

اثربخشی آموزش مبتنی بر مدل تدوینی شناختی-فراشناختی - رفتاری بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی

افسانه شهبازی راد^۱

عزت‌اله قدم‌پور^۲

فیروزه غضنفری^۳

خدایم‌راد مومنی^۴

تاریخ پذیرش: ۹۵/۴/۲۶

تاریخ وصول: ۹۵/۲/۱

چکیده

این پژوهش برای تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر مدل شناختی-فراشناختی-رفتاری بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی صورت گرفت. روش پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراجعه‌کننده به مراکز خصوصی و عمومی سطح شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ بود، که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر از کسانی که از طریق مصاحبه‌ی ساختاریافته (SCID-I) و پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند، انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل (لیست انتظار) به صورت تصادفی جایگزین شدند. دوازده جلسه درمان شناختی-فراشناختی-رفتاری با توجه به مدل تدوین شده و بر اساس دیدگاه‌های نظری مربوطه، به صورت هفته‌ای دوبار برای گروه آزمایش اجرا گردید. در حالی که گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان مداخله هر دو گروه مجدداً با آزمون اضطراب اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) استفاده شد. نتایج نشان داد که آموزش مبتنی بر مدل شناختی-فراشناختی-رفتاری بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در گروه آزمایش مؤثر بوده است ($P < 0/001$). بنابراین، با توجه به اثربخش بودن مدل مورد نظر بر کاهش علائم اختلال اضطراب

*این مقاله برگرفته از بخشی از رساله دکتری روانشناسی نویسنده نخست در دانشگاه لرستان است

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه لرستان (Ashahbazirad2020@gmail.com)

۲. دانشیار روانشناسی دانشگاه لرستان (نویسنده‌ی مسؤل) (Ghadampour.e@lu.ac.ir)

۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه لرستان (Firoozeh.ghazanfari@yahoo.com)

۴. دانشیار روانشناسی دانشگاه رازی کرمانشاه (Khmomenti2000@yahoo.com)

اجتماعی به نظر می‌رسد، درمانگران و مشاوران می‌توانند از این مدل تدوینی برای کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در بین مبتلایان استفاده کنند.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب اجتماعی، مدل شناختی-فراسناختی-رفتاری

مقدمه

اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین اختلالات روانی هم در مراقبت‌های اولیه و هم در طب بالینی هستند. مطالعات همواره حاکی از آن بوده‌اند که اختلالات اضطرابی عوارض و مشکلات زیادی را سبب می‌شوند. مقادیر بالایی از مراقبت‌های بهداشتی را صرف خود می‌کنند و سطح کیفیت زندگی و کارکرد فردی-شغلی افراد را به شدت کاهش می‌دهند (سادوک و سادوک^۱، ۲۰۰۷؛ ترجمه‌ی پورافکاری، ۱۳۸۸). اختلال اضطراب اجتماعی سومین اختلال روانپزشکی و شیوع آن حدود ۱۳٪ است (تولبور^۲، ۲۰۱۱). فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌کوشد از موقعیت‌هایی که در آن‌ها ممکن است مورد ارزیابی دیگران قرار گیرد و نشانه‌های اضطراب در او ظاهر شود و یا به روشی رفتار کند که خجالت‌زده شود، پرهیز کند. ترس‌های مربوط به عرق کردن شدید و سرخ شدن چهره از جمله علائمی هستند که در این افراد زیاد دیده می‌شود. به بیان دیگر هر کاری که در حضور دیگران انجام دهند، می‌تواند اضطراب شدید و یا حتی یک حمله‌ی کامل وحشت‌زدگی در آنان پدید آورد (داویدسون، نیل و کرینگ^۳، ۲۰۰۴). روشن است که بدون درمان، اضطراب اجتماعی می‌تواند به طور قابل توجهی توانایی‌های شغلی، تحصیلی و اجتماعی افراد را در طول زندگی مختل کند (دیویس، مانسون و تارکزا^۴، ۲۰۰۹).

در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، هم از درمان‌های دارویی و هم از درمان‌های روانشناختی بهره گرفته می‌شود. هر چند بررسی‌های چندی در رابطه با تعیین برتری یکی از این‌ها نسبت به دیگری انجام شده، هنوز یافته‌های باثباتی که بتواند برتری یک روش را بر دیگری نشان دهد به دست نیامده است (تورک، هیمبرگ و هوپ^۵، ۲۰۰۱؛ روآ و آنتونی^۶،

-
1. Sadock & Sadock
 2. Tulbure
 3. Davison, Neale & Kring
 4. Davis, Munson & Tarcza
 5. Turk, Heimberg & Hope
 6. Rowa & Antony

(۲۰۰۵). 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 مواجهه درمانی (کلارک و فربورن^۱، ۱۹۵۴؛ ترجمه‌ی کاویانی، ۱۳۸۰)، آموزش مهارت‌های اجتماعی (دادستان، ۱۳۸۲)، درمان پذیرش و تعهد (محقق، دوستی و جعفری، ۱۳۹۵)، دارودرمانی (سادوک و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه‌ی رضاعی، ۱۳۸۹) اشاره کرد، اما به سبب محدودیت‌هایی که این روش‌ها دارند، توجه به روش‌های درمانی دیگری نیز حائز اهمیت است، رایج‌ترین درمان روانشناختی برای اضطراب اجتماعی درمان شناختی-رفتاری گروهی است (هافمن و بوگلس^۲، ۲۰۰۶). درمان شناختی-رفتاری گروهی یک مداخله‌ی گروهی ساخت یافته است که بر اساس مدل شناختی اضطراب اجتماعی طراحی شده است (رپی و همبرگ^۳، ۱۹۹۷). در درمان‌های رفتاری، شناختی و شناختی-رفتاری، 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 راهبرد کنترل فراشناختی و باورهای مثبت و منفی فراشناختی، نیز اختلال دارند (ولز و پاپاگئوریگو^۴، ۱۹۹۸). وجود باورهای شناختی منفی در مورد خویش می‌تواند به عنوان عامل خطر در جهت ترس و اجتناب افراد مستعد به اضطراب اجتماعی در ورود به موقعیت‌های اجتماعی مطرح باشد (روث^۵، ۲۰۰۴). بدین ترتیب منشأ آشفته‌گی‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی ممکن است ماهیت ساختاری نیز داشته باشد و یا این که با استراتژی‌های بیمار برای ارزیابی و کنترل افکار مرتبط باشد (اسپور و استوپا^۶، ۲۰۰۲). بدین ترتیب هم الگوهای شناختی و هم در پی آن الگوهای فراشناختی، سازوکارهای زیرین اضطراب اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند (لی و تلچ^۷، ۲۰۰۸؛ ولز و متیوز^۸، ۱۹۹۶). اما درمان فراشناختی، به عنوان رویکرد شناخت درمانی خالص، به دلیل نارضایتی از رویکردهای رفتاری-شناختی موجود که ویژگی‌های مهم تفکر غیرانطباقی و عوامل کنترل‌کننده‌ی آن مورد توجه قرار نمی‌گیرند، به وجود آمده است. اصل بنیادین این درمان این

1. Clark & Ferbourn
2. Hofmann & Bogels
3. Rapee & Heimberg
4. Wells & Papageorgiou
5. Roth
6. Spur & Stopa
7. Lee & Telch
8. Matthews

است که اختلال روانشناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی-توجهی مرتبط است و هدف درمان فراشناختی درمان این سندرم و تعدیل باورهای فراشناختی مربوط به آن است (ولز، ۲۰۰۹).

پورحسن و ساعد (۲۰۱۰)، ملیانی، شعیری، قاندى، بختیاری و طاولی (۱۳۸۸) و حیدریان فرد، بخشی‌پور و فرامرزی (۱۳۹۴) به بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی پرداختند و یافته‌های آنان نشان داد که درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی مؤثر است. بیدل، ترنر و یانگ^۱ (۲۰۰۶) و مرتبرگ، کارلسون، فرینگک و ساندین^۲ (۲۰۰۶) نیز به بررسی حفظ اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی پرداختند که نتایج مطالعات آنان نشان داد بیماران می‌توانند یافته‌های حاصل از درمان را ۳-۵ سال بعد هم حفظ کنند. رحمانیان، میرزائیان و حسن‌زاده (۱۳۹۰) در پژوهشی به بررسی اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی پرداختند که نتایج حاکی از اثربخش بودن این شیوه‌ی درمانی در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی بود.

در بررسی مقایسه‌ای اثربخشی گروه درمانی رفتاری صرف با گروه درمانی شناختی صرف در خصوص این اختلال، پژوهش کلارک، دیوید، اهلرز، هچمن، مک‌مانوس و فنل^۳ (۲۰۰۶). که در مورد ۶۳ بیمار فوبی اجتماعی به دو صورت درمان شناختی و رویارویی به علاوه‌ی آرامسازی انجام شده بود، نشان داد که درمان شناختی فوبی اجتماعی بهتر از رویارویی به همراه آرامسازی عمل می‌کند و برنامه‌ی شناختی در مقایسه با درمان رفتاری تأثیر بیشتری در درمان اختلال فوبی اجتماعی داشت. در یک بررسی که توسط غیورکاظمی، سپهری شاملو، مشهدی و غنایی چمن‌آباد (۱۳۹۴) بر روی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی صورت گرفت، نتایج نشان داد که فراشناخت ۸۸٪ در درمان اضطراب اجتماعی خفیف مؤثر بوده است. شیرازی تهرانی، میردریکوند و سپهوندی (۱۳۹۴) نیز در پژوهشی بر اثربخش بودن درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی تأکید داشتند.

-
1. Beidel, Turner & Young
 2. Morrtberg, Karlsson, Fyring & Sundin
 3. Clark, David, Ehlers, Hachman, McManus & Fennell

بنابراین با توجه به شیوع بالای این اختلالات و آسیب‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی (وونگ، سارور و بیدل^۱، ۲۰۱۲؛ دیمیر، کاراستین، ارالپ دیمیر و یوسال^۲، ۲۰۱۳) ناشی از این اختلال و اثرات آن بر کاهش کیفیت زندگی (ویدمن، فرناندز و لوینسون، آیوگوستین، لارسن و رودباخ^۳، ۲۰۱۲؛ رومم، ملی، تورسن، آندراسین و روزبرگ^۴، ۲۰۱۲) و همچنین فقدان پژوهش جامع و کامل در مورد ترکیب عوامل شناختی-فراشناختی-رفتاری در درمان اختلال اضطراب اجتماعی، به نظر می‌رسد الگوی درمانی که هم ساختارهای سطحی و هم ساختارهای زیربنایی اضطراب را مورد توجه قرار دهد، بسیار حائز اهمیت است، لذا ابتدا در قالب یک مدل با توجه به ابعاد شناخت (ترس از ارزیابی منفی، مفروضه‌های زیربنایی و خودکارآمدی)، فراشناخت (کنترل ذهنی، فراباورهای منفی و توانایی شناختی) و رفتار (رفتار ایمنی‌بخش و رفتار اجتنابی)، الگو و مدلی طراحی شد که بعد از برازش مدل مورد نظر، با توجه به مبانی نظری مطروحه، به بررسی اثربخشی آموزش مبتنی بر مدل تدوینی ابعاد شناختی-فراشناختی-رفتاری بر کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهر کرمانشاه پرداخته شد.

روش پژوهش

جامعه‌ی این پژوهش کلیه مراجعین مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراکز مشاوره خصوصی و مراکز مشاوره‌ی دانشگاه‌ها در سطح شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای انجام پژوهش مذکور، ابتدا از بین مراجعین مراکز مشاوره خصوصی و عمومی در سطح شهر کرمانشاه تعداد ۳۰ نفر که در مقیاس اضطراب اجتماعی کانور^۵ و همکاران (۲۰۰۰) نمره بالای ۱۹ و همچنین در مصاحبه ساختاریافته (SCID-I) نیز واجد ملاک‌های اختلال اضطراب اجتماعی بودند، انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (لیست انتظار) به صورت تصادفی جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش؛ گرفتن نمره‌ی ۱۹ و بالاتر در مقیاس اضطراب اجتماعی، دریافت تشخیص اضطراب اجتماعی با توجه به مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته، دامنه‌ی سنی ۲۰-۴۰

1. Wong, Sarver & Beidel
2. Demir, Karacetin, Eralp Demir & Uysal
3. Weidman, Fernandez, Levinson, Augustine, Larsen & Rodebaugh
4. Romm, Melle, Thorsen, Andreassen & Rossberg
5. Connor

سال و استفاده نکردن بیمار از هر گونه داروی اعصاب و روان و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم تمایل به همکاری در پژوهش و وجود بیماری‌های جسمانی و روانی دیگر. در این پژوهش جنبه‌های اخلاقی شامل موارد زیر در نظر گرفته شدند: شرکت‌کنندگان در این پژوهش از اختیار لازم برای همکاری برخوردار بودند، رضایت آنان به صورت شفاهی جلب شد، اطلاعات مربوط به شرکت‌کننده‌ها محفوظ نگه داشته شد و این اطمینان به آنان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و به صورت گروهی گزارش خواهد شد.

طرح پژوهش: این پژوهش شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود، اطلاعات گردآوری شده برای تعیین اثربخشی آموزش مبتنی بر مدل تدوینی شناختی-فراشناختی-رفتاری (متغیر مستقل) بر کاهش علائم (متغیر وابسته) در بین مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی شهر کرمانشاه صورت گرفته است. از ابزارهای زیر برای گردآوری داده‌ها استفاده شد:

- مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I): SCID-I برای سنجش محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه‌ی بالینگر (SCID-CV) و نسخه‌ی پژوهشی می‌باشد که در این پژوهش از نسخه‌ی بالینگر استفاده شد. این نسخه اختلال‌هایی را که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند، پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه‌ی پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه‌ی باز درباره‌ی بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد. در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت: ؟ (اطلاعات ناکافی درباره‌ی نشانه، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌گردند و شش حوزه‌ی نشانگان روان‌پریشی، دوره‌های خلقی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب را پوشش می‌دهد (محمدخانی، ۱۳۸۹). شریفی و همکاران (۱۳۸۷) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) را برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آنان همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند (نقل از حسنی، تاج‌الدینی، قاعدنیای جهرمی، فرامانی شهررضا، ۱۳۹۳). SCID-II نیز برای سنجش اختلالات شخصیت (محور دوم) به کار می‌رود و تمامی اختلالات مربوطه را پوشش می‌دهد. در این ابزار نشانه‌ها با چهار علامت: ؟ (اطلاعات ناکافی درباره‌ی نشانه)، ۱ (عدم وجود نشانه)، ۲ (پایین‌تر از حد

آستانه)، ۳ (در حد آستانه) علامت گذاری می شوند. شاخص توافق کاپا برای تشخیص های مقوله ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص های درون طبقه ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است. همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است (مافی، فوساتی، آگوستونی، دوناتی، نامیا، نوولا و همکاران^۱، ۱۹۹۷).

- پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPIN)^۲: این پرسشنامه به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردیده است و شامل ۱۷ ماده و سه زیرمقیاس فرعی ترس^۳ (۶ ماده)، اجتناب^۴ (۷ ماده) و علائم فیزیولوژیک^۵ (۴ ماده) است و در آن، هر ماده بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت، نمره گذاری می شود. این ابزار با دارا بودن ویژگی های با ثبات روانسنجی می تواند به عنوان یک ابزار برای سنجش شدت علائم اختلال اضطراب اجتماعی به کار رود و با توجه به این که نسبت به کاهش علائم در طی زمان حساس است، می تواند به عنوان یک ابزار غربالگری و نیز برای آزمودن پاسخ به درمان اختلال اضطراب اجتماعی و یا تمیز دادن درمان های با کارایی متفاوت به کار گرفته شود (کانور، دیویدسون، چرچیل، شرود، فوآ و ویسلر^۶، ۲۰۰۰). در این پرسشنامه، نقطه ی برش ۱۹ با کارایی یا دقت تشخیصی ۰/۷۹، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون این اختلال را از هم تشخیص می دهد (دیویدسون، ماینر، دی ویوگ-گیس، تاپلر، کولکت و پوتس^۷، ۱۹۹۷). حسوند عموزاده (۱۳۸۶) ضریب آلفای پرسشنامه را در نمونه ی غیربالینی ایرانی در نیمه ی نخست؛ ۰/۸۲ و در نیمه ی دوم؛ ۰/۷۶، همبستگی دو نیمه ی آزمون را ۰/۸۴ و ضریب همبستگی اسپیرمن براون را ۰/۹۱ گزارش نموده است. همچنین محاسبه ی آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی ها در زیرمقیاس های مختلف گزارش شده مقیاس اضطراب اجتماعی یعنی اجتناب، ۰/۷۵؛ ترس، ۰/۷۴ و ناراحتی، ۰/۷۵ رضایت بخش گزارش شده است.

شیوه ی اجرای پژوهش: بعد از انتخاب و جایگزینی تصادفی مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی در گروه های آزمایش و کنترل، مبتلایان حاضر در گروه آزمایشی، تحت آموزش

1. Maffei, Fossati, Agostoni, Donati, Namia & Novella et al
2. Social Phobia Inventory (SPIN)
3. fear
4. avoidance
5. physiological symptom
6. Connor, Davidson, Churchil, Sherwood, Foa & Weisler
7. Davidson, Miner, De Veugh-Geiss, Tupler, Colket & Potts

درمان‌های شناختی-فراشناختی-رفتاری که بر اساس نظریات نینان و درایدن^۱ (۱۹۵۳)، لی‌هی^۲ (۲۰۰۳)، بک^۳ (۱۹۷۶)، ولز^۴ (۱۹۶۲) و بندورا^۵ (۱۹۹۷) طراحی شده بود، قرار گرفتند (محتوای جلسات در جدول شماره ۱ گزارش شده است). این برنامه‌ی آموزشی توسط پژوهشگر به مدت دوماه که به صورت هفته‌ای دو جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای بود، اجرا شد، از آنجایی که مبتلایان انتخاب شده از سطح سواد خواندن برخوردار بودند، لذا تکمیل پرسشنامه توسط خود افراد صورت گرفت. در مدت اجرای برنامه‌ی مداخله‌ای برای گروه آزمایش، برای گروه کنترل (لیست انتظار) هیچ‌گونه مداخله‌ای اجرا نشد، بعد از اتمام جلسات، هر دو گروه با پرسشنامه‌ی اضطراب اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جدول ۱. مدل تدوینی شناختی-فراشناختی-رفتاری برگرفته از نظریات نینان و درایدن (۱۹۵۳)، لی‌هی (۲۰۰۳)، بک (۱۹۷۶)، ولز (۱۹۶۲) و بندورا (۱۹۹۷) در درمان اختلال اضطراب اجتماعی

جلسات	محتوای جلسات
جلسه نخست	آشنایی و برقراری ارتباط میان اعضای گروه با یکدیگر، آشنایی با چارچوب و قواعد شرکت در جلسات
جلسه دوم	تبیین اختلال در چارچوب ابعاد زیستی-روانی-اجتماعی و تعریف علائم و نشانه‌ها به عنوان بخشی از علائم شناخته شده
جلسه سوم	شناسایی بایدها و چالش با تفکر بایداندیشی، آزمایشات رفتاری، پاداش به قراردادهای شخصی
جلسه چهارم	بررسی سودمندی فرض‌ها و قواعد، فهرست کردن مزایا و معایب آن، تصویرپردازی برای تعدیل فرض‌ها و قواعد
جلسه پنجم	تکنیک تمایز فکر از واقعیت و تکنیک مرز بین پیشرفت‌گرایی و کمال‌گرایی
جلسه ششم	آموزش خودکارآمدی و ابراز وجود، شناسایی خودگویی‌های منفی و تحریف‌های شناختی
جلسه هفتم	آموزش آرامسازی و ریلکسیشن و حساسیت‌زدایی
جلسه هشتم	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، خودتنظیمی، توقف فکر و ایفای نقش
جلسه نهم	معرفی تکنیک‌های به تعویق انداختن نشخوار فکری، اصلاح فراباورهای مثبت و منفی فرد، آموزش تکنیک اصلاح توجه

1. Neenan & Dryden
2. Leahy
3. Beck
4. Wells
5. Bandura

جلسه دهم	سودمند، کاربرد تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی در برخورد با راهبردها و افکار ناکارآمد فراشناختی
جلسه یازدهم	تلفیق و به کارگیری تکنیک‌های شناختی-فراشناختی-رفتاری
جلسه دوازدهم	جمع‌بندی و مرور جلسات

شیوه‌ی تحلیل داده‌ها: اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها به وسیله‌ی تحلیل کواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) مورد بررسی قرار گرفت، تحلیل داده‌ها به وسیله‌ی نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ انجام شد.

یافته‌های پژوهش

در رابطه با مشخصات جمعیت‌شناختی بیماران، همه‌ی آنان در دامنه‌ی سنی ۴۰-۲۰ سال قرار داشتند، میانگین سنی بیماران $29/38 \pm 5$ بود، همه‌ی آنان دارای تحصیلات دانشگاهی بودند و همچنین در هر دو گروه آزمایش و کنترل (لیست انتظار) از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی هم‌تا شده بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر اضطراب اجتماعی

اضطراب اجتماعی		گروه‌ها	
اضطراب اجتماعی		آزمایش	کنترل
		میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	۳۸/۸	۳/۰۵	۳۹/۱۴
پس‌آزمون	۲۳/۹	۴/۲	۴۱/۱

نتایج شاخص‌های توصیفی در خصوص متغیر اضطراب اجتماعی در دو گروه آزمایش و کنترل (لیست انتظار) در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۳. آزمون برابری واریانس‌ها برای متغیر اضطراب اجتماعی

متغیر وابسته	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیش‌آزمون اضطراب اجتماعی	۳/۵	۱	۲۸	۰/۰۷
پس‌آزمون اضطراب اجتماعی	۱/۴	۱	۲۸	۰/۲

جهت انجام تحلیل کواریانس ابتدا پیش‌فرض‌های نرمال بودن نمرات و همسانی واریانس‌ها مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمالیت از چولگی و کشیدگی استفاده شد و از آنجایی که نمره‌ی اضطراب اجتماعی در پیش‌آزمون (۰/۱۶۶، ۰/۲۶۹) و پس‌آزمون (۰/۲۳۵، ۱/۲۶) در بازه نرمال (+۲ و -۲) قرار داشت، لذا دارای توزیع نرمال بود. برای بررسی فرض برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شد، با توجه به عدم سطوح معناداری مشاهده شده (۰/۰۷، ۰/۲) می‌توان نتیجه گرفت که همگنی واریانس‌ها درباره‌ی متغیر اضطراب اجتماعی برقرار بود (جدول ۳).

جدول ۴. خلاصه تحلیل کواریانس نمرات متغیر اضطراب اجتماعی

شاخص‌های آماری	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اِتا
پیش‌آزمون	۵۵/۷۲	۱	۵۵/۷۲	۲/۰۷	۰/۱	۰/۰۷
گروه	۲۱۹۲/۴	۱	۲۱۹۲/۴	۸۱/۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵
خطا	۷۲۴/۰۹	۲۷	۲۶/۸			

پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، اثربخشی مدل تدوینی شناختی-فراشناختی-رفتاری بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت، میزان $F= ۸۱/۷$ به دست آمده در سطح معناداری $P < ۰/۰۰۱$ حاکی از اثربخش بودن آموزش مدل تدوینی شناختی-فراشناختی-رفتاری بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی بود. با توجه به اندازه‌ی اثر محاسبه شده‌ی اِتا و معنادار بودن آن نیز می‌توان گفت ۷۵ درصد واریانس اختلال اضطراب اجتماعی به وسیله‌ی متغیر مستقل آموزش مدل تدوینی شناختی-فراشناختی-رفتاری تبیین می‌شود (جدول ۴).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش برای تعیین اثربخشی آموزش مدل تدوینی شناختی-فراشناختی-رفتاری بر کاهش علائم اختلال اضطراب اجتماعی در بین مبتلایان شهر کرمانشاه انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مدل تدوینی مذکور بر کاهش علائم تأثیر معناداری داشت. از آنجا که تاکنون پژوهشی تحت عنوان مقاله‌ی مذکور صورت نگرفته است، لذا در تبیین فرضیه پژوهش سعی شده تا به نزدیکترین تحقیقات با موضوع حاضر اشاره گردد. از تحقیقات همسو با این پژوهش می‌توان به مطالعات پورحسن و ساعد (۲۰۱۰)، ملیانی و

همکاران (۱۳۸۸)، بیدل و همکاران (۲۰۰۶)، مرتبرگ و همکاران (۲۰۰۶)، حیدریان فرد و همکاران (۱۳۹۴)، رحمانیان و همکاران (۱۳۹۰)، که اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را مورد تأیید قرار دادند و همچنین با مطالعات کلارک و همکاران (۲۰۰۶) که درمان شناختی را اثربخش تر از دیگر درمان‌ها دانسته‌اند و با مطالعه‌ی غیورکازمی و همکاران (۱۳۹۴) و شیرازی تهرانی و همکاران (۱۳۹۴) که درمان فراشناختی را در درمان اختلال اضطراب اجتماعی مؤثر دانسته‌اند، اشاره کرد.

در تبیین این اثربخشی می‌توان گفت که در درمان شناختی-رفتاری، افراد می‌آموزند خود را در معرض موقعیت‌های اجتماعی زندگی قرار دهند. استفاده از اصول و تکنیک‌های شناختی-رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا سطوح افکار و هیجانات ناکارآمد را در درجه‌ی نخست شناسایی کنند و سپس نشخوارهای ذهنی و افکار خودآیند منفی و حتی محتوای منفی افکار مرتبط با اضطراب اجتماعی را کاهش دهند. یادگیری بازسازی شناختی، ابراز وجود و مهارت‌های افزایش خودکارآمدی به همراه اصول و تکنیک‌های آرامسازی و رفع تنش در موقعیت‌های اجتماعی آنان را قادر می‌سازد تا بر جنبه‌های مثبت موقعیت تمرکز کنند و مهارت‌های درونی خود را برای تغییر و اصلاح افکار منفی گسترش دهند، از سویی در درمان‌های شناختی-رفتاری، تکنیک‌های اسنادسازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری که در آمیختگی افکار را به چالش بکشد، کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد، لذا در تکنیک‌های فراشناختی به کار گرفته شده در این پژوهش، از این اصول و تکنیک‌ها نیز استفاده می‌شود. از منظری دیگر، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در کنار یادگیری و آموزش تکنیک‌ها و اصول مورد نظر برای مقابله با سطوح عینی تفکر، تکنیک‌های فراشناختی را نیز می‌آموزند که در این تکنیک‌ها، افراد از نشخوارهای ذهنی جدا می‌شوند و از تسلسل افکار معیوب و هیجانات منفی ناشی از آن، رهایی می‌یابند، به نحوی که این شیوه‌ی درمانی باعث می‌شود که افراد به طریقی با افکار خود ارتباط برقرار کنند که مقاومت و تحلیل ادراکی کمتری برای آنان به وجود آید و به صورت انعطاف‌پذیری بر عوامل تهدید کننده کنترل و نظارت داشته باشند. به عبارتی دیگر درمان فراشناختی از این رو که موجب آگاهی بیماران از فرایند سیستم پردازش فراشناختی می‌شود و به افراد کمک می‌کند تا به شیوه‌ی فراشناختی بیندیشند، اثربخش و کارآمد است.

وجود افکار اضطرابی در موقعیت‌های اجتماعی و چالش با آن نیازمند در نظر گرفتن ابعاد مختلفی اعم از شناختی-فراشناختی-رفتاری است، به نحوی که تکنیک‌های شناختی موجب شناسایی باورهای منفی معیوب، تکنیک‌های رفتاری موجب کاهش علائم و نشانه‌های جسمی اضطراب و اصول فراشناختی موجب اصلاح و تعدیل فرااورهای مثبت و منفی معیوب در بیماران می‌شود، لذا در تدوین مدل مذکور سعی شده است که به هر سه جنبه‌ی مهم در حفظ و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی توجه شود.

در پایان شایان ذکر است که پژوهش حاضر از نظر تعمیم‌پذیری بررسی‌های بیشتری را می‌طلبد، با توجه به محدود شدن نمونه‌ی مبتلایان به شهر کرمانشاه و همچنین خودگزارشی بودن متغیرهای پژوهش، لذا در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از دیگر محدودیت‌ها نیز اجرای برنامه مداخله‌ای توسط پژوهشگر بود که می‌تواند در سوگیری نتایج تأثیرگذار بوده باشد.

نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه‌ی درمان و خدمات مشاوره‌ای به مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی دارد، از جمله این که درمانگران و مشاوران حوزه‌ی سلامت و درمان می‌توانند از این مدل ترکیبی برای کاهش علائم اضطراب اجتماعی در بین مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی استفاده کنند. در نهایت از بُعد پژوهشی نیز پیشنهاد می‌شود که در مطالعات بعدی زمان اجرای مداخلات بیشتر شود و در پژوهش‌های آتی اثربخشی این مدل بر کاهش دیگر متغیرها و مؤلفه‌های مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قرار گیرد.

منابع

- حسنوند عموزاده. مهدی. (۱۳۸۶). بررسی روایی و پایایی مقیاس فوبی اجتماعی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شاهد.
- حسنی، جعفر، تاج‌الدینی، امراه، قاعدنیای جهرمی، علی، و فرامانی شهررضا، شیوا. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار. فصلنامه روانشناسی بالینی، (۲۱)۱، ۹۱-۱۰۱.

حیدریان فرد، زینب، بخشی پور، باب‌اله، و فرامرزی، محبوبه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی، خودکارآمدی اجتماعی و نشخوار فکری در دانشجویان با اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۱): ۱۷۵-۱۵۱.

دادستان، پریخ. (۱۳۸۲). *روانشناسی مرضی تحولی*. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
 رحمانیان، زاهده، میرزائیان، بهرام، و حسن‌زاده، رمضان. (۱۳۹۰). اثر درمان شناختی-رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز. *دانشور پزشکی*. ۱۹(۹۶): ۱-۱۱.

سادوک، بنیامین، و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۱). *خلاصه روانپزشکی، علوم رفتاری، روان‌پزشکی بالینی*. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، ۱۳۸۸. تهران، انتشارات شهرآب.
 -سادوک، بنیامین، و سادوک، ویرجینیا. (۲۰۰۷). *خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری/روانپزشکی بالینی*. ترجمه فرزین رضاعی، ۱۳۹۰، جلد دوم، ویرایش دهم. تهران: ارجمند.

شیرازی تهرانی، علیرضا، میردریکوند، فضل‌اله، و سپهوندی، محمدعلی. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان بین فردی و فراشناختی بر کاهش نشانه‌های اختلال هراس اجتماعی. *ارمغان دانش*، ۲۰(۱۰)، ۹۱۲-۸۹۹.

غیورکاظمی، فاطمه، سپهری شاملو، زهره، مشهدی، علی، و غنایی چمن آباد، علی. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان فراشناخت و نوروفیدبک بر کاهش علائم اضطراب در دانشجویان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۷(۳): ۲۱-۳۶.

کلارک، دیوید میلر، و فربورن، کریستوفر. (۱۹۵۴). *درمان‌های شناختی-رفتاری*. ترجمه‌ی حسین کاویانی. تهران: مهر کاویان.

محقق، حسین، دوستی، پیمان، و جعفری، داود. (۱۳۹۵). تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر فرانگرانی، نگرانی اجتماعی و نگرانی سلامتی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی*، ۶(۲۳): ۹۴-۸۱.

محمد خانی، پروانه. (۱۳۸۹). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های *DSM-IV-TR*. تهران: انتشارات دانژه.

ملیانی، مهدیه، شعیری، محمد رضا، قائدی، غلامحسین، بختیاری، مریم، و طاوولی، آزاده. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۵(۱)، ۴۹-۴۲.

- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change, *Psychology Review*, 84: 191-215.
- Beck, A. T. (1967). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Young, J. (2006). Social Effectiveness Therapy for Children: Five Years Later. *Behavior Therapy*, 37: 416 - 425.
- Clark, D., David, M., Ehlers, A., Hachman, A., McManus, F., Fennell, M. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting Clinical & Psychology*, 74: 568-568.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. R., Sherwood, A., Foa, E., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *British Journal Psychiatry*, 176, 379-386.
- Davidson, J. R. T., Miner, C. M., DeVeugh-Geiss, J., Tupler, A., Colket, J. T., & Potts, N. L. S. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation. *Psychology Medicine*, 27: 161-166.
- Davis, T. E., Munson, M. S., Tarcza, E. V. (2009). Anxiety disorders and phobias. *Social Behavior Skill Child*.
- Davison, G. C., Neale, J. M., Kring, A. M. (2004). *Abnormal psychology* (9th ed.). New York: John Wiley and Sons.
- Demir, T., Karacetin, G., Eralp Demir, D., & Uysal, O. (2013). Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *European Psychology*, 28: 64-69.
- Hofmann, S., & Bogels, S. (2006). Recent advances in the treatment of social phobia: introduction to the special issue. *Journal Cognition Psychotherapy*. 20(1): 3-5.
- Leahy, R. L. (2003). *Cognitive therapy techniques: a practitioners guide*, New York: Guilford Press.
- Lee, H., & Telch, M. J. (2008). Attentional biases in social anxiety: An investigation using the in attentional blindness paradigm. *Behavior Research Therapy*, 46: 819- 835.

- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Donati, D., Namia, C., Novella, L., Petrachi, M. (1997). Inter-rater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal Personality Disorder*, 11: 279–284.
- Mortberg, E., Karlsson, A., Fyring, C., Sundin, O. (2006). Intensive cognitive-behavioral group treatment (CBGT) of social phobia: A randomized controlled study. *Anxiety Disorder*, 20: 646–660.
- Neenan, M., & Dryden, W. (1953). *Cognitive theory: 100 key point and techniques*. New York: Rutledge.
- Purehsan, F. S., & Saed, O. (2010). Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy (CBGT) on reduction of social phobia. *Proscenia Social and Behavioral Sciences*, 5: 1694–1697.
- Rapee, R., & Heimberg, R. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research Therapy*, 35(8):741-756.
- 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. *Compre Psychiatry*, 53: 434-440.
- Roth, D. A. (2004). Cognitive theories of social phobia In B. Bandelow. *Journal Sociality Anxiety Disorder*, 127-41.
- Rowa, K., & Antony, M. M. (2005). Psychological treatments for social phobia. *Canadian Journal Psychiatry*, 50: 308-316.
- Spur, J. M. & Stopa, L. (2002). Self focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 22(7): 947-975.
- Tulbure, B. T. (2011). The efficacy of Internet supported intervention for social anxiety disorder: A brief meta-analytic review. *Journal Sociality Behavior Science*, 30: 552-557.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Hope, D. A. (2001). *Social anxiety disorder*. In: H. D. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorder: A step-by-step treatment* (3rd.ed.). New York: Guilford Press.
- Weidman, A. C., Fernandez, K. C., Levinson, C. A., Augustine, A. A., Larsen, R. J., Rodebaugh, T. L. (2012). Compensatory internet use among individuals higher in social anxiety and its implications for well-being. *Personality Individual Difference*, 53: 191-195.
- Wells, A. (1962). *Meta cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2009). *Meta cognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The SREF model. *Behavior Research Therapy*, 34:881–888.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Research Therapy*, 29(3): 357-370.
- Wong, N., Sarver, D. E., & Beidel, D. C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal Anxiety Disorder*, 26: 50-57.