

اثر درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی و اضطراب در نوجوانان دارای اختلال هراس اجتماعی

عباس بخشی پور^۱، تورج هاشمی^۲، سروین انصاری حسین^{۳*}^۱گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز^۲گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه تبریز^۳دانشجوی دکترای روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی

چکیده

یکی از عوامل پایدار ماندن اختلال هراس اجتماعی پردازش سوگیرانه اطلاعات است. چنین سوگیری‌هایی باعث ایجاد اضطراب و پاسخ اجتناب می‌شوند. درمان فراشناختی موجب اصلاح شیوه پردازش اطلاعات می‌گردد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر درمان فراشناختی بر کاهش باورهای فراشناختی و اضطراب نوجوانان مبتلا به هراس اجتماعی بود. به این منظور دو نوجوان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از گرفتن شرح حال و مصاحبه بالینی، درمان فراشناختی در ۸ جلسه انجام شد. همچنین از پرسشنامه‌های فراشناخت و اضطراب استفاده گردید. یافته‌ها نشان داد درمان فراشناخت علائم این اختلال را کاهش می‌دهد. لذا می‌توان نتیجه گرفت درمان فراشناختی در کاهش علائم نوجوانان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی روش موثری است.

کلید واژه‌ها: درمان فراشناختی؛ باورهای فراشناختی؛ اضطراب؛ اختلال هراس اجتماعی

مقدمه

اختلال هراس اجتماعی که تحت عنوان اضطراب اجتماعی نیز شناخته می‌شود، از طریق مشخصه ترس شدید و مقاوم و یا اجتناب از موقعیت‌هایی که در آنها فرد از مشاهده و ارزیابی توسط دیگران می‌ترسد، تشخیص داده می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). افراد مبتلا به این اختلال معمولاً از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کرده و یا با اضطراب شدیدی چنین موقعیت‌هایی را تحمل می‌کنند. میزان شیوع این اختلال در بین جوانان و نوجوانان ۵٪ تا ۱۶٪ گزارش شده است. سن شروع اختلال هراس اجتماعی ۱۱ تا ۱۵ سال است، گرچه بسیاری از بیماران شروع زودتری را نیز گزارش کرده‌اند. اختلال هراس اجتماعی، اختلالی شایع، مزمن و ناتوان کننده است. این اختلال با سطوح بالایی از پریشانی و آسیب جدی در عملکرد همراه است. جوانان مبتلا به این اختلال معمولاً دوستان کمی دارند و ممکن است مشکلاتی در خصوص حضور در مدرسه و افت تحصیلی داشته باشند (ریبی، ۱۹۹۵).

نظریه پردازان شناختی مطرح می‌کنند که یکی از عوامل پایدار ماندن این اختلال پردازش سوگیرانه اطلاعات است که باعث می‌شود بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی موقعیت‌های اجتماعی را به صورت افراط آمیزی، به طور منفی تعبیر کنند. احتمالاً چنین سوگیری‌هایی باعث ایجاد اضطراب و پاسخ رفتاری اجتناب می‌گردند. بر طبق رویکرد فراشناختی (Meta-cognitive Approach)، افکار و باورهای منفی درباره خود اجتماعی پیامد سبک پردازشی است که از فراشناخت‌های فرد سرچشمه می‌گیرد. بنابراین درمان بر اصلاح سبک پردازش قبل، در حین و بعد از مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی متمرکز می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). بر طبق درمان فراشناختی، فراشناخت‌ها باعث الگوی خاص پاسخ دهی به تجارب درونی از قبیل نگرانی و نشخوار فکری می‌شود و این فرآیند منجر به پایدار ماندن عواطف منفی و تقویت افکار منفی می‌گردد. درمان فراشناختی رویکرد نوظهوری است که اثربخشی آن در مطالعات علمی نشان داده شده است. این رویکرد در درک و درمان اختلال‌هایی مانند اختلال هراس اجتماعی، اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال وسواس فکری عملی بسیار موثر بوده است (ولز، ۲۰۰۹؛ ولز و کینگ، ۲۰۰۶؛ ولز و همکاران، ۲۰۰۸؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۸).

همچنین ولز به وجود یک سندرم شناختی - توجهی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی اشاره کرده است. این سندرم شامل پردازش مفهومی افراطی به صورت نگرانی و نشخوار فکری است و ویژگی آن، توجه معطوف به خود افزایش یافته است. پایداری این سندرم در موقعیت‌های استرس‌زا به باورهای فراشناختی ناسازگار بستگی دارد. ولز و کارتر (۲۰۰۱) طی پژوهشی به این نتیجه رسیدند که افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل، باورهای فراشناختی بیشتری را درباره نگرانی گزارش می‌کنند، اما میزان این باورها در مقایسه با افراد مبتلا به اختلال اضطراب منتشر و افسردگی کمتر است. با توجه به اینکه اختلال هراس اجتماعی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است و سیری مزمن و پایدار داشته و منجر به افت شدید در عملکردهای شغلی، تحصیلی و روابط بین فردی می‌شود، لازم است برنامه‌ی درمانی موثر و رضایت بخشی برای درمان این اختلال طراحی گردد، درمانی که کم هزینه بوده و قابل اجرا باشد، ضمن اینکه دارای اثربخشی فوری و مداوم نیز باشد (پهادری و همکاران، ۱۳۹۱). درمان فراشناختی درمانی است که دارای خصوصیات ذکر شده می‌باشد. علی‌رغم این موضوع، مطالعات کمی به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در نوجوانان مبتلا به اختلال هراس اجتماعی پرداخته‌اند. با توجه به ادبیات پژوهشی مطرح شده، هدف پژوهش حاضر بررسی اثر درمان فراشناختی بر کاهش باورهای فراشناختی و اضطراب نوجوانان مبتلا به هراس اجتماعی بود.

* e-mail: sarvin_ansar@yahoo.com

روش

شرکت کنندگان

این پژوهش در چارچوب طرح آزمایشی تک موردی و طرح پایه A-B-A همراه با خط پایه منفرد و دوره پیگیری ۱ ماهه انجام شد. نمونه این پژوهش به روش نمونه گیری مبتنی بر هدف و بر اساس نمونه در دسترس انتخاب شد. بر این اساس از بین دبیرستان های دخترانه شهر تبریز چهار دبیرستان بصورت تصادفی انتخاب شد. سپس روان شناسان مدارس بر اساس ملاک های ذکر شده که به صورت مکتوب در اختیارشان قرار داده شده بود، دانش آموزان واجد شرایط را به درمانگر ارجاع دادند. مصاحبه بالینی ساختاریافته برای تشخیص اختلالات محور I (I- SCID) انجام شد. پس از اتمام مصاحبه تشخیصی و محرز شدن تشخیص اختلال هراس اجتماعی، دو بیمار حاضر به همکاری شدند.

ابزار

پرسشنامه فراشناخت (Meta-cognition Questionnaire): یک مقیاس خود گزارشی ۳۰ گویه ای است که باورهای افراد در مورد تفکر و فرآیندهای تفکرشان را می سنجد. در زمینه روایی این پرسشنامه، دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و همبستگی بازآزمایی در یک دوره ۲۲ تا ۱۱۸ برای کل پرسشنامه ۰/۷۵ گزارش شده است. در ایران شیرین زاده (۱۳۸۵)، ضریب همسانی درونی آن را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ گزارش کرد (به نقل از بهادری و همکاران، ۱۳۹۱).

پرسشنامه اضطراب بک (Beck Anxiety Inventory): یک پرسشنامه خودگزارشی ۲۱ ماده ای برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان است. در مطالعه بک و همکاران (۱۹۹۳)، ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۹۲ و ضریب اعتبار پیش آزمون- پس آزمون ۰/۷۵ به دست آمده است (۳۷). در مطالعه داخل کشور که توسط فتی و همکاران (۱۳۸۴) صورت گرفته، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲، و ضریب اعتبار از طریق دو نیم سازی برابر با ۰/۹۱ محاسبه شده است (به نقل از کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷).

شیوه ی اجرا

پس از آنکه خطوط پایه با شیب نسبتا ثابت برای هر دو شرکت کننده به دست آمد درمان فراشناختی بصورت هفته ای یک جلسه به مدت هشت هفته برگزار شد. جهت بررسی روند بهبودی، در انتهای جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم پرسشنامه های به کار رفته در تعیین خط پایه مجددا اجرا شد. ترتیب جلسات از این قرار بود:

جلسه ی اول: ارزیابی بالینی اولیه از اضطراب و اجتناب؛

جلسه ی دوم: ارائه ی توضیحاتی در مورد منطق درمان فراشناختی، ارزیابی و شناسایی سندروم شناختی- توجهی (CAS) و باورهای فراشناختی در بیماران و تحلیل

مزایا و معایب این باورها؛

جلسه ی سوم: آموزش فنون ذهن آگاهی گسلیده؛

جلسه ی چهارم: بازبینی پیشرفت بیمار؛

جلسه ی پنجم: آموزش برخی از تکنیک های فراشناختی؛

جلسه ی ششم: درجه بندی توجه معطوف به خود و آموزش فنون توجه؛

جلسه ی هفتم: آموزش تکنیک متمرکز کردن مجدد توجه بر موقعیت؛

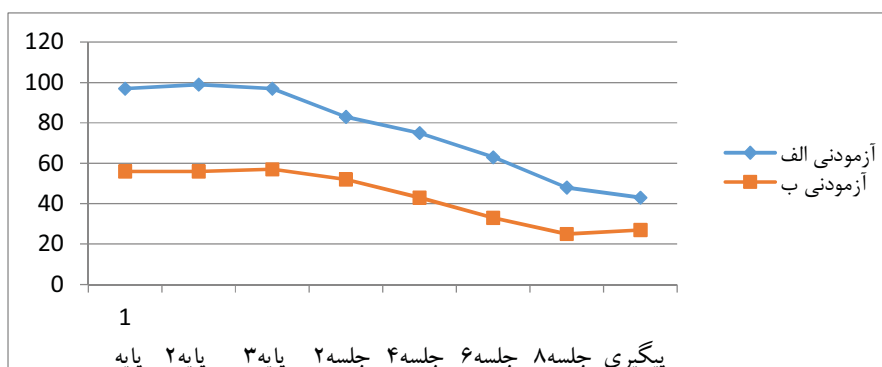
جلسه ی هشتم: پایش پیشرفت، میزان بهبودی و جلوگیری از عود.

یک ماه پس از درمان هر دو شرکت کننده پرسشنامه های مذکور را دوباره تکمیل نمودند. برای تجزیه و تحلیل داده ها، از تحلیل نموداری استفاده شده و بر اساس سطح

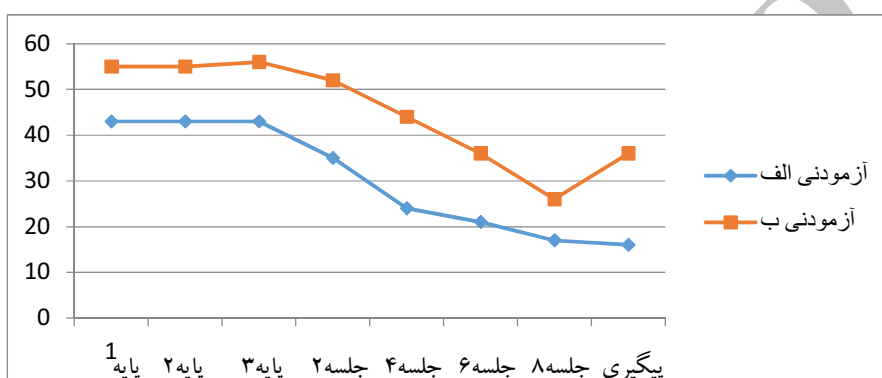
تغییرات، شیب و تغییرپذیری، اثرات متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی شد. همچنین برای بررسی معناداری بالینی تغییرات از درصد بهبودی استفاده شد.

نتایج

شکل ۱ و ۲، اثر درمان فراشناختی را در طی جلسات درمانی بر کاهش میزان باورهای فراشناختی و اضطراب در هر دو مورد نشان می دهد. شیب نمودار هر دو مورد، در مقیاس های فراشناخت و اضطراب پس از جلسات خط پایه به صورت نزولی به تدریج زیاد شده است. همچنین بر اساس سطح تغییر پذیری می توان چنین گفت که در هر دو مورد در دوره پیگیری نسبت به آخرین جلسه درمان تغییرات اندکی ایجاد شده است. تاثیرات درمانی حاصل شده در طی جلسات درمانی، در دوره پیگیری ۱ ماهه برای مورد اول نه تنها از بین نرفته است، بلکه حتی نسبت به آخرین مرحله درمان نیز اندکی افزایش یافته است. اما این تاثیرات، برای مورد دوم، اندکی کاهش یافته است. درصد بهبودی برای هر مورد در هر کدام از متغیرهای مورد بررسی، در جدول شماره (۱) نشان داده شده است. با توجه به اعداد مندرج در جدول، می توان چنین استنباط نمود که کاهش در باورهای فراشناختی برای هر دو مورد در مرحله پس از درمان و پیگیری از نظر بالینی معنادار است. کاهش در سطح اضطراب مورد الف در مرحله پس از درمان و پیگیری از لحاظ بالینی معنادار بوده و این تغییرات برای مورد ب فقط در مرحله پس از درمان معنادار می باشد.



شکل ۱. الگوی تغییرات هر دو مورد در متغیر باورهای فراشناختی



شکل ۲. الگوی تغییرات هر دو مورد در متغیر اضطراب

جدول ۱

میانگین، انحراف استاندارد، درصد بهبودی و اندازه اثر هر دو مورد در مراحل مختلف درمان در هر کدام از متغیرهای مورد بررسی

متغیرها	بیماران	میانگین خطوط پایه	میانگین درمان	انحراف استاندارد خطوط پایه	انحراف استاندارد درمان	جلسه آخر درمان	پیگیری ۱ ماهه	درصد بهبودی درمان	درصد بهبودی پیگیری ۱ ماهه	اندازه اثر
باورهای فراشناختی	مورد اول	۹۷/۶۶۶۷	۶۷/۲۵	۱/۱۵۴۷۰	۱۵/۲۳۹۷۵	۴۸	۴۳	۵۰	۵۵	۲/۵۷
	مورد دوم	۵۶/۳۳۳۳	۳۸/۲۵	۰/۵۷۷۳۵	۱۱/۷۵۷۹۸	۲۵	۲۷	۵۶	۵۲	۳/۰۲
اضطراب اول	مورد اول	۴۳	۲۴/۲۵	۰/۰	۷/۷۱۹۰۲	۱۷	۱۶	۶۰	۶۲	۳/۱۳
	مورد دوم	۵۵/۳۳۳۳	۳۹/۵	۰/۵۷۷۳۵	۱۱/۱۲۰۵۵	۲۶	۳۶	۵۳	۳۴	۱/۸۳

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان فراشناختی منجر به کاهش باورهای فراشناختی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی می‌شود. این یافته‌ها در درجه اول حاکی از کارایی درمان فراشناختی بر روی اختلال هراس اجتماعی است که مشابه با نتایج پژوهش‌هایی است که کارایی و اثربخشی این رویکرد درمانی را در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی و سایر اختلالات مورد تأیید قرار داده‌اند (ولز، ۲۰۰۹؛ ولز و کینگ، ۲۰۰۶؛ ولز و همکاران، ۲۰۰۸؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۸). در تبیین مشابهت یافته‌های این پژوهش با پژوهش‌های همسو می‌توان به ماهیت بنیادین درمان فراشناختی اشاره کرد. در درمان فراشناختی، با تمرکز بر قطع سبک‌های ناسازگار تفکر و فراشناختی‌ها، تکنیک‌هایی به کار برده می‌شود که بر فعال کردن شیوه‌های فراشناختی انعطاف‌پذیرتر در مورد نگرانی تأکید می‌نماید. تکنیک‌های آموزش داده

شده در این شیوه درمانی، موجب تعدیل سبک های انعطاف ناپذیر توجه (توجه متمرکز بر خود) و اصلاح عوامل زیربنایی تولید کننده باورهای هراس می گردند و به این ترتیب بر میزان باورهای ناکارآمد مربوط به هراس اجتماعی تاثیر می گذارند.

همچنین تکنیک های این روش درمانی به رفع فراپورهای در مورد خطرناک بودن و غیر قابل کنترل بودن علائم (باورهای فراشناختی منفی) تاکید دارد. از دیگر نتایج این پژوهش کاهش اضطراب شرکت کنندگان بود. در تبیین این یافته می توان به ارتباط بین افکار، هیجانات و واکنش های فیزیولوژیکی در جریان اضطراب اشاره کرد. با توجه به ارتباط بین افکار منفی با اضطراب و علائم جسمانی، در درمان فراشناختی تلاش می شود تا از طریق نظارت بر افکار و کنترل جریان فکر، افکار منفی با افکار مثبت جایگزین شده و در نتیجه سطح اضطراب و واکنش های فیزیولوژیک مرتبط با آنها نیز کاهش یابد (ولز و پاجورجیو، ۲۰۰۱). به طور خلاصه در توجیه برنامه مداخله ای مورد استفاده می توان چنین مطرح نمود که درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که اختلال روان شناختی به دلیل اثرات سبک تفکر یعنی سندرم شناختی - توجهی بر تجربه های هیجانی و دانش تداوم می یابد. سندرم شناختی - توجهی از راه های خاص موجب تداوم برداشت منفی فرد از خود و ادراک تهدید می شود. بدین ترتیب در این جلسات درمانی سعی شد تا از طریق شناسایی فراپورهای مثبت و منفی فرد در مورد نظارت همیشگی و نشخوارگونه بر علائم طبیعی برانگیختگی و آموزش های رفتاری ارایه اسناد ها و تصحیح شیوه توجهی، باورهای ناکارآمد فرد در مورد اختلال هراس اجتماعی کاهش یابد و بر تغییر سندرم شناختی - توجهی، تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رخداد های درونی از قبیل فنون ذهن آگاهی گسلیده، آموزش فنون توجه، آموزش تکنیک به تعویق انداختن نگرانی و آموزش تکنیک متمرکز کردن مجدد توجه بر موقعیت تمرکز شود.

پایدار ماندن نتایج درمانی در دوره پیگیری نیز در این پژوهش قابل مشاهده است. با توجه به اینکه به بیماران تاکید شد تکنیک های آموزش داده شده در جلسات درمانی را، پس از پایان درمان نیز تمرین نمایند، لذا به نظر می رسد که این امر باعث افزایش مهارت های آنها در کاربرد تکنیک ها شده است. همچنین می توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی به بیماران کمک کرده است تا رابطه جدیدی را با افکار خود شکل دهند و آنها را قادر نموده است تا فراشناخت هایی را که شیوه های ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را فزونی می بخشند یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می گردند، تغییر دهند (ولز، ۲۰۰۹). اضطراب شرکت کننده ب در مرحله پیگیری افزایش یافته است که در تبیین آن می توان به مواجه شدن این فرد با مشکلات خانوادگی و عاطفی در دوره پس از درمان اشاره کرد.

منابع

- بهادری، محمد حسین، جهان بخش، مرضیه، کجیاف، محمد باقر و فرامرزی، سالار (۱۳۹۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی و اعتماد شناختی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی. *مجله روان شناسی بالینی*، ۴(۴)، ۳۳-۴۲.
- کاویانی، حسین و موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۷). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۶، ۱۳۰-۱۳۶.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM- IV-TR) 4th ed*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Fisher, P.I., Wells, A. (2008). Meta-cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy Psychiatry*, 39, 117-32.
- Rapee, M. (1995). Descriptive psychopathology of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Leibowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds). *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (PP. 41-66). New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2009). Cognition about cognition: meta-cognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 18-25.
- Wells, A. & King, P. (2006). Meta-cognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy Expert Psychology*, 23, 167-177.
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J., et al. (2008). Chronic PTSD treated with meta-cognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 85-92.
- Wells, A., Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 39, 713-720.