفاوت جفتی گروه‌ها از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج آن در جدول (4) ارائه شده است.

جدول 4: مقایسه میانگین نمرات گروه‌ها در متغیر هراس اجتماعی در پس آزمون با استفاده از آزمون

LSD تعقیبی

گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	sig
فرشاختی	12/39	0/14
کنترل	-20/18 *	0/01
فرشاختی	-12/39	0/14
کنترل	-32/57 *	0/001
فرشاختی	20/18	0/01
کنترل	32/57	0/001

همان‌طور که در جدول (4) مشاهده می‌شود نتایج آزمون LSD حاکی از این است که بین میانگین نمرات گروه درمان رفتاری - شناختی و گروه درمان فراشناختی تفاوت معناداری دیده نمی‌شود. ولی میانگین نمرات هر دو گروه آزمایش با گروه کنترل تفاوت معناداری دارد ($p < 0/01$)، به عبارتی میانگین نمرات علائم هراس اجتماعی در پس آزمون دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کم‌تر می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری و فراشناختی در بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی بود. نتایج پژوهش نشان داد علائم هراس اجتماعی در گروه آزمایشی که درمان شناختی - رفتاری دریافت کرده بودند نسبت به گروه گواه در پس آزمون کاهش معناداری را نشان می‌دهد. این نتایج در راستای نتایج پژوهش‌های (مشاوری، 1381؛ زرگر، 1383؛ استانگیر، هایدن ریچ، پیترز، لوترباچ و کلارک¹ 2003؛ هافمن، 2004؛ لینکلن، ریف، هاهلووگ، فرانک، ویتزلبن² و همکاران، 2003) می‌باشد. برای مثال روسر، ایساکیدیس و پیترز³ (2003) در تحقیقی نشان داد که درمان شناختی - رفتاری گروهی متشکل از آموزش درباره هراس اجتماعی و عوامل تداوم بخش آن و ترکیبی از مواجهه تدریجی با موقعیت‌های اجتماعی ترس آور و شناخت درمانی باعث کاهش معنی دار ترس از مورد مشاهده قرار گرفتن، اضطراب تعامل اجتماعی، ترس از اشتباه کردن و افسردگی در افراد مبتلا به هراس اجتماعی می‌شود.

درمان شناختی رفتاری هراس اجتماعی شامل سه جزء اساسی تمرینات مواجهه‌ای درون جلسه، بازسازی شناختی قبل و بعد از تمرینات مواجهه‌ای درون جلسه، و تکالیف خانگی برای مواجهه می‌باشد که به وضوح شامل مهارت‌های بازسازی شناختی فرا گرفته شده در گروه

1. Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach & Clark
2. Lincoln, Rief, Hahlweg, Frank, Witzleben
3. Rosser, Issakidiss & Peters

است. در طی این جلسات تبیین‌های شناختی رفتاری هراس اجتماعی به بیماران ارائه می‌شود که آنها را از لحاظ منطقی برای سه جزء درمان آماده کرده و از طریق دادن تمرین‌های ساخت دار شروع به بازسازی شناختی مفاهیم ذهنی بیماران می‌کند. بیماران با صحبت مختصر درباره خودشان، بیان ترس‌های اجتماعی اصلی‌شان، بیان اهداف خود از شرکت در جلسات و نقش داشتن در بحث‌های مربوط به تمرین‌های بازسازی شناختی، به تدریج خود را در معرض صحبت کردن در گروه قرار می‌دهند (تورک و همکاران، 1999). این روش درمانی افراد را تشویق می‌کند که خود را در معرض موقعیت‌های اجتماعی زندگی واقعی قرار دهند و تکرار این فرایند همراه با بازسازی شناختی افکار ناکارآمد آنها باعث کاهش علائم اختلال می‌شود. از دیگر نتایج این پژوهش کاهش معنادار نمرات گروه آزمایشی درمان فراشناختی نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون بود. نتایج پژوهش‌های مختلف حاکی از اثر بخش بودن این روش درمانی در طیف گسترده‌ای از اختلالات روانشناختی از جمله اختلال استرس پس از سانحه (بخت‌آور و همکاران، 1386)، علائم مانیا و افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی (بهرامی و رضوان، 1383)، وسواس فکری- عملی (خرمدل، 1388؛ اندوز، 1383) و... بوده است.

از دلایل اثر بخش بودن درمان فراشناختی در اختلال هراس اجتماعی می‌توان گفت از آنجایی که 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 موثر می‌افتد که موجب آگاهی بیماران از فرایند سیستم پردازش فراشناختی‌شان 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 اضطراب‌انگیزی موقعیت‌های اجتماعی دارند و در نتیجه در آمیختگی افکار بیشتری هم به

چشم می خورد، بیمار یاد می گیرد 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 اضطراب و احساس شرم در مورد چیزی که واقعیت ندارد، متحمل شوند.

در درمان فراشناختی، تکنیک‌های اسناد سازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری، در آمیختگی افکار را به چالش می‌طلبند. این فرایند کمتر در درمان شناختی مورد توجه قرار گرفته است. از دیگر دلایل اثر بخشی درمان فراشناختی این است که بیماران یاد می‌گیرند از افکار خود فاصله بگیرند و متوجه شوند که این افکار مزاحم مربوط به هراس اجتماعی به فرایندها و اعمال بعدی، نامربوط می‌باشند. انجام این کار در مدل فراشناختی با اصلاح باورهای فراشناختی که به افکار و سواسی مربوط هراس اجتماعی معنا و مفهوم خاصی می‌دهد امکان پذیر می‌شود. این تمرین‌های وسیع می‌توانند پاسخ‌های مقابله‌ای غیر ارادی را که ناسازگار هستند از بین ببرند. تحت این شرایط، راهبردهای فراشناختی جدیدی (همان طرح‌های جایگزین) برای کنار آمدن با افکار ناکارآمد و مزاحم بسیار موثر می‌افتد. از دیگر یافته‌های پژوهش این بود که بین میانگین نمرات هراس اجتماعی در مرحله پس از آزمون بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد، به عبارتی این نتیجه حاکی از اثر بخش بودن هر دو روش درمانی است. از جمله محدودیت‌هایی که پژوهش حاضر با آن مواجه بود می‌توان به نبود مرحله پیگیری به علت در دسترس نبودن برخی از شرکت کنندگان، محدود بودن دامنه سنی شرکت کنندگان (18 تا 31 سال) که تعمیم پذیری نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد و بالاخره نبود پیشینه پژوهشی داخلی و خارجی در زمینه مقایسه این دو روش درمانی در کاهش علائم هراس اجتماعی اشاره کرد، که خود این محدودیت آخر می‌تواند جزو نکات قوت پژوهش حاضر به علت ماهیت نوع آورانه آن نیز باشد. پژوهشگران پیشنهاد می‌کنند که در پژوهش‌های آتی در داخل کشور کارایی مداخله فراشناختی در مقایسه با دیگر مداخله‌های رایج (به ویژه دارو درمانی) نیز در مورد اختلال هراس اجتماعی آزمون شود، این مقایسه درمانی در دیگر رده‌های سنی و همچنین افراد بی‌سواد اجرا و اثر بخشی آن آزمون شود و در نهایت 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.

منابع فارسی

- اندوز، زهرا. (1383). کارآیی و اثر بخشی الگویی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی - اجباری. فصل نامه اندیشه و رفتار. سال دوازدهم. شماره 1. 66-59.
- بخت آور، عیسی. نشاط دوست، حمید رضا. مولوی، حسین و بهرامی، فاطمه. (1386). اثربخشی درمان رفتاری - فراشناختی بر کاهش میزان خود تنبیهی در بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. مجله علوم رفتاری؛ دوره پنجم، شماره 2.
- خرمدل، کاظم. (1388). بررسی اثر بخشی مداخله فراشناختی ولز بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد روانشناسی گرایش عمومی. دانشگاه اصفهان.
- دادستان، پریخ. (1382). روانشناسی مرضی تحولی (جلد 1). تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- سادوک، بنیامین. جی و سادوک، ویرجینیا. آل. (2007). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری / روانپزشکی (جلد دوم). ترجمه فرزین رضاعی (1389). تهران: انتشارات ارجمند.
- کلارک، دیوید. م و فریورن، کریستوفر. ج. (1997). دانش و روش‌های کاربردی رفتار درمانی شناختی. ج 1. ترجمه حسین کاویانی (1380). چاپ اول. تهران: فارس.
- مشاوری، امیرحسین. (1381). بررسی تأثیر درمان گروهی شناختی - رفتاری بر علایم هراس اجتماعی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه اصفهان. پایان نامه جهت اخذ کارشناسی ارشد مشاوره. دانشگاه اصفهان.
- ولز، آدرین. (2000). اختلالات هیجانی و فراشناخت. ترجمه فاطمه بهرامی و شیوا رضوان (1385). اصفهان: مانی.

منابع لاتین

- Fahlen, T. (1995). Personality traits in social phobia: Comparisons with healthy controls. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 560-568.
- Fairbrother, N. (2002). The treatment of social phobia: 100 years ago. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 1291-1304.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Kessler, R. C. , Berglund, P. , Demler, O. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., Witzleben, I. V., Schroeder, B., & Fiegebbaum, W. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251- 1269.
- Lydiard, R. B. (2001). Social anxiety disorder: Comorbidity and its implications. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62,17-23.
- Magee, W. J. (1996). Agoraphobia, simple phobia and social phobia in the national comorbidity survey. *Archive of General psychiatry*, 53 (2) , 152-168.
- Marteinsdottir, I. , Tillfors, M. , Furmark, T. , Anderberg, U. M. , & Ekselius, L. (2003). Personality dimensions measured by the temperament and character inventory (TCI) in subjects with social phobia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57, 29-35.
- Ost, L. G. (1988). Applied relaxation: Description of an effective coping technique. *Scandinavia Journal of Behaviour Therapy*,17, 83-96.
- Reich, J. , & Hofmann, S. G. (2004). State personality disorder in social phobia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16, 139-144.
- Rosser, S., Issakidis, C., & Peters, L. (2003). Perfectionism and social phobia: Relationship between the constructs and impact on cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 143-151.
- Schneier, F. R. , Johnson, J. , Hornig, C. D. , Liebowitz, M. R. , & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry*, 49, 282-288.
- Stingier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 991-1007.
- Turk, C. L. , Heimberg, R. G. , & Hope, D. A. (2001). Social anxiety disorders In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders* (p. p. 114-154). New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. ,& Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*,11 (7) ,365-377.