

گزارش مورد

بررسی اثربخشی درمان کوتاه‌مدت متمرکز بر فراشناخت بر علایم اختلال هراس اجتماعی،
بررسی تک آزمودنی

خلاصه

محمد محمودی^{*}

کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه

شیراز

محمدعلی گودرزی

دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز

سیدمحمد رضا تقوی

استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز

چنگیز رحیمی

استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شیراز

مقدمه: در این مطالعه، اثربخشی یک روش جدید درمانی برای اختلال هراس اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس رویکرد فراشناختی، افکار و عقاید منفی در مورد خود اجتماعی، از سبک پردازش ایجاد شده توسط فراشناخت‌های فرد به وجود می‌آیند. بنابراین، درمان بر اصلاح سبک پردازش، قبل، حین و بعد از رویارویی با موقعیت اجتماعی تمرکز می‌کند.

روش کار: در این تحقیق، طرح مطالعه‌ی موردی همراه با خط پایه چندگانه و پی‌گیری سه ماهه به کار برده شد. نمونه از بین مراجعانی که از آبان تا دی سال ۱۳۸۷ به مرکز مشاوره‌ی دانشگاه شیراز مراجعه نمودند، انتخاب گردید. وی تحت ۸ جلسه درمان فراشناختی قرار گرفت. در این تحقیق، از چهار مقیاس پرسش‌نامه فراشناخت هراس اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و آشفتگی اجتماعی و هراس اجتماعی استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل نگره‌ای و تعیین درصد بهبودی استفاده گردید.

یافته‌ها: در پایان درمان، نتایج حاکی از تغییر معنی‌دار بالینی و آماری در نمرات به دست آمده از تمام مقیاس‌های خاص هراس اجتماعی در مورد این بیمار بود. ضمن این‌که این نتایج در پی‌گیری نیز حفظ شد.

نتیجه‌گیری: درمان فراشناختی می‌تواند درمان کوتاه‌مدت اثربخشی برای اختلال هراس اجتماعی باشد. ارزیابی‌های بیشتری در این زمینه مورد نیاز است.

واژه‌های کلیدی: اختلال هراس اجتماعی، فراشناختی، نشخوار ذهنی

*مؤلف مسئول:

ایران، شیراز، دانشگاه شیراز، دانشکده‌ی

روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی

تلفن: ۰۷۱۱۶۲۷۶۷۰۸

mmahmoodi13@gmail.com

تاریخ وصول: ۸۹/۲/۳۰

تاریخ تایید: ۸۹/۶/۲۰

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشکده‌ی روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از دانشجویان محترم شرکت‌کننده در این پژوهش قدردانی می‌گردد. از سرکار خانم آزاده سلطانی به جهت همکاری صمیمانه در نگارش این تحقیق و از مسئولین محترم مرکز مشاوره‌ی دانشگاه شیراز سپاسگزاری می‌گردد.

Case Report

A study on the effectiveness of brief psychotherapy focused on metacognition in social phobia, a single-subject design

Abstract

Introduction: In this study, the effectiveness of a new treatment for social phobia was investigated. According to the metacognitive approach, negative beliefs/thoughts about the social self are produced from the style of processing driven by the persons metacognitions. Thus, the treatment focuses on modifying the style of processing before, during, and after social situations.

Materials and Methods: A single case study with multiple baselines and a 3 months follow-up assessment was implemented. The sample of study was selected from clients of counseling center of Shiraz University, who had been registered from October to December 2008. She received 8 sessions of metacognitive therapy. Four questionnaires (social phobia metacognitions questionnaire, fear of negative evaluation, social avoidance and distress, and social phobia inventory) were used in this study. Visual analysis and percent of improvement were used for analysis of the data.

Results: Results showed that the patient acquired clinical and statistical significant change on a range of standardized outcome measures in specific social phobia measures. Gains were maintained at follow-up.

Conclusion: Metacognitive therapy could be an effective brief psychotherapy for social phobia. Further evaluations are clearly warranted.

Keywords: Metacognition, Rumination, Social phobia disorder

**Mohammad Mahmoodi*

MS.c. in clinical psychology, Shiraz University

Mohammad-Ali Goodarzi

Associate professor of clinical psychology, Shiraz University

Seyyed Mohammad-Reza Taghavi

Professor of clinical psychology, Shiraz University

Changiz Rahimi

Assistant professor of clinical psychology, Shiraz University

*Corresponding Author:

Department of clinical psychology, Faculty of psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran
Tel: +987116276708

mmahmoodi13@gmail.com

Received: May 20, 2010

Accepted: Sep. 11, 2010

Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of faculty of psychology of Shiraz University. No grant has supported the present study and the authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Mahmoodi M, Goodarzi MA, Taghavi SMR, Rahimi Ch. A study on the effectiveness of brief psychotherapy focused on metacognition in social phobia, a single-subject design. Journal of Fundamentals of Mental Health 2010; 12(3): 630-41.

مقدمه

منفی در مورد عملکردهای خود و هم چنین تنوعی از پردازش‌های پس از واقعه^۳ و پیش‌بینی شکست قبل از رویارویی با موقعیت (۶).

پایدار ماندن هراس اجتماعی یک معما محسوب می‌شود. افراد مبتلا به هراس‌های خاص مثل ترس از محیط بسته، ترس از ارتفاع و ترس از حیوانات کوچک، قادرند به طور موفقیت‌آمیزی از مواجه شدن با منبع ترس خود اجتناب کنند و تصور می‌شود این اجتناب، دلیل اصلی برای پایدار ماندن ترس باشد. در مقابل، ماهیت جامعه‌ی مدرن چنان است که بیماران مبتلا به هراس اجتماعی اغلب مجبورند وارد موقعیت‌های اجتماعی ترس آور شوند اما با وجود این رویارویی‌ها، اختلال هم چنان باقی می‌ماند (۷).

اصطلاح فراشناخت^۴ را اولین بار، فلاول^۵ در سال ۱۹۷۶ به کار برد و آن را به این صورت تعریف نمود: هر نوع دانش یا فرآیند شناختی که در آن ارزیابی، نظارت یا کنترل شناختی وجود داشته باشد. فراشناخت را می‌توان از یک نظر، به عنوان یک جنبه‌ی عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد (۸). برخی از جنبه‌های خاص فراشناخت با اختلالات روان‌شناختی رابطه دارد. ولز^۶ معتقد است در برخورد با اختلالات هیجانی نیازمند یک الگوی چند مولفه‌ای با ابعادی پویا هستیم. الگویی که بتواند وجوه بیشتری از اختلالات هیجانی را در بر گیرد و ضمن توجه به محتوای شناخت، به نقش باورها در پردازش اطلاعات، سوگیری‌های توجهی و کنترل شناخت نیز توجه داشته باشد. او همچنین تاکید می‌کند که عملیات پردازشی مرتبط با وقوع افکار و باورهای اضطرابی و افسرده‌ساز را در واقع بایستی به طرح‌ها و دانش فراشناختی منسوب دانست. به همین خاطر، تلاش برای اصلاح محتوای فکر به تنهایی، آن هم توسط جانشینی آن با فکر مثبت، نمی‌تواند برای تغییر فراشناخت‌های زیربنایی اختلال و عملیات پردازشی مربوط به آن‌ها، کافی باشد (۸).

هراس اجتماعی^۱ که تحت عنوان اضطراب اجتماعی^۲ نیز شناخته می‌شود شامل ترس پایدار از ارزیابی منفی توسط دیگران است. این اختلال یکی از انواع اختلالات اضطرابی به شمار می‌رود. مبتلایان به هراس اجتماعی از تحقیر شدن و شرمساری در موقعیت‌های اجتماعی خاص مثل گفتگو در جمع به شدت می‌ترسند. این ترس ممکن است شامل نگرانی از بروز علائم اضطراب از قبیل سرخ شدن، لرزیدن و عرق کردن باشد. شیوع هراس اجتماعی در طول عمر ۳ تا ۱۳ درصد گزارش شده و اوج شروع این اختلال در دهه‌ی دوم عمر است (۱). بر اساس مطالعات همه‌گیرشناسی، کمتر از ۱۵ درصد از این بیماران در پی درمان بر می‌آیند (۲). این اختلال همبندی مرضی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی، اختلالات خلقی و اختلالات وابسته به مواد دارد. پژوهش‌ها نشان داده است که ۸۱ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اختلال دیگری نیز داشته‌اند (۳). هنوز الگوی مشخصی در همبندی مرضی این اختلال با اختلالات خلقی یا اضطرابی کشف نشده است ولی به طور عمده، این اختلال اضطراب اجتماعی است که مقدم بر سایر اختلالات است (۴). میزان بهبودی برای اختلال هراس اجتماعی بدون درمان پایین است و در صورت وجود اختلال شخصیت (به طور عمده اختلال شخصیت اجتنابی مطرح است) و اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر این میزان کمتر خواهد بود (۵).

همه‌ی نظریه‌های شناختی به نقش یک عامل مهم در ایجاد و حفظ اختلال اضطراب اجتماعی اشاره کرده‌اند و آن، پردازش سوگیرانه‌ی اطلاعات است (۴). پژوهش‌ها، پیشنهاد می‌کنند که بیماران مبتلا به هراس اجتماعی با سوگیری‌هایی در موارد زیر مشخص می‌شوند: تعبیر منفی وقایع اجتماعی بیرونی، کشف پاسخ‌های منفی از جانب دیگران، به هم خوردن تعادل توجه بین پردازش بیرونی و پردازش متمرکز بر خود، استفاده از اطلاعات درونی برای ساختن یک طرز فکر در مورد این که از دید دیگران چگونه به نظر می‌رسند، یادآوری اطلاعات

³Post Event Processing

⁴Metacognition

⁵Flavel

⁶Wells

¹Social Phobia

²Social Anxiety

این اختلال طراحی گردد. درمانی که برخلاف درمان‌های گذشته، کوتاه مدت‌تر، کم‌هزینه‌تر، ساده و قابل اجرا باشد و نیاز به تخصص چندان بالایی هم نداشته باشد. ضمن این‌که دارای اثربخشی فوری و مداوم نیز باشد. درمان فراشناختی، درمانی است که دارای خصوصیات ذکر شده می‌باشد و اثربخشی آن در چندین مطالعه به اثبات رسیده است که از آن جمله می‌توان به درمان اختلال هراس اجتماعی، درمان اختلال استرس پس از سانحه، درمان اختلال وسواسی جبری و اختلال اضطراب منتشر اشاره نمود (۱۷-۱۳).

با توجه به این‌که تا کنون در ایران اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش علائم اختلال هراس اجتماعی مورد بررسی قرار نگرفته است، هدف از تحقیق حاضر کاملاً مشخص است.

روش کار

این پژوهش به دلیل بررسی اثربخشی یک روش درمانی جدید، یک تحقیق کاربردی است. نوع آن آزمایشی بوده و طرح آن به صورت تک موردی با تکرار A-B، همراه با خط پایه‌ی چندگانه و دوره‌ی پی‌گیری است.

نمونه‌ی مورد بررسی، از بین افرادی که از آبان تا دی ماه سال ۱۳۸۷ به مرکز مشاوره‌ی دانشگاه شیراز مراجعه نمودند، انتخاب گردید. وی دانشجوی دوره‌ی کارشناسی ارشد بود که پس از انجام مصاحبه‌ی تشخیصی دقیق به عنوان بیمار مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تشخیص داده و حاضر به همکاری با پژوهشگر گردید. با یاری از مقالات منتشر شده در ارتباط با درمان فراشناختی اختلالاتی نظیر اختلال وسواسی جبری، اختلال اضطرابی فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه و همچنین کتاب راهنمای ولز (۸)، مراحل زیر به ترتیب اجرا گردید: ابتدا برنامه‌ی درمانی خاص اختلال هراس اجتماعی تدوین شد. سپس، مراجع طی چهار جلسه هفتگی برای تعیین خط پایه مورد سنجش قرار گرفت. در ادامه، طی ۸ جلسه تحت درمان متمرکز بر فراشناختی قرار گرفت.

به منظور بررسی روند بهبودی در ابتدای جلسات دوم، چهارم، ششم و انتهای جلسه هشتم، مورد ارزیابی قرار گرفت و در نهایت، سه ماه پس از آخرین جلسه‌ی درمان (به عنوان جلسه‌ی

درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که فراشناخت به طور حیاتی در فهم چگونگی پردازش شناخت و این‌که چگونه این پردازش، تجارب هوشیار را ایجاد می‌کند، اهمیت دارد. فراشناخت، آن‌چه که ما مورد توجه قرار می‌دهیم و وارد حیطه‌ی هوشیاری خود می‌کنیم، ارزیابی‌ها و تاثیر انواع راهبردهایی که ما برای تنظیم افکار و احساسات مان به کار می‌بریم را شکل می‌دهد (۹). مطالعه در مورد فرآیندهای فراشناختی درگیر در اختلالات روان‌شناختی، به طور اساسی با نظریه‌ی کنش اجرایی خودنظم‌بخش^۱ (S-REF) ولز و متیوز^۲ مرتبط است (۱۰). مفهوم محوری در S-REF این است که حفظ و ادامه‌ی اختلال هیجانی، نتیجه‌ی طیف گسترده‌ای از کنش‌های پردازش اطلاعات است که در درمان شناختی از آن به فعال‌سازی طرح‌واره^۳ یاد می‌شود و در برگیرنده‌ی فرآیندهای توجهی، وضعیت‌های هدف خودنظم‌بخش، فراشناخت و سبک‌های پردازش است. در این حالت، شناخت به عنوان یک مقوله‌ی پویا در نظر گرفته می‌شود (۱۱). ولز به یک سندرم توجهی‌شناختی^۴ در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی اشاره کرد که شامل فکری است که به صورت تکراری و با دشواری در کنترل^۵ در شکل نگرانی و نشخوار ذهنی و رفتار خودبازنگری^۶ نمایان می‌شود. فعالیت و پایداری این سندرم در پاسخ به تنش بستگی به عقاید فراشناختی ناسازگار دارد. وی همچنین دریافت که بیماران، برخی فراشناخت‌های مثبت در مورد استفاده از نگرانی به عنوان یک وسیله‌ی مقابله‌ای و هم فراشناخت‌های منفی در مورد کنترل ناپذیری و احتمال تاثیرات منفی را دارا هستند (۱۲).

با توجه به این‌که اختلال هراس اجتماعی، یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است و سیری مزمن و نسبتاً پایدار داشته و منجر به افت شدید در عملکردهای شغلی، تحصیلی و روابط بین‌فردی (با وجود داشتن مهارت‌های اجتماعی طبیعی) می‌شود، لازم است برنامه‌ی درمانی موثر و رضایت‌بخشی برای

¹Self-Regulatory Executive Function

²Wells and Matthews

³Schema Activation

⁴Cognitive Attentional Syndrome

⁵Difficult to Control

⁶Self Monitoring

برای تعیین روایی سازه‌ی آزمون نیز شیوه‌ی تحلیل عاملی به کار برده شد که با استفاده از بازمینی آزمون اسکری و مقادیر ویژه، سه عامل با روش اکتشافی استخراج گردید. کنترل ذهنی ۲۲/۸۱ درصد، ذهن مشغولی با فراپاورهای منفی ۱۹/۶۶ درصد، توانایی‌های شناختی ۸/۵۵ درصد و در مجموع ۵۱/۰۳ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کنند. مقدار ضریب KMO^4 ، ۰/۹۳۴ و آزمون بارتلت^۵ نیز در سطح $P < ۰/۰۰۱$ معنی‌دار بود (۱۸).

مقیاس هراس اجتماعی (SPIN)^۶: این مقیاس نخستین بار توسط کانر و همکاران به منظور ارزیابی هراس یا اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این مقیاس یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه خرده‌مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) می‌باشد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از صفر برای ابتدا تا ۴ برای بی‌نهایت) درجه‌بندی می‌گردد. این مقیاس دارای مزیت‌های عملی کوتاه بودن، سادگی و سهولت نمره‌گذاری است و می‌تواند به عنوان یک ابزار معتبر برای سنجش علائم هراس اجتماعی به کار رود. پایایی به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی برابر ضریب همبستگی ۰/۷۸ و ۰/۸۹ بود. همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹، برای خرده‌مقیاس اجتناب ۰/۹۱ و برای خرده‌مقیاس ناراحتی فیزیولوژیک ۰/۸۰ گزارش شده است. همبستگی بین نمرات افراد مبتلا به هراس اجتماعی در این مقیاس با نمرات مقیاس هراس اجتماعی کوتاه دیویدسون و همکاران، ۰/۵۷ تا ۰/۸۰ به دست آمده که روایی همزمان بالای این آزمون را نشان می‌دهد (۱۹). روایی افتراقی در مقایسه‌ی نتایج این آزمون در دو گروه از آزمودنی‌ها با تشخیص هراس اجتماعی و افراد بدون تشخیص، بررسی شد که تفاوت معنی‌داری را با هم نشان می‌دهند و این حاکی از روایی افتراقی بالای این مقیاس است. ارزش نقطه‌ی برش ۱۹ با کارآیی یا دقت تشخیصی ۰/۷۹ افراد با اختلال هراس اجتماعی

پی‌گیری) مجدداً سنجش انجام گردید. در این پژوهش، به منظور تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری زیر استفاده گردید: الف- تحلیل نگاره‌ای: در این تحلیل که به صورت دیداری انجام می‌گیرد، از رسم نمودار استفاده می‌گردد. به این صورت که نمرات به دست آمده در مراحل مختلف (خط پایه، در جریان درمان، انتهای درمان و پی‌گیری) در نمودار وارد شده و فراز و فرود نمودار متغیر وابسته، مبنای قضاوت در مورد میزان تغییر قرار می‌گیرد

ب- تعیین درصد بهبودی: با استفاده از فرمول $AO - AI / AO + A\% = AO - AI / AO$ مشکل آماجی در جلسه‌ی پیش از درمان؛ $AI =$ مشکل آماجی در جلسه‌ی پس از درمان یا پی‌گیری و $A\% =$ درصد بهبودی (۲، ۳).

ابزارهای پژوهش

مقیاس فراشناخت هراس اجتماعی: این مقیاس که توسط محمودی به منظور ارزیابی باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی تهیه گردید، حاوی ۳۰ ماده است و ۳ خرده‌مقیاس شامل کنترل ذهنی (۱۶ ماده)، ذهن مشغولی^۱ با فراپاورهای منفی (۱۰ ماده) و توانایی شناختی (۴ ماده) دارد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند (از صفر برای مخالفم تا سه برای خیلی موافقم).

در بررسی ساختار عاملی و روایی و پایایی این آزمون از یک نمونه‌ی ۳۰۰ نفری از دانشجویان دانشگاه شیراز استفاده گردید. به منظور بررسی روایی همزمان پرسش‌نامه، از ۳ پرسش‌نامه‌ی مقیاس هراس اجتماعی کانر^۲، مقیاس فراشناخت-۳۰ و مقیاس ترس از ارزیابی منفی واتسون و فرند استفاده شد. نتایج نشان داد ضریب همبستگی بین آزمون محقق ساخته و هر یک از این آزمون‌ها به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۵۸ و ۰/۶۳ می‌باشد. هم چنین همسانی درونی مقیاس بر حسب آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۳ به دست آمد. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش بازآزمایی^۳ که بر روی ۵۸ نفر از دانشجویان با فاصله دو هفته از آزمون اول صورت گرفت، برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

⁴ Value of Kaiser Meyer-Olkin

⁵ Bartlett Test

⁶ Social Phobia Inventory

¹ Detached Mindfulness

² Connor

³ Test-Retest

بازآزمایی ۰/۸۳، آلفای کرونباخ ۰/۹۰، روایی سازه ۰/۷۵ و روایی همزمان ۰/۶۲ را به دست آورد (۲۱).

درمان و مراحل آن

جلسه اول - فراخوانی فراشناخت‌ها، نیم‌رخ‌سازی فراشناختی و آشناسازی^۱ (توضیح منطق درمان برای مراجع): در این جلسه به منظور تشخیص جریان‌های پردازش مشکل‌آفرین و فراشناخت‌هایی که تحت شرایط تنش‌زا فعال می‌شوند، به نیم‌رخ‌سازی فراشناختی پرداخته می‌شود. برای این کار با مطرح کردن سئوالاتی ویژه (بر اساس کتاب راهنمای ولز)، در مورد موقعیتی که بیمار اخیراً در آن مضطرب شده است یا در جریان یک آزمون ارزیابی رفتاری و هم چنین با کمک تکنیک تحلیل مزایا و معایب، مولفه‌های فراشناختی فرد را بیرون می‌کشیم. سپس منطق درمان را شرح می‌دهیم.

جلسه دوم - استفاده از تکنیک‌های ذهن‌مشغولی: ابتدا درمانگر همراه با یک مثال برای بیمار توضیح می‌دهد که درگیر شدن با نگرانی و نشخوار فکری باعث می‌گردد تا بیمار صرفاً به جنبه‌های منفی و احتمالات و انتظارات ناخوشایند موقعیت فکر کرده و توجه کند. برای فهم این موضوع به عنوان مثال، ابتدا از او می‌خواهیم چشمانش را بسته و در ذهن خویش خرگوشی را تصور کند که به رنگ گورخر است و شاخ‌هایی مثل گوزن دارد. از او می‌خواهیم به مدت ۳۰ ثانیه به این حیوان فکر کرده و آن را در حال جست و خیز تصور کند. سپس از او می‌خواهیم به مدت ۳۰ ثانیه تلاش کند اصلاً به آن حیوان فکر نکند و هر بار که آن حیوان به ذهنش آمد، انگشت خود را بلند کند. در پایان این تمرین معمولاً بیماران گزارش می‌کنند که بارها و بارها ذهن‌شان مشغول این حیوان بوده و نمی‌توانستند آن را از ذهن خود دور کنند. به بیمار توضیح داده می‌شود که تلاش برای کنترل کردن نگرانی، می‌تواند نتیجه‌ی عکس دهد و باعث مرور و نشخوار نگرانی شود. به بیمار آموزش داده می‌شود تا با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌مشغولی به علایم پاسخ دهد (۲۲). هدف این تکنیک، افزایش نظارت فراشناختی، کاهش توجه متمرکز بر خود و کنترل انعطاف‌پذیری بیمار بر پاسخ‌های خود می‌باشد. در این

را از افراد بدون این اختلال متمایز می‌کند. نقطه‌ی برش ۱۵ با کارآیی ۰/۷۸ افراد با اختلال هراس اجتماعی را از افراد بدون این اختلال متمایز می‌کند (۲۰). طهماسبی مرادی، در ایران برای بررسی مقدماتی پایایی این مقیاس به منظور استفاده از آن در تحقیق خود، این مقیاس را روی ۱۲۳ نفر از دانشجویان دانشگاه بهشتی اجرا کرد و پایایی این ابزار با روش بازآزمایی ۰/۸۲ به دست آمد. همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ آن نیز برابر با ۰/۸۶ به دست آمد (۱۹).

مقیاس ترس از ارزیابی منفی: این مقیاس نیز همزمان با مقیاس اجتناب و آشفتگی اجتماعی، توسط واتسون و فرند ساخته شد. دارای ۳۰ ماده است که ۱۷ ماده پاسخ مثبت و ۱۳ ماده پاسخ منفی دارد. دامنه‌ی نمره بین صفر تا ۳۰ است. نمره‌ی ۱۸ به بالا نمایانگر افرادی است که ترس زیادی از ارزیابی منفی دارند و نمره‌ی ۹ به پایین مخصوص افرادی است که ترس کمی از ارزیابی منفی دارند. فردی که در این مقیاس نمره‌ی بالایی بیاورد، کسی است که نه بر خود و نه بر دیگران تسلط دارد و به احتمال زیاد از موقعیت‌های همراه با احتمال عدم تایید اجتناب می‌کند. در بررسی واتسون و فرند، ضریب پایایی بازآزمایی آن، ۰/۷۸ و روایی ملاکی همزمان، ۰/۶۰ محاسبه شده است (۲۱). در ایران نیز بهارلویی در بررسی خود، ضریب بازآزمایی ۰/۸۸، آلفای کرونباخ ۰/۸۶، روایی سازه ۰/۷۵ و روایی همزمان ۰/۵۶ را به دست آورد. در مجموع، روایی و پایایی مطلوبی برای این مقیاس گزارش شده است (۲۱).

مقیاس اجتناب و آشفتگی اجتماعی: این مقیاس توسط واتسون و فرند در سال ۱۹۶۹ به منظور تشخیص و ارزیابی اضطراب اجتماعی ساخته شد. از دو خرده‌مقیاس تشکیل شده است. الف - اجتناب اجتماعی، ب - فشار و ناراحتی اجتماعی. این مقیاس حاوی ۲۸ ماده است که نیمی از آن‌ها پاسخ مثبت و نیمی دیگر، پاسخ منفی دارد و دامنه‌ی نمره بین صفر و ۲۸ است. نمره‌ی ۱۲ به بالا نشان‌دهنده‌ی اضطراب اجتماعی بالا است و نمره‌ی کمتر از ۴، نشان‌دهنده‌ی اضطراب اجتماعی بسیار پایین است. در بررسی واتسون و فرند، ضریب پایایی بازآزمایی آن، ۰/۶۸ و روایی همزمان آن، ۰/۵۴ محاسبه شده است (۲۱). در ایران نیز بهارلویی در بررسی خود، ضریب

¹Socialization

که فرد، واکنش‌های دیگران را به صورت منفی ارزیابی نموده و بازخوردهای مثبتی که از دیگران دریافت می‌کند را پردازش نمی‌کند. بنا بر این، هدف از این تکنیک، انتقال توجه از سمت خود، به جنبه‌های خاصی از موقعیت است که بازخورد مثبت یا خنثی به فرد می‌دهد. برای دستیابی به این توانایی، ابتدا در جلسه‌ی درمان به تمرین مثال‌هایی برای توانا ساختن بیمار در انتقال خودآگاهانه‌ی توجه خویش از موضوعی به موضوع دیگر می‌پردازیم.

جلسه‌ی ششم- اصلاح فراپاورهای مثبت و منفی به کمک تکنیک پرسش و پاسخ با خود: با توجه به فراخوانی باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی و به‌خصوص با فن تحلیل مزایا و معایب، اکنون به کمک همان تکنیک باید با این باورها چالش کرد. ابتدا باید با باورهای مثبت شروع نمود. محتوای کلی باورهای مثبت این است که "توجه به نگرانی و نشخوار ذهنی کمک‌کننده است و باعث می‌شود موفق‌تر باشم و بدون آن بیشتر اشتباه می‌کنم". ابتدا به صورت کلامی، به بیهوده بودن این باورها اشاره می‌شود و سپس برای اثبات آن، از بیمار خواسته می‌شود که با کمک تکنیک‌های یاد گرفته شده، از پرداختن به نگرانی ممانعت کند (به صورت رفتاری) تا بر وی معلوم شود اگر نگرانی کاهش یا افزایش یابد، سطح مقابله چه تغییری می‌کند. بنا بر این، برای تعیین میزان موفقیت در هر دو صورت، باید این روش به صورت دقیق عملیاتی شود. سپس، با توجه به فراپاورهایی که در نیم‌رخ‌سازی فراشناختی هر فرد به دست آمده بود، از وی می‌خواهیم با کمک تکنیک پرسش و پاسخ سعی کند، آن باور را تایید یا رد کند. در این تکنیک، او باید نقش مثبت و منفی را بازی کند. به این صورت که ابتدا در نقش مثبت ظاهر شده و در مورد دلیل ظهور فکر نگران‌کننده‌اش سؤال پرسد. سپس، در نقش منفی ظاهر شده و سعی کند دلیل آن را توضیح دهد. این سؤال و جواب‌ها باید آن قدر تکرار شوند تا یک طرف، تسلیم شود. نکته‌ی قابل توجه این است که به بیمار گوشزد شود وقتی در نقش مثبت قرار می‌گیرد فقط حق دارد سؤال پرسد و وقتی در نقش منفی قرار می‌گیرد فقط حق دارد جواب دهد. برای تمرین، چند مورد، انتخاب و با وی تمرین می‌شود تا بتواند در این زمینه مهارت یابد.

تکنیک، بیمار جریان فکرش را بدون تعبیر، تفسیر، کنترل و واکنش به آن را، تنها مشاهده می‌کند. به عنوان تکلیف خانگی از وی خواسته می‌شود، هر بار که فکر نگران‌کننده به ذهنش هجوم آورد، از این تکنیک استفاده کند.

جلسه‌ی سوم- آموزش تکنیک به تعویق انداختن^۱: به منظور افزایش توانایی بیمار در کنترل افکار نگران‌کننده‌ی خود، از تکنیک به تعویق انداختن استفاده می‌شود. به بیمار آموزش داده می‌شود تا در زمان ظهور فکر نگران‌کننده، به آن فکر نکرده و زمان مشخصی را در آینده برای پرداختن به آن تعیین کند. مثلاً با خود بگوید الان به این موضوع فکر نخواهم کرد و ساعت ۹ شب به طور مفصل در مورد آن فکر می‌کنم. سپس بلافاصله به دنبال این تکنیک، از تکنیک قبلی یعنی رهایی از ذهن مشغولی استفاده می‌کند. استفاده‌ی همزمان از این دو تکنیک، احساس کنترل زیادی را به بیمار داده و او را برای تکنیک‌های آتی آماده می‌سازد.

جلسه‌ی چهارم- بازیابی پیشرفت مراجع: در این جلسه به بررسی مهارت‌های کسب شده توسط مراجع، شناسایی مشکلات موجود و مرور تکنیک‌های پیشین پرداخته می‌شود. جلسه‌ی پنجم- تکنیک بازتمرکزسازی توجه موقعیتی^۲ (SAR): این راهبرد به منظور کاهش تمرکز توجه غیرانطباقی به خود و هم چنین تسریع پردازش اطلاعات ابطال‌کننده‌ی باورهای فرد، طراحی شده است. اثربخشی آن توسط ولز و پاپاگورجیو^۳ در مورد بیماران مبتلا به هراس اجتماعی تایید شده است. بیماران مبتلا به هراس اجتماعی با ورود به موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌آور، تمایل دارند خود را به عنوان یک شیء اجتماعی پردازش کنند. در واقع آن‌ها، خویش را از زاویه‌ی یک مشاهده‌گر بیرونی تصور می‌کنند و دچار برداشت و تصور متزلزلی از خود می‌شوند. آن‌ها دائماً درگیر این مسئله هستند که نزد دیگران چگونه به نظر می‌رسند و دیگران در مورد آن‌ها چه فکر می‌کنند. مشکل عمده‌ای که در این پردازش متمرکز بر خود وجود دارد این است که در پردازش اطلاعات بیرونی، اختلال ایجاد می‌کند. به این صورت

¹Postponement²Situational Attentional Refocused³Papageorgiou

نمود. پس از مصاحبه‌ی تشخیصی بر اساس چک لیست علایم مربوط در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، تشخیص اختلال هراس اجتماعی برای وی تایید گردید. زیرگونه‌ی اختلال مراجع با توجه به گستردگی زمینه‌های اجتماعی که وی در آن‌ها دچار ترس می‌شد، تعمیم یافته، تشخیص داده شد. هم چنین، دامنه‌ی ترس و نشخوارهای فکری وی، قبل از برخورد با موقعیت اجتماعی تا حد کمتری حین موقعیت و تا حد زیادی نیز پس از آن گسترش داشت. او فرزند پنجم (آخر) خانواده بود و در تاریخچه‌ی مشکل خود به کمبود محبت از جانب والدین، بدرفتاری‌های پدر و انتقادهای زیاد او اشاره نمود. او از کودکی، دختری کمرو بوده و از آن موقع تا کنون به شدت نسبت به مورد انتقاد قرار گرفتن از جانب دیگران حساس است و از هر فردی که به او انتقاد کند به شدت متنفر و برعکس به هر فردی که از او تعریف و تمجید کند وابسته می‌شد. او همیشه وقتی در یک جمع حضور می‌یافت، خود را با ماهرترین فرد موجود در آن جمع مقایسه می‌کرد و چون از خود ارزیابی منفی به عمل می‌آورد، احساس می‌کرد بی‌لیاقت‌ترین فرد آن جمع است. به همین خاطر فکر می‌کرد دیگران نیز راجع به او همین اعتقاد را دارند و در نتیجه دچار اضطراب زیادی در موقعیت می‌شد. این مراجع، تا کنون چند بار برای درمان افسردگی خود اقدام نموده بود، اما این اولین باری بود که تشخیص اختلال هراس اجتماعی را دریافت می‌کرد.

نتایج

۱- تحلیل نگاره‌ای: با توجه به نمودار (۱)، مقایسه‌ی ستون‌های مربوط به نمرات پیش از درمان (میانگین نمرات جلسات خط پایه)، پس از درمان (نمرات پس از آخرین جلسه‌ی درمان) و پی‌گیری، نشان‌دهنده‌ی اثربخشی درمان بر کاهش نمرات مربوط به پرسش‌نامه‌های هراس اجتماعی و فراشناخت هراس اجتماعی می‌باشد. به طوری که نمره‌ی مقیاس هراس اجتماعی وی از نمره‌ی ۴۳ قبل از درمان، به نمره‌ی ۲۱ پس از درمان و نمره‌ی ۱۳ در مرحله‌ی پی‌گیری کاهش یافته‌است. هم چنین، نمره‌ی مقیاس فراشناخت هراس اجتماعی وی از نمره‌ی ۶۷ قبل از درمان به نمره‌ی ۲۲ پس از درمان و نمره‌ی ۱۶ در مرحله‌ی

جلسه‌ی هفتم- خودگویی^۱ کلامی مثبت: پس از این که بیمار مهارت کافی در تکنیک پرسش و پاسخ با خود را کسب نمود، در این مرحله از وی می‌خواهیم وقتی در نقش منفی، دیگر نتوانست به سؤال نقش مثبت پاسخ دهد اینک در نقش مثبت سعی کند از طریق گفتگو با خویش، احتمالات مثبت‌تر ممکن را پیدا کرده و جانشین احتمالات منفی نماید. برای این کار، بیمار باید بتواند ابتدا از طریق نوشتن روی کاغذ، همه‌ی احتمالات دیگر را پیدا نماید و در نهایت، بهترین آن را که در واقع کم‌تر نگران‌کننده است انتخاب نماید. در پایان، به بیمار گوشزد می‌شود هدف نهایی از این تکنیک این است که بتواند در لحظه‌ای که در موقعیت اجتماعی قرار گرفته و فکر نگران‌کننده‌ای به ذهنش می‌آید، بلافاصله از این تکنیک استفاده کرده و فکر مثبت را جای‌گزین فکر منفی نماید.

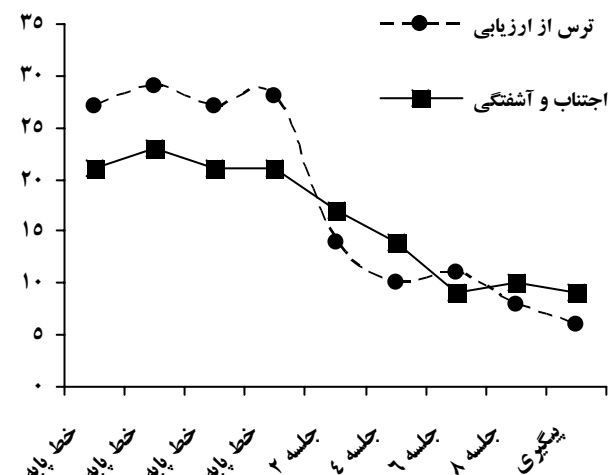
جلسه‌ی هشتم- پایش پیشرفت و بهبودی و جلوگیری از عود: در این جلسه، میزان پیشرفت بیمار در استفاده از تکنیک‌ها و تغییر باورهای فراشناختی مشکل‌ساز بررسی می‌شوند. موانع و مشکلات موجود باید رفع گردند و خلاصه‌ای از تمام کارهای انجام شده مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. نمونه‌ای از یک ضابطه‌بندی فردی، نمونه‌هایی از فراباورهای منفی کلیدی، خلاصه‌ای از داده‌هایی که به ابطال باورهای غیر انطباقی می‌انجامد و هم چنین نقش راهبردهای ناکارآمد در حفظ اختلال و نقش تکنیک‌ها و مراحل درمانی سپری شده در رفع اختلال، مرور می‌شود. در پایان تاکید می‌شود که بیمار سعی کند در موقعیت‌های واقعی قرار گرفته و از تکنیک‌های مطرح شده استفاده نماید و این که اکنون با در دست داشتن این تکنیک‌ها، او می‌تواند روان‌شناس خویش باشد. لازم به ذکر است که هر جلسه بین ۴۰ تا ۶۰ دقیقه به طول می‌انجامد.

گزارش مورد

مراجع، دختری ۳۷ ساله، مجرد، دانشجوی سال آخر کارشناسی ارشد رشته‌ی علوم اجتماعی بود که با ارجاع متخصص روان‌شناسی بالینی و با تشخیص اختلال هراس اجتماعی از مرکز مشاوره‌ی دانشگاه شیراز به پژوهشگر مراجعه

^۱Self Speech

ملاحظه‌ای در پایان درمان مشاهده می‌شود. ضمن این که درصد بهبودی در مرحله‌ی پی‌گیری در تمامی مقیاس‌ها حتی از مرحله‌ی پس از درمان نیز بیشتر شده است.



نمودار ۲- نمرات خط پایه، درمان و پی‌گیری در مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی و اجتناب و آشفتنگی اجتماعی

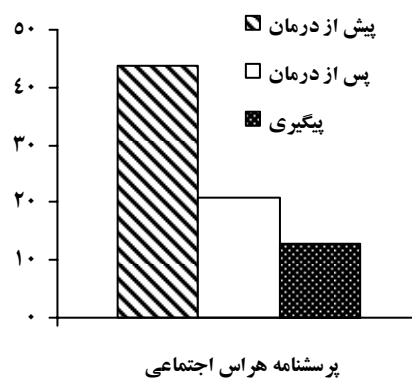
جدول ۱- درصد بهبودی در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی

مقیاس‌ها	میانگین نمرات خط پایه	نمرات پس از درمان	نمرات در پی‌گیری	درصد بهبودی پس از درمان	درصد بهبودی در پی‌گیری
فراشناخت	۶۷	۲۲	۱۶	۶۷	۷۶
هراس اجتماعی	۴۳	۲۱	۱۳	۵۱	۶۹
ترس از ارزیابی	۲۷	۸	۶	۷۰	۷۷
اجتناب و آشفتنگی	۲۱	۱۰	۹	۵۲	۵۷

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش، نشان داد که درمان فراشناختی بر کاهش علائم اختلال هراس اجتماعی موثر است. این یافته، با نتایج بررسی‌های ولز و پاپاجورجیو و ولز همسو می‌باشد (۱۲، ۱۳). همان‌طور که قبلاً اشاره گردید، هدف از درمان فراشناختی افزایش نظارت و کنترل فرد بر پردازش اطلاعات و جریان پویای فکر خویش به خصوص در موقعیت‌های اضطراب‌آور است (۸). با توجه به ماهیت اختلال هراس اجتماعی که با درگیری شناختی هیجانی فرد مبتلا همراه است، برنامه‌ریزی

پی‌گیری کاهش یافته است که در مجموع نشان‌دهنده‌ی کاهش زیادی است. هم‌چنین با توجه به نمودار ۲، شیب نمودار در مورد هر دو مقیاس ترس از ارزیابی منفی و اجتناب و آشفتنگی اجتماعی پس از جلسات خط پایه و پس از دومین جلسه‌ی درمان، به صورت نزولی به تدریج زیاد شده و نشان‌دهنده‌ی تاثیر قابل ملاحظه درمان بر کاهش نمرات مقیاس‌های ذکر شده است. ضمن این که این تاثیر نه تنها در مرحله‌ی پی‌گیری از بین نرفته است، بلکه حتی نسبت به آخرین مرحله‌ی درمان نیز اندکی بیشتر شده است. به طوری که نمرات هر دو مقیاس در مرحله‌ی پی‌گیری، کمتر از آخرین مرحله‌ی درمان شده است.



پوشنامه هراس اجتماعی



پوشنامه فراشناخت هراس اجتماعی

نمودار ۱- نمرات پیش از درمان، پس از درمان و پی‌گیری در مقیاس‌های هراس اجتماعی و فراشناخت هراس اجتماعی

۲- تعیین درصد بهبودی: درصد بهبودی برای مراجع در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی در جدول شماره (۱) خلاصه شده است. با توجه به نتایج به دست آمده در این جدول، در تمامی مقیاس‌های مورد بررسی در مورد مراجع، بهبودی قابل

باورهای فراشناختی منفی در لحظه‌ای که فرد در موقعیت هراس‌انگیز اجتماعی قرار می‌گیرد و یا خود را در آن موقعیت تصور می‌کند، فعال شده و باعث شروع و تقویت هیجان‌های منفی فرد می‌گردند. بنابراین، ابتدا باید این باورهای فراشناختی کشف و سپس مورد چالش قرار گیرند (۱۲).

هم چنین، این روش درمانی باعث کاهش قابل ملاحظه در شدت ترس از ارزیابی منفی دیگران و اجتناب و آشفتگی اجتماعی در این مراجع گردید و این اثربخشی در پی‌گیری ۳ ماهه نیز هم‌چنان باقی ماند. این یافته، با یافته‌های پژوهش ولز و پاپاجورجیو همسو می‌باشد (۱۳). در تبیین این یافته باید گفت که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تمایل دارند قضاوت دیگران را تهدیدآمیز، افراطی و به سبک فاجعه‌آمیز تعبیر کنند و به همین خاطر در صورت قرار گرفتن در موقعیت اجتماعی، از این‌که توسط دیگران به صورت منفی مورد ارزیابی قرار گیرند وحشت دارند. آن‌ها از دید یک مشاهده‌گر بیرونی به خود نگاه کرده و از اطلاعات درونی برای تعبیر افراطی این موضوع که از دید دیگران چگونه به نظر می‌رسند، استفاده می‌کنند (۲۴، ۲۵). از طرف دیگر، آن‌ها با تمرکز بر علائم خاصی که در دیگران می‌بینند (از قبیل خمیازه کشیدن فردی از بین شنوندگان)، این علائم را به صورت منفی تفسیر کرده و به ضعف‌های خود نسبت می‌دهند و در نتیجه، سطح اضطراب‌شان افزایش یافته و عملکردشان نیز تضعیف می‌گردد (۲۶). بنا بر این، فرد اجتماع‌هراس، اغلب از چگونه ظاهر شدن خودش بر دیگران برداشتی دارد. این برداشت می‌تواند یک مفهوم محسوس یا یک تصویر ذهنی باشد. تصاویر ذهنی چنان هستند که گویی فرد از بیرون بدنش و به عنوان یک مشاهده‌گر بیرونی، به خودش نگاه می‌کند. این دید تماشاگری از تصویر بدنی خود، معمولاً شامل بازنمایی تحریف شده‌ای از علائم قابل مشاهده‌ی اضطراب و عملکرد است. افراد مبتلا به هراس اجتماعی، چنین برداشتی را بر اساس اطلاعات درون‌نگرانه‌ی خود پایه‌گذاری نموده و به اشتباه تصور می‌کنند وقتی به هر شکلی احساس ناراحتی می‌کنند، دیگران این ناراحتی را دیده و آن‌ها را غیرطبیعی می‌شمارند (۱۲). راپی و همبرگ^۱

درمانی که ابتدا پردازش هیجانی را متوقف کرده و سپس به چالش فراشناختی بپردازد، می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. روش‌های درمان فراشناختی در واقع این اهداف را دنبال می‌کنند (۱۱). مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی، اغلب قبل از رویارویی با موقعیت هراس‌انگیز اجتماعی در جریان رویارویی و حتی پس از رویارویی به نشخوار فکری پیرامون عدم موفقیت خود و چگونه دیده شدن از دید دیگران پرداخته و همین نشخوارهای فکری باعث تداوم اضطراب در آن‌ها می‌گردد. ضمن این‌که اجتناب از موقعیت‌های ترسناک در اختلالات اضطرابی، منجر به شکست در کشف مواردی می‌شود که خطرناک نیستند. هم چنین، شکل‌های ظریف‌تر رفتارهای حفاظتی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی از قبیل اجتناب از خودافشاسازی در برابر طرف مقابل به طور منفی باعث سوگیری واکنش دیگران شده و همین امر منجر به تسلسل‌های منفی واکنش اجتماعی می‌شود (۱۳). یکی از روش‌های فراشناختی، رهایی از ذهن مشغولی می‌باشد. این روش با هدف جدا شدن فرد از نشخوارهای فکری به کار گرفته می‌شود و سبب توقف تسلسل افکار معیوب و هیجانات منفی ناشی از آن می‌شود (۹). هم چنین، پس از درمان، بهبود قابل ملاحظه‌ای در باورهای فراشناختی این مراجع صورت گرفت. هر چند هنوز هیچ پژوهشی به بررسی تغییر فراورهای منفی در مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی پس از درمان فراشناختی نپرداخته است اما یافته‌ی این پژوهش، همسو با یافته‌های پژوهش‌های مشابه در ارتباط با سایر اختلالات اضطرابی از قبیل اختلال استرس پس از سانحه، اختلال اضطراب فراگیر و اختلال وسواس فکری و عملی است (۱۴، ۱۶، ۱۷). فراشناخت را می‌توان از یک نظر، به عنوان یک جنبه‌ی عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد. برخی از جنبه‌های خاص فراشناخت با اختلالات روان‌شناختی رابطه دارد (۸).

در مجموع، باورهای فراشناختی درگیر در اختلالات هیجانی را می‌توان به دو دسته تقسیم کرد (۸):

۱- باورهایی در مورد کنترل‌ناپذیری افکار منفی یا نگرانی

۲- ارزیابی‌های معطوف به خطرات آینده و عملکرد خویش.

¹Rapee and Heimberg

کلامی مثبت استفاده می‌شود. استفاده از این روش فقط یک تلقین مثبت نیست زیرا فرد قبلاً با خود در مورد آن‌ها به پذیرفته صورت مفصل چالش کرده و آن‌ها را به صورت منطقی است. بنا بر این، درمان فراشناختی باعث کاهش شدت ترس از ارزیابی منفی دیگران در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی می‌شود و میزان اجتناب و آشفتگی آن‌ها را نیز کاهش می‌دهد. نکته‌ی دیگری که از نتایج به چشم می‌خورد افزایش بهبودی در مرحله‌ی پی‌گیری نسبت به پایان درمان است.

با توجه به تاکید درمانگر برای ادامه‌ی تمرین روش‌های آموزش داده شده به مراجع پس از پایان درمان (به دلیل کوتاه مدت بودن درمان)، به نظر می‌رسد این امر سبب افزایش مهارت او در به کارگیری روش‌ها شده و روند درمان را هم چنان ادامه می‌دهد.

با توجه به مقدماتی بودن این پژوهش و تک موردی بودن طرح آن، قبل از تعمیم نتایج، نیاز به بررسی‌های بیشتری در آینده وجود دارد.

معتقدند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی اهمیت بسیار بالایی برای تاثیر بر دیگران قایلند، لذا چنین دیدگاهی باعث می‌شود تا آن‌ها، دیگران را بیش از حد انتقادگر در نظر بگیرند. وقتی این افراد موقعیت‌های اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند یا وقتی در چنین موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند تصویر ذهنی از این‌که توسط دیگران مورد نظاره قرار گرفته‌اند می‌سازند. تمامی این عوامل روی هم رفته منجر به تشدید اضطراب اجتماعی شده و باعث افت کارکرد فرد در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی می‌شود (۲۷). در درمان متمرکز بر فراشناخت، ابتدا سعی می‌شود با آموزش روش بازتمرکز سازی توجه موقعیتی، تمرکز فرد بر نشانه‌های منفی موجود در خود و دیگران کاهش یافته و سپس با کمک روش چالش با خویشتن، تفسیرهای منفی فرد در لحظه‌ای که دچار ترس می‌شود، مورد چالش قرار گیرند. در واقع، استفاده از روش چالش با خود، قبل از برخورد با موقعیت و پس از آن انجام می‌گیرد و در حین رویارویی فرد با موقعیت، از روش انتخاب احتمالات مثبت‌تر و خودگویی

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). 4th ed. Washington. DC: American Psychiatric Association; 2000: 676-85.
2. Toit PL, Stein DJ. Social anxiety disorder. In: Nutt D, Ballenger J. (editors). Anxiety disorders. Massachusetts: Blackwell; 2002: 95-124.
3. Den Boer JA. Social anxiety disorder/social phobia: Epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. Compr Psychiatry 2000; 41: 405-15.
4. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. Clin Psychol Rev 2004; 24: 737-67.
5. Coelho HF, Cooper PJ, Murray L. A family study of co-morbidity between generalized social phobia and generalized anxiety disorder in a non-clinic sample. J Affect Disord 2007; 100: 103-13.
6. Clark DM, McManus F. Information processing in social phobia. Biol Psychiatry 2002; 51: 92-100.
7. Clark DA. Cognitive perspective on social phobia. In: Crozier WR, Alden LE. (editors). Essential handbook of social anxiety. Chichester, UK: Wiley and sons; 2005: 193-218.
8. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley and sons; 2000: 13-199.
9. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford; 2009: 1-22.
10. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behav Res Ther 1996; 34: 881-8.

11. Wells A. Anxiety disorders, metacognition and change. In: Leahy RL. (editor). Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change. New York: Guilford; 2003: 69-88.
12. Wells A. Cognition about cognition: metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cogn Behav Prac* 2007; 14: 18-25.
13. Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behav Res Ther* 2001; 39: 713-20.
14. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD. A core treatment manual. *Cogn Behav Prac* 2004; 11: 365-77.
15. Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, et al. Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cogn Behav Prac* 2008; 15: 85-92.
16. Fisher PI, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exper Psychiatry* 2008; 39: 117-32.
17. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exper Psychol* 2006; 37: 206-12.
18. Mahmoodi M. [A study on the effectiveness of brief therapy focused on metacognition on patients with social phobia: Case study]. MS. Dissertation. Shiraz University, College of psychology, 2009: 67-9. (Persian)
19. Zanjani Z, Goudarzi MA, Taghavi MR, Molazadeh J. [Comparing the body sensation and social skills of shyness, social phobia and normal individuals]. *Psychological studies* 2009; 16: 27-44. (Persian)
20. Antony MM, Coons MJ, McCabe RE, Ashbaugh A, Swinson RP. Psychometric properties of the social phobia inventory: Further evaluation. *Behav Res Ther* 2006; 44: 1177-85.
21. Sarafraz MR. [Perfectionism, fear of negative evaluation, vigilance and avoidance in teenagers with social phobia disorder and normal teenagers]. MS. Dissertation. Shiraz University, College of psychology, 2007: 42-52. (Persian)
22. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *J Ratio Emot Cogn Behav Ther* 2005; 23: 337-55.
23. Hamidpour HS, Sahebi A, Tabatabaei SM. [Efficacy and effectiveness of Beck's with Teasdale's cognitive therapies in treatment of dysthymia]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2005; 41: 150-63. (Persian)
24. Spokas ME, Rodebaugh TL, Heimberg RG. Cognitive biases in social phobia. *J Psychiatry* 2007; 6: 204-10.
25. Mansell W, Clark DM, Ehlers A, Chen YP. Social anxiety and attention away from emotional faces. *Cogn Emot* 1999; 13: 673-90.
26. Wells A, Papageorgiou C. social phobia: Effects of external attention anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behav Ther* 1998; 29: 357-70.
27. Rapee R M, Heimberg RG. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behav Res Ther* 1997; 35: 741-56.