

## تعیین اثر بخشی درمان فراشناختی بر علایم بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی

### چکیده :

**مقدمه و هدف:** هراس اجتماعی نوعی اختلال اضطرابی است که به عنوان ترس شدید و مزمن از موقعیت‌هایی که باعث تحقیر و خجالت‌زدگی می‌شود، توصیف شده است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی مداخله فراشناختی بر علایم هراس اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۹ انجام شد. از بین بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی شهر شیراز، ۱۹ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۱۰ نفر) و شاهد (۹ نفر) تقسیم شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون که با استفاده از پرسشنامه سنجش علایم هراس اجتماعی (SPSAQ) و مقیاس سنجش علایم ترس از ارزیابی منفی (FNE) به عمل آمد، گروه مداخله طی ۸ جلسه هفتگی مورد درمان فراشناختی و لز قرار گرفتند، ولی گروه شاهد مداخله‌ای دریافت نکردند. پس آزمون و پیگیری ۳ ماه بعد با همان ابزار انجام گرفت. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش علایم هراس اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی گروه مداخله تأثیر معنی‌داری دارد ( $p \leq 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** یافته‌های این مطالعه بر ارتقای مهارت‌های انطباقی کارآمد و انعطاف‌پذیر از طریق فرآیندهای فراشناختی و تأثیر آن در کاهش علایم هراس اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تأکید می‌نماید.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال اضطرابی، مداخله فراشناختی، هراس اجتماعی

محمد حسین بهادری \*

مرضیه جهان بخش \*

مهرداد کلانتری \*\*

حسین مولوی \*\*\*

\* کارشناس ارشد روانشناسی، دانشگاه اصفهان،

دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، گروه

روانشناسی

\*\* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشیار

دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، گروه روانشناسی

\*\*\* دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استاد

دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و

روانشناسی، گروه روانشناسی

تاریخ وصول: ۱۳۸۹/۷/۲۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۹/۳۰

مؤلف مسئول: مهرداد کلانتری

پست الکترونیک: mehrdadk@edu.ui.ac.ir

## مقدمه

شغلی رنج می‌برند (۹ و ۸). پیش‌بینی شده است که ۵۰ تا ۸۰ درصد مراجعان مبتلا به این اختلال حداقل یک اختلال روانی دیگر نیز دارند (۱۰). هراس اجتماعی با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی و وابستگی به الکل و گستره‌ای از اختلالات شخصیت همراه است (۱۲ و ۱۱، ۵).

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 حالی که بیشتر اختلالات اضطرابی علاوه بر موارد ذکر شده در فرآیند پردازش اطلاعات مانند راهبردهای کنترل فراشناختی و باورهای مثبت و منفی فراشناختی نیز اختلال دارند (۱۳).

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 فرآیند شناختی که در آن ارزیابی یا کنترل شناختی وجود داشته باشد (۱۴). درمان فراشناختی به ویژه به منظور رفع نواقص شناختی - رفتاری<sup>(۵)</sup> ظهور پیدا

اختلال هراس اجتماعی یا اضطراب اجتماعی از طریق مشخصه ترس از مشاهده و ارزیابی به وسیله دیگران شناخته می‌شود (۱). در موقعیت‌های اجتماعی افراد مبتلا به هراس اجتماعی از این که چیزی بگویند یا عملی انجام دهند که توجه منفی دیگران را به خود جلب کند بیمناک هستند (۲). هراس اجتماعی یک اختلال اضطرابی مزمن است که مشخصه آن ترس از شرم‌ناک شدن در موقعیت‌های اجتماعی و به تبع آن اجتناب از این موقعیت‌ها است. این بیماری می‌تواند باعث ایجاد محدودیت در شیوه زندگی شده و به طور معنی‌داری تصمیم‌های مهم زندگی فرد را تحت تأثیر قرار دهد و در اغلب موارد باعث از دست رفتن بسیاری از فرصت‌های مهم برای بیمار شود (۳).

بررسی‌ها نشان دادند که سن شروع این اختلال در حدود ۱۵ سالگی بوده و در ۹۰ درصد بیماران سن شروع را قبل از ۲۵ سالگی گزارش نموده‌اند (۵ و ۴). 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 علایم این اختلال را از کودکی تجربه نمودند، 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

1-Wells

2-Matthews

3-Meta Cognitive Model

4-Self-Regulatory Function Model (S-REF)

5-Cognitive Behavioral Therapy(CBT)

کرد (۱۶ و ۱۵). برای فهم فرآیندهای تفکر لازم است که بر باورهای فرد درباره تفکر و راهبردهای فردی در مورد کنترل توجه گردد و همچنین نوع باورهای فراسنخشی<sup>(۱)</sup> او مورد تأکید قرار گیرد. آنچه در درمان فراسنخشی 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 مواجهه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد تروما یا نشانه‌های بدنی (۱۷).

تحقیقات مختلف نشان دادند که بین جنبه‌های خاصی از فراسنخشی با اختلالات روان‌شناختی رابطه وجود دارد (۱۶). الیس و هادسون<sup>(۲)</sup> (۲۰۱۰) 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 فراسنخشی مرتبط می‌باشند. با توجه به این ارتباط می‌توان احتمال داد که یکی از علت‌های اثربخشی درمان فراسنخشی بر اختلالات اضطرابی اثربخشی درمان فراسنخشی بر روی این باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی باشد (۱۸).

استانگیر و همکاران<sup>(۳)</sup> (۲۰۰۳) دریافته‌اند که شناخت درمانی مبتنی بر مدل شناختی کلارک و ولز هم به صورت فردی و هم به صورت گروهی در مراحل پس از آزمون و پیگیری باعث کاهش معنی‌دار هراس اجتماعی آزمودنی‌ها در مقایسه با گروه گواه می‌شود (۱۹).

اثربخشی درمان فراسنخشی بر اختلال‌های روانی فراوانی از جمله؛ اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی - اجباری و اختلال استرس پس از سانحه ثابت شده است (۲۲-۲۰). مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراسنخشی بر علایم بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام شد.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش کارآزمایی بالینی در سال ۱۳۸۹ انجام شد. ابتدا اطلاعاتی در مورد برگزاری درمان بر روی علایم هراس اجتماعی در کلینیک‌های روان‌شناختی شهر شیراز منتشر شد. سپس افراد مراجعه کننده به این مراکز روان‌شناختی را که به وسیله روان‌پزشک تشخیص اختلال هراس اجتماعی مورد آزمون گرفتند، به وسیله پرسشنامه سنجش علایم هراس اجتماعی و مقیاس سنجش علایم ترس از ارزیابی منفی برای هراس اجتماعی مورد آزمون قرار گرفتند. افرادی که اختلال هراس اجتماعی داشتند، مورد شناسایی قرار گرفته و سپس ۱۹ نفر انتخاب گردید و به طور تصادفی به دو گروه مداخله (۱۰ نفر) و شاهد (۹ نفر) قرار داده شدند. برای شرکت کنندگان در پژوهش، اهداف مطالعه توضیح داده شد و جهت شرکت در مطالعه از آنان رضایت کتبی اخذ گردید. از

1-Metacognitive Beliefs

2-Ellis & Hudson

3-Stingier et al

دو گروه پیش‌آزمون به عمل آمد. همچنین لازم به ذکر است که شرکت‌کنندگان پیش از گزینش نهایی به وسیله روان‌شناسی بالینی و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مورد مصاحبه تشخیصی قرار گرفتند تا از دارا بودن ملاک‌های ابتلا به اختلال هراس اجتماعی اطمینان حاصل شود. گروه مداخله بعد از اجرای پیش‌آزمون، 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 پیش‌آزمون قرار گرفتند، ولی هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان مداخله پس از آزمون به عمل آمد و بعد از ۳ ماه هر دو گروه پیگیری شدند. لازم به ذکر است که در طول ۸ هفته درمان، بیماران در فاصله بین جلسه‌ها و حین انجام تکالیف خانگی به صورت تلفنی با درمان‌گر در ارتباط بوده و راهنمایی شدند.

درمان به وسیله یک فارغ‌التحصیل کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که ۶ ماه دوره درمان فراشناختی را دیده بود به این شرح انجام شد؛ جلسه اول؛ معارفه، ارزیابی علایم و معرفی اختلال هراس اجتماعی، تفکیک اضطراب اجتماعی نرمال و مشکل‌آفرین و مسئله‌ساز برای بیماران، مشخص کردن نیاز و ضرورت به درمان در موقع لازم برای بیماران، جلسه دوم، ارائه منطق درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماعی، بررسی علایم 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، جلسه سوم؛ ارزیابی و شناسایی باورهای مثبت و منفی فراشناختی در بیماران و تحلیل مزایا و معایب این باورها، جلسه چهارم؛ شناسایی راهبردهای کنترل فراشناختی بیماران، تحلیل مزایا و معایب راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر، جلسه پنجم؛ کاربرد تکنیک فاصله‌گرفتن از ذهن آگاهی 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، تحلیل سود و زیان نگرانی و نشخوار ذهنی، تحلیل فرآیند سرکوب افکار به عنوان یک فرایند ناکارآمد و آشناسازی با پیامدهای درگیری با علایم، آموزش تکنیک به تعویق انداختن نگرانی، جلسه هفتم؛ آشناسازی بیماران با سندرم توجهی - شناختی در تداوم اختلال‌های روانی، ارائه منطق فنون آموزش توجه به بیماران و آموزش این تکنیک به بیماران و جلسه 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 تمرین‌های جلسه قبل تکالیف خانگی نیز داده شد.

پرسشنامه ۰/۹۴ و ضریب پایایی فرم ترجمه شده آن با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۶۹ به دست آمد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS<sup>(۳)</sup> و تحلیل کوواریانس<sup>(۴)</sup> چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

شرکت کنندگان در این پژوهش در دامنه سنی ۱۷ تا ۳۳ سال بودند. میانگین و انحراف معیار سنی گروه شاهد به ترتیب ۲۷/۵ ± ۲۳/۴ و گروه مداخله ۳۴/۳ ± ۲۳/۲ سال بود و ۱۱ نفر از ۱۹ شرکت کننده زن بودند. همه شرکت کننده‌ها تحصیلات دیپلم و دانشگاهی داشتند. طول بیماری آنها از یک تا ۵ سال بود و ۶ نفر از بیماران هم به طور متوسط یک سال سابقه مصرف دارو داشتند. بررسی نتایج نشان داد که بیماران دو گروه از لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک ذکر شده تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $p > 0.05$ ).

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی گرایش مرکزی متغیر وابسته علایم کل اختلال هراس اجتماعی را به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آنجا که کسب نمره بیشتر در علایم اختلال هراس اجتماعی نشان از شدت علایم دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه مداخله در پس آزمون نسبت به

ابزار سنجش داده‌ها شامل دو پرسشنامه زیر بودند؛ پرسشنامه سنجش علایم هراس اجتماعی که برای اندازه‌گیری میزان اضطراب اجتماعی افراد مورد آزمون استفاده می‌شود. این پرسشنامه ۲۸ سؤال دارد که به وسیله مشاوره‌ی (۲۰۰۲) ساخته شد (۲۳). قسمتی از سؤالات آن با استفاده از ملاک‌های تشخیصی معتبر و مطالعه ادبیات مربوط به هراس اجتماعی ساخته شدند. قسمت دیگری از سؤالات این پرسشنامه (۱۵ سؤال) نیز با استفاده از پرسشنامه هراس اجتماعی دیویدسون و همکاران<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۷) ساخته شده‌اند. پایایی آزمون سنجش علایم هراس اجتماعی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ تعیین گردید (۲۳). گزینه‌های به کار رفته در این پرسشنامه شامل؛ اصلاً، کمی، تاحدی، زیاد و خیلی زیاد هستند که به ترتیب نمره؛ ۰، ۱، ۲، ۳ و ۴ برای آنها در نظر گرفته شده است.

مقیاس ترس از ارزیابی منفی که به وسیله واتسون و فرند<sup>(۲)</sup> (۱۹۶۹) ساخته شده است، یکی از پرسشنامه‌هایی است که در اندازه‌گیری هراس اجتماعی کاربرد فراوانی دارد (۲۵). 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 نشان دهنده افرادی هستند که ترس زیادی از ارزیابی منفی دارند و نمره پایین‌تر از ۹ مخصوص افرادی است که ترس کمی از ارزیابی منفی دارند. در بررسی انجام شده به وسیله واتسون و فرند ضریب پایایی این

1-Davidson  
2-Watson & Friend  
3-Statistical Package for Social Sciences  
4-Analysis of Covariance

گروه شاهد کاهش معنی داری دارد ( $p < 0/05$ ). این کاهش به صورت معنی داری در مرحله پی گیری گروه مداخله نیز دیده شد ( $p < 0/05$ ).

جدول ۲ مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه دو گروه از لحاظ پس آزمون و پی گیری پس از کنترل پیش آزمون می باشد. چنانچه مشاهده می شود بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون رابطه معنی داری وجود دارد ( $p \leq 0/001$ ). به دلیل این که تنها پیش آزمون با نمرات کل هراس اجتماعی در پس آزمون و پی گیری رابطه دارد، لذا پیش آزمون متغیر مداخله گر محسوب شده و باید کنترل گردد. در واقع

آن بخش از واریانس نمرات هراس اجتماعی که مربوط به پیش آزمون است از کل واریانس نمرات آن کسر می گردد، لذا پیش آزمون به عنوان متغیر همگام وارد تحلیل کوواریانس شده تا اثر آن از روی واریانس عضویت گروهی برداشته شود. با وجود این حتی بعد از کنترل اثر پیش آزمون، بین دو گروه از لحاظ پس آزمون و پی گیری مربوط به نمره کل هراس اجتماعی تفاوت معنی داری وجود دارد و عضویت گروهی ۰/۷۱ درصد از تغییرات مربوط به نمره کل علایم اختلال هراس اجتماعی را در پس آزمون و ۰/۷۴ درصد از تغییرات را در پی گیری تبیین می کند.

جدول ۱: مقایسه میانگین و انحراف معیار نمرات کل علایم اختلال هراس اجتماعی به تفکیک مراحل و گروه ها

| گروه   | مراحل     | انحراف معیار $\pm$ میانگین | سطح معنی داری |
|--------|-----------|----------------------------|---------------|
| شاهد   | پیش آزمون | ۷۵/۵۵ $\pm$ ۳/۳۵           | ۰/۰۰۱         |
|        | پس آزمون  | ۷۴/۷۶ $\pm$ ۳/۳۳           |               |
|        | پی گیری   | ۷۴ $\pm$ ۳/۲۳              |               |
| مداخله | پیش آزمون | ۷۸/۶ $\pm$ ۲/۸۲            | ۰/۰۰۱         |
|        | پس آزمون  | ۶۶/۵ $\pm$ ۲/۷             |               |
|        | پی گیری   | ۶۳/۴ $\pm$ ۲/۵۸            |               |

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علایم کل اختلال هراس اجتماعی دو گروه

| متغیر وابسته        | مراحل    | متغیرهای پژوهش | درجه آزادی | F      | سطح معنی داری | اندازه اثر | توان آماری |
|---------------------|----------|----------------|------------|--------|---------------|------------|------------|
| اختلال هراس اجتماعی | پس آزمون | پیش آزمون      | ۱          | ۱۰۶/۰۶ | ۰/۰۰۱         | ۰/۸۶       | ۰/۹۹       |
|                     |          | عضویت گروهی    | ۱          | ۴۰/۳۷  | ۰/۰۰۱         | ۰/۷۱       | ۰/۹۹       |
|                     | پی گیری  | پیش آزمون      | ۱          | ۱۱۸/۶۴ | ۰/۰۰۱         | ۰/۸۸       | ۰/۹۹       |
|                     |          | عضویت گروهی    | ۱          | ۴۷/۸۰  | ۰/۰۰۱         | ۰/۷۴       | ۰/۹۹       |

## بحث و نتیجه‌گیری

اختلال هراس اجتماعی به ترس آشکار و مستمر از موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این باور فرد ناشی می‌شود که فرد در این موقعیت‌ها به گونه‌ای خجالت‌آور یا تحقیرآمیز عمل خواهد کرد (۲۶). هدف پژوهش حاضر آزمودن اثربخشی درمان فراشناختی و لزوم کاهش علایم کلی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی بود.

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 علایم هراس اجتماعی نسبت به گروه شاهد به دست آورد.

با توجه به نتایج مرحله پس‌آزمون به نظر می‌رسد الگوی فراشناختی و لزوم بهبود علایم اختلال هراس اجتماعی مؤثر می‌باشد. از دیگر یافته‌های مهم نتایج مرحله پی‌گیری را می‌توان مؤید این مطلب دانست که درمان فراشناختی موجب تعمیق و پایداری اثرات درمان می‌شود. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش‌های دیگری که به ترتیب اثربخشی این درمان را بر اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی-اجباری و اختلال استرس پس از سانحه به عنوان اختلال‌های اضطرابی نشان داده‌اند، هم‌خوانی دارد (۲۲-۲۰) و نتیجه یافته‌های فیشر و ولز<sup>(۱)</sup> (۲۰۰۸) مبنی بر کارایی الگوی فراشناختی در درمان اختلالات هیجانی را تأیید می‌کند (۲۷). برای نمونه نتایج پژوهش ولز بر روی ۱۰ بیمار مبتلا به

اختلال اضطراب فراگیر نشان داد که وضعیت بیماران بعد از اجرای این درمان به نحو معنی‌داری بهبود یافت. میزان بهبود بعد از اجرای این نوع درمان ۸۷/۵ درصد بود (۲۰).

در پژوهش حاضر همانند پژوهش‌های گذشته در حوزه درمان فراشناختی سعی شد از طریق شناسایی فراورهای مثبت و منفی فرد در مورد نظارت همیشگی و نشخوار گونه بر علایم طبیعی برانگیختگی و آموزش‌های رفتاری ارزیابی اسنادها و تصحیح شیوه توجیهی، باورهای ناکارآمد فرد در مورد اختلال هراس اجتماعی کاهش یابد. ولز 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 (۱۷). یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد درمان فراشناختی با ایجاد زمینه برای قطع سبک‌های ناسازگار تفکر و رفع فراشناخت‌های مثبت بیماران در مورد توجه متمرکز روی علایم طبیعی برانگیختگی به آنها این فرصت را می‌دهد که به گونه مؤثر 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 است که در این رویکرد به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای

1-Fisher & Wells

در جهت کاهش باورهای ناکارآمد این بیماران به کار گرفته شود.

با وجود شرایط نمونه انتخابی، در تعمیم نتایج به افراد خارج از محدوده جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت نمود، همچنین عدم برخورداری گروه شاهد از جلسات مشاوره معمولی (نه فراشناختی) به منظور حذف اثر دارو نمایی<sup>(۱)</sup> گروه درمانی اشکال دیگری است که به دلیل محدودیت امکانات رعایت این امر امکان پذیر نبود، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی ضمن رفع این نکات، درمان فراشناختی در مقایسه با دیگر درمان های رایج (به ویژه دارو درمانی و رفتاری شناختی) در مورد اختلال هراس اجتماعی آزمون شود. همچنین گروه های مختلف اختلالات اضطرابی تحت درمان فراشناختی قرار گیرند و میزان اثربخشی درمان بر هر یک مشخص شود. از آنجا که در این پژوهش، از روش آموزش گروهی استفاده شد، توصیه می شود این شیوه درمانی به صورت فردی نیز مورد بررسی قرار گیرد و نتایج با یکدیگر مقایسه شوند.

### تقدیر و تشکر

این مطالعه با حمایت مالی دانشگاه اصفهان انجام شد. بر خود لازم می دانیم از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری رساندند و همچنین از شرکت کنندگان در پژوهش کمال سپاس گذاری را بنماییم.

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 مهم تر است ذکر این نکته می باشد که وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی توانند درباره الگوی تفکر و پاسخ های متعاقب آن توضیحی ارایه دهند. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می کنند و وضعیت ذهن را تغییر می دهند که مهم ترین وجه تمایز درمان فراشناختی با مدل طرحواره است (۱۶).

از آنجا که نتایج درمان در پی گیری نیز پایدار بود، می توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی به بیماران کمک کرده است، رابطه جدیدی با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر نموده تا فراشناخت های را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فزونی می بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می گردند را تغییر دهند.

یکی از امتیازات پژوهش حاضر نوآوری و ابتکار آن می باشد. این پژوهش اولین پژوهشی است که مدل درمان فراشناختی و لز را بر روی علایم هراس اجتماعی آزمایش کرده است که به طور کلی با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش های هم سو با آن و مؤلفه های فراشناختی بارز در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی، درمان فراشناختی می تواند به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی،

1- Placebo Effect



# Effects of Meta-Cognitive Therapy on Symptoms of Social Phobia Patients

**Bahadori MH<sup>\*</sup>,  
Jahanbakhsh M<sup>\*</sup>,  
Kalantari M<sup>\*\*</sup>,  
Molavi H<sup>\*\*\*</sup>.**

\*MSc in Clinical of Psychology,  
Department of Psychology, Faculty of  
Psychology and Educational Sciences,  
University of Isfahan, Isfahan, Iran

\*\*Associate Professor of Clinical  
Psychology, Department of  
Psychology, Faculty of Psychology  
and Educational Sciences, University  
of Isfahan, Isfahan, Iran

\*\*\*Professor of Psychology,  
Department of Psychology, Faculty of  
Psychology and Educational  
Sciences, University of Isfahan,  
Isfahan, Iran

Received: 13/10/2010

Accepted: 21/12/2010

**Corresponding Author: Bahadori MH  
Email: mh\_bahadori@yahoo.com**

## ABSTRACT:

**Introduction & Objective:** Social phobia is an anxiety disorder, which can be described as a strong, persisting fear of situations where humiliation or embarrassment may occur. The purpose of this study was to determine the effect of meta-cognitive therapy (MCT) on symptoms of social phobia (SP) patients.

**Materials & Methods:** This semi-experimental study was conducted in 2010. with pretest-posttest and follow-up design, using control group. From all social phobia disorder (SPD) patients referring to psychology clinics in Shiraz, Iran in 2010, 19 patients were selected through the objective sampling method and were randomly divided into two experimental and control groups. The Social Phobia Symptoms Assessment Questioner (SPSAQ) and Fears of Negative Evaluation Scale (FNE) were used as the pre-test measures. The experimental group received 8 weeks of Wells' meta-cognitive therapy sessions. The control group was in the waiting list until the end of the follow up. The same measures were used for post-test and follow-up (after 3 months).

**Results:** The results of analysis of multivariate covariance showed that MCT had a significant effect in reducing the symptoms of SPD ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** This intervention is believed to reduce symptoms of social phobia (SP) patients by facilitating transmission from the object mode to the meta cognitive mode and enhancing the efficient and flexible coping skills.

**Key Words:** anxiety disorder, metacognitive therapy, social phobia.

## REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> 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 –41.
4. Furmark T. Social phobia: Overview of community surveys. *J Clini 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 (editors). *Anxiety disorders in children and adolescents*. 2<sup>ed</sup> ed. New York: Guilford; 2004; 141-63.
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: 139-44.
10. Wittchen HU, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand* 108 2003; 417: 4–18.
11. Lydiard RB. Social anxiety disorder: Comorbidity and its implications. *J Clini 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 Clini Psychiatry* 2003; 57: 29-35.
13. 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.
14. Moses LJ, Baird JA. Metacognition. In: Wilson RA, Keil FC (Editors). *The MIT encyclopedia of the cognitive sciences*. 2<sup>n</sup>ed. Cambridge: MIT Press; 2002;187-205.
15. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther* 1996; 34: 881-8.
16. Wells A. *Emotional disorders and met cognition: Innovative cognitive therapy*. 1<sup>n</sup>ed. Chichester: Wiley and sons; 2000; 13-85.
17. Wells A. *Emotional disorder and metacognition: innovative cognitive therapy*. 2<sup>n</sup>ed. UK: Wiley Pulication; 2001; 27-151.
18. Ellis DM, Hudson JL. The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2010; 13: 151–63.
19. Stangier U, Heidenreich T, Peitz M, Lauterbach W, Clark DM. Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behav Res Ther* 2003; 41: 991–1007.
20. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalize anxiety disorder: an open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006; 37(3): 206-12.
21. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39(4): 451-8.
22. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35: 307-18.
23. Moshaviei A. *The effect of behavioral - cognitive therapy in social phobia disorder patients in Iran (dissertation)*. MA St. Isfahan: Isfahan Univ; 2002;12-97.
24. Davidson JRT, Miner CM, De Veugh-Geiss J, Tupler LA, Colket JT, Potts NL. The Brief Social Phobia Scale: a psychometric evaluation. *Psychol Med* 1997; 27: 161–6.
25. Watson D, Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *J Consult Clini Psychol* 1969; 33: 448- 57.
26. Rheingold AA, Herbert JD, Franklin ME. Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Behav Res Ther* 2003; 6: 639-55.
27. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *J Behav Ther Exper Psychiatr* 2008; 43: 117-132.