

## اثربخشی آموزش گروهی درمان طرحواره هیجانی بر باورهای فراشناختی دانشجویان دارای نشانه‌های هراس اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز

سعید عبدالهیان<sup>۱</sup>، اکبر رضایی<sup>۲\*</sup>، علی جلیلی شیشوان<sup>۳</sup>، نعیمه محب<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۲/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۷/۲۸

### خلاصه

**مقدمه:** باورهای فراشناختی با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی در اختلال هراس اجتماعی در ارتباط می‌باشند که لزوم ارائه مداخلات روان‌شناختی به افراد دارای نشانه‌های هراس اجتماعی را ضروری می‌نماید. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی درمان طرحواره هیجانی بر باورهای فراشناختی دانشجویان دارای نشانه‌های هراس اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد.

**مواد و روش‌ها:** این پژوهش نیمه‌آزمایشی بر روی کلیه دانشجویان دارای هراس اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ انجام شد. تعداد ۳۰ دانشجو دارای نمره برش ۴۰ در پرسشنامه فوبی اجتماعی Connor و همکاران، و مطابق با ملاک‌های DSM-5 که تشخیص اختلال هراس اجتماعی را دریافت کردند، به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. هر دو گروه پرسشنامه باورهای فراشناختی Wells و Cartwright-Hatton را تکمیل کردند. پس از ۸ جلسه درمان طرحواره هیجانی در گروه آزمایش، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط گروه‌ها تکمیل گردید. داده‌ها توسط آزمون‌های تحلیل کواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار نمره باورهای فراشناختی در مرحله پیش‌آزمون بین گروه آزمایش ( $67/20 \pm 6/17$ ) و گروه گواه ( $67/06 \pm 6/07$ ) تفاوت معنی‌داری نداشت، ولی میانگین و انحراف معیار این نمره در پس‌آزمون بین گروه‌های آزمایش ( $45/60 \pm 4/35$ ) و گواه ( $67/40 \pm 6/86$ ) اختلاف معنی‌داری نشان داد ( $p=0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به کارایی درمان طرحواره هیجانی بر کاهش باورهای فراشناختی افراد دارای نشانه‌های هراس اجتماعی، استفاده از این روش درمانی در بهبود باورهای فراشناختی دانشجویان دارای هراس اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی توصیه می‌شود. **واژه‌های کلیدی:** آموزش، درمان طرحواره هیجانی، باورهای فراشناختی، هراس اجتماعی

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: [sdabdollahian@gmail.com](mailto:sdabdollahian@gmail.com)؛ تلفن: ۰۹۱۴۹۰۸۱۶۸۶

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

## مقدمه

مطابق با معیارهای پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، ویژگی اصلی اختلال هراس اجتماعی، ترس یا هراس محسوس یا شدید از موقعیت‌های اجتماعی است که در آن‌ها ممکن است فرد مورد بررسی دقیق دیگران قرار بگیرد، فرد از این که دیگران او را به صورت منفی ارزیابی کنند، از عمل به شیوه خاص یا بروز نشانه‌های هراس می‌ترسد. اغلب از موقعیت‌های اجتماعی که می‌ترسد، اجتناب می‌کند و گرنه، این موقعیت‌ها با ترس یا اضطراب شدید تحمل می‌شوند. ترس یا هراس، با خطر واقعی از ارزیابی شدن به طور منفی یا پیامدهای چنین ارزیابی‌هایی، نامتناسب است. مدت این اختلال معمولاً حداقل ۶ ماه است و ترس، هراس و اجتناب باید روال عادی عملکرد شغلی یا تحصیلی، فعالیت‌های اجتماعی یا روابط فرد را به طور قابل‌ملاحظه‌ای مختل کند یا باید ناراحتی یا اختلال قابل‌ملاحظه بالینی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا زمینه‌های مهم دیگر عملکرد او ایجاد نماید [۱].

شیوع اختلال هراس اجتماعی در کشورهای غربی بررسی شده و میزان شیوع ۱۲ ماهه آن ۵/۲ درصد و نرخ شیوع مادام‌العمر این اختلال در حدود ۷/۳ درصد گزارش شده است. سن متوسط شروع اختلال هراس اجتماعی ۱۳ سالگی است و ۷۵ درصد افراد، سن شروع ۸ تا ۱۵ سال دارند [۲]. شیوع اختلال هراس اجتماعی در ایران کمی بالاتر از کشورهای غربی است، چنانچه نتایج شیوع‌شناسی هراس اجتماعی در استان گلستان نشان داد که ۱۰/۱ درصد افراد از این اختلال رنج می‌برند که نسبت شیوع این اختلال در زنان به مردان، ۱-۱/۳ است [۳]. شیوع هراس اجتماعی در نوجوانان تهران ۳/۲ درصد [۴] و دانشجویان ارومیه ۵/۲ درصد گزارش شد [۵]. جوانان مبتلا به هراس اجتماعی به طور کلی مرادوات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبرو می‌شوند [۶].

در سال‌های اخیر، عوامل متعددی در تبیین تداوم و تشدید نشانه‌های اختلال هراس اجتماعی مطرح شده است [۷]. برای مثال، باورهای فراشناختی که گستره‌ای از عوامل

مرتبط به هم را توصیف می‌کنند و دربرگیرنده هر نوع دانش یا فرایند شناختی هستند که در تفسیر، بازبینی یا کنترل شناخت‌ها نقش دارند [۸]. با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی در اختلال هراس اجتماعی در ارتباط می‌باشند [۹]. باورهای مثبت فراشناختی، باورهای منفی درباره نگرانی که بر غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن نگرانی متمرکز است، اطمینان شناختی پایین، باورهای منفی در مورد افکار (مواردی مانند تنبیه و خرافات) و یا اطمینان شناختی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی به شدت مختل می‌باشد [۱۰]. سبک پردازش ایجاد شده که در اصطلاح سندرم شناختی - توجهی نامیده می‌شود، توسط باورهای فراشناختی فرد باعث شکل‌گیری افکار و عقاید منفی نسبت به خود می‌شود و با توجه بر خود و محیط بیرونی به پایداری نشانه‌های این اختلال کمک می‌کند [۱۱].

با توجه به ماهیت پیچیده باورهای فراشناختی منفی در سبب‌شناختی اختلال هراس اجتماعی [۹] ارائه مداخلات درمانی متنوع به این دسته از افراد ضروری به نظر می‌رسد. درمان طرحواره هیجانی رویکردی است که امکان‌سنجی آن در تخفیف نشانه‌های اختلالات اضطرابی بررسی شده است [۱۲]. Leahy بر مبنای مفهوم پردازش هیجانی و با الهام گرفتن از مدل فراشناختی هیجان، درمان طرحواره هیجانی را ارائه کرد. درمان طرحواره هیجانی بر این اصل استوار است که اختلال‌های هیجانی ناشی از باورها، تفاسیر و راهبردهای به کار گرفته شده برای مقابله با هیجان‌ها است. در مدل طرحواره هیجانی به هنگام تجربه یک هیجان ناخوشایند مجموعه‌ای از ارزیابی‌ها و تفاسیر و راهبردها به کار گرفته می‌شوند که طرحواره‌های هیجانی نام دارند [۱۳]. کارآیی و امکان‌سنجی درمان طرحواره هیجانی در تخفیف نشانه‌های اختلالات اضطرابی و خلقی به تازگی توجه محققان را به سوی خود معطوف ساخته است [۱۴]. اختلال هراس اجتماعی نیز از این امر مستثنی نیست. در یکی از معدود مطالعات انجام‌شده که اخیراً توسط Ghadampour و همکاران وی، صورت گرفت مشخص شد که درمان طرحواره هیجانی باعث کاهش میانگین نمرات نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در دانش‌آموزان با نشانگان بالینی هراس اجتماعی در مرحله

پس‌آزمون شد [۱۴]. Morvaridi نیز در پژوهش دیگری نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی گروهی موجب کاهش حساسیت هراسی، افزایش نظم‌جویی هیجانی زنان مبتلا به هراس اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود [۱۵]. تاکنون در خصوص بررسی تأثیر درمان طرحواره هیجانی بر باورهای فراشناختی در کشور ما مطالعه‌ای صورت نگرفته است. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش گروهی درمان طرحواره هیجانی بر باورهای فراشناختی دانشجویان دارای نشانه‌های هراس اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز انجام شد.

### مواد و روش‌ها

این پژوهش نیمه‌آزمایشی، با استفاده از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانشجویان دارای هراس اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند که از این میان، تعداد ۳۰ دانشجو با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای و هدفمند به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند. بدین ترتیب که از بین رشته‌های دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز، تعداد ۴ رشته تحصیلی مشخص شد. از هر رشته تحصیلی، تعداد ۴ ورودی و از هر ورودی ۱۵ دانشجو انتخاب شدند. دانشجویان این ۴ ورودی، مقیاس فوبی اجتماعی Connor و همکاران را تکمیل کردند، سپس تعداد ۳۰ دانشجو که مطابق با نمره برش بالای ۱۶ در پرسشنامه مذکور و مطابق با ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، تشخیص اختلال هراس اجتماعی را دریافت کردند؛ به صورت هدفمند انتخاب شده و به شکل تصادفی ساده (زوج برای گروه آزمایش و فرد برای گروه گواه) در گروه‌های آزمایش و گواه (۱۵ نفر در هر گروه) جایگزین شدند. جهت تعیین حجم نمونه از معادله برآورد حجم نمونه Fleiss استفاده شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2(1/61)^2(1/96 + 1/28)^2}{4/507} = 12/07$$

بر اساس مطالعه Javadian Sarraf و Emami [۱۶]

معیارهای ورود به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال هراس اجتماعی مطابق با ملاک‌های پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی توسط پژوهشگر و همچنین دریافت نمره برش ۴۰ در مقیاس فوبی اجتماعی کانور و همکاران؛ عدم دریافت آموزش درمان طرحواره هیجانی قبل از ورود به پژوهش و یا دریافت سایر مداخلات روانشناختی همزمان بودند. عدم موافقت برای شرکت در پژوهش، عدم تکمیل پرسشنامه و عدم حضور در ۲ جلسه پیاپی معیارهای خروج از پژوهش را تشکیل می‌دادند.

به منظور انتخاب نمونه و اجرای پژوهش، پس از صدور مجوز از سوی دانشگاه علوم پزشکی تبریز و موافقت مسئولین ذیربط به دانشگاه علوم پزشکی شهر تبریز مراجعه شد. پس از مشخص شدن دانشکده‌ها و رشته‌های تحصیلی، با اعلام فراخوان در هر یک از دانشکده‌ها، متناسب با حجم نمونه از دانشجویانی که معیارهای ورود به پژوهش را داشتند، به صورت تلفنی و حضوری ثبت نام شد. سپس، روش و چگونگی اجرای کار برای تک تک شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت آنها کسب گردید. به منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط آنها تکمیل شد و پژوهشگر به آنها اطمینان داد که کلیه مطالب ارائه شده در جلسات آموزشی و نتایج پرسشنامه محرمانه خواهد بود. درمان طرحواره هیجانی در مرکز مشاوره دانشگاه علوم پزشکی تبریز اجرا شد. گروه آزمایش تحت درمان طرحواره هیجانی قرار گرفت و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. گروه‌های مورد بررسی طی دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت گروهی ابزار پژوهشی را تکمیل کردند. اطلاعات در این پژوهش به وسیله ابزار زیر گردآوری شد:

پرسشنامه جمعیت‌شناسی. که برای بررسی سن (۲۰-۱۹ سال، ۲۱-۲۲ سال، ۲۳-۲۴ سال و ۲۵-۲۶ سال، جنسیت (دختر

Hatton در سال ۲۰۰۴ به منظور سنجش تفاوت‌های فردی درباره باورهای فرانشاختی، قضاوت‌ها و گرایش‌های نظارت‌گری ساخته شده است و دارای ۳۰ سؤال و ۵ خرده مقیاس اطمینان شناختی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، کنترل‌ناپذیری و خطر افکار و نیاز به کنترل افکار می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۴ (کاملاً موافقم) انجام می‌شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۳۰ تا ۱۲۰ است [۱۹]. Cartwright-Hatton و Wells و ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه و خرده مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ برآورد کردند و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۷۵ گزارش کردند [۱۹]. Sabet در مطالعه‌ای بر روی ۴۹۰ دانشجو، پایایی کل پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، در بین دانشجویان پسر و دختر به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۵ بدست آورد [۲۰].

**درمان طرحواره هیجانی:** براساس پروتکل درمان طرحواره هیجانی Leahy و همکاران که توسط Ghadampour و همکاران [۱۴]، برای اختلال هراس اجتماعی توسعه داده شده است، به آزمودنی‌های گروه آزمایش در طی ۸ جلسه ۶۰ الی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه به مدت ۴ هفته) به صورت گروهی آموزش‌های زیر ارائه شد (جدول ۱).

یا پسر بودن) و وضعیت اقتصادی - اجتماعی (خیلی ضعیف = درآمد زیر ۲ میلیون تومان، ضعیف = ۲ تا ۳ میلیون تومان، متوسط = ۳ تا ۴ میلیون تومان، خوب = ۴ تا ۵ میلیون تومان) شرکت‌کنندگان استفاده شد.

**مقیاس فوبی اجتماعی (Social Phobia Inventory).** این مقیاس توسط Connor و همکاران ساخته شده است و دارای ۱۷ سؤال و سه خرده مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک است که بر اساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (به‌هیچ‌وجه = ۵ تا بی‌نهایت = ۰) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات پرسشنامه در دامنه‌ای بین صفر تا ۸۵ قرار دارد و نمرات بالاتر بیانگر هراس اجتماعی بیشتر است. برای تفسیر نمرات، نمره برش ۴۰ با کارآیی دقت تشخیصی ۸۰ درصد و نمره برش ۵۰ با کارآیی دقت تشخیصی ۸۹ درصد، افراد مبتلا به هراس اجتماعی را از بهنجار متمایز می‌نماید [۱۷]. Connor و همکاران ضریب پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی در گروه‌های دارای تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ در افراد بهنجار برای کل مقیاس را برابر ۰/۹۴ گزارش کردند [۱۷]. ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی این مقیاس توسط Hasanvand Amouzadeh در یک نمونه متشکل از دانشجویان مبتلا به اضطراب اجتماعی بررسی شده است و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ، ضریب اسپیرمن براون و آزمون بازآزمون به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۷ و ۰/۸۲ گزارش کردند [۱۸].

**پرسشنامه باورهای فرانشاختی (Metacognitions Questionnaire):** این پرسشنامه توسط Cartwright- و Wells

جدول ۱- پروتکل آموزش درمان طرحواره هیجانی Leahy و همکاران

جلسات	محتوا
اول	برقراری ارتباط، ارزیابی، آموزش مدل درمان طرحواره هیجانی، تبیین اختلال هراس اجتماعی بر اساس الگوی طرحواره‌های هیجانی، اعتبار بخشیدن به بیمار و هیجان‌ها، توصیف کارکرد هیجان‌ها، تکلیف خانگی: تمایز میان افکار، هیجان و رفتار.
دوم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به بیمار، شناسایی راهبردهای دردسرساز و طرحواره‌های هیجانی بیمار، تکلیف خانگی: شناسایی راهبردهای دردسرساز.
سوم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، به کارگیری تکنیک شناسایی و برجسبزی هیجان‌ها، تکلیف خانگی: ثبت هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان.
چهارم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، استفاده از تکنیک عادی سازی هیجان و کاهش استرس، تکلیف خانگی: آزمایش رفتاری در مورد هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند، تمرین کاهش استرس.
پنجم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با باورهای غلط هیجانی، افزایش قدرت پذیرش احساسات، استعاره مهمان، آموزش گذرا بودن هیجان، تکلیف خانگی: مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان‌ها.
ششم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش با بیمار برای رها ساختن راهبردهای دردسرساز، شناسایی راهبردهای مفید و معرفی ذهن‌آگاهی به منظور دست کشیدن از نگرانی و نشخوار و راهبردهای رفتاری، تکلیف خانگی: تحمل احساسات آمیخته، ذهن‌آگاهی.

هفتم	مروور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، کار بر روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (طرحواره‌های هیجانی)، استفاده از تکنیک بالا رفتن از نردبان معانی، افزایش قدرت پذیرش احساسات، اقدام متضاد، اتخاذ موضع به دور از قضاوت برای هیجان، انجام آزمایش رفتاری جهت آزمودن باورهای هیجانی غلط، تکلیف خانگی: ذهن‌آگاهی متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان (کنترل، پذیرش، توافق و طول مدت) و انجام اقدام متضاد.
هشتم	مروور تکلیف خانگی، اعتباربخشیدن به هیجان‌های بیمار، چالش مجدد با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضاسازی برای هیجان، افزایش تحمل احساسات مختلط، استعاره انسان کامل.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه‌های آزمایش و گواه به ترتیب  $22/51 \pm 5/22$  و  $23/03 \pm 5/44$  سال بود. در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناسی گروه‌ها با یکدیگر مقایسه شده‌اند.

در این پژوهش سطح معنی‌داری  $0/05$  در نظر گرفته شد و داده‌های با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (درصد، فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون مجذور کای، تحلیل کواریانس تک متغیره و چندمتغیره در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های سن، جنسیت و وضعیت اقتصادی و اجتماعی دانشجویان دارای نشانه‌های هراس اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۸

متغیر	آزمایش (n=۱۵)	گواه (n=۱۵)	P
	فراوانی) درصد	فراوانی) درصد	
	۵۳/۳ (۸)	۲۶/۷ (۴)	۰/۴۸۰°
	۲۶/۷ (۴)	۴۰/۰ (۶)	
سن (سال)	۲۰/۰ (۳)	۲۰/۰ (۳)	
	-	۱۳/۳ (۲)	
دختر	۶۰/۰ (۹)	۵۳/۳ (۸)	
جنسیت	۴۰/۰ (۶)	۴۶/۷ (۷)	۰/۵۲۱°
پسر	۱۳/۳ (۲)	۲۶/۷ (۴)	
وضعیت	۳۳/۳ (۵)	۴۰/۰ (۶)	
اقتصادی - اجتماعی	۴۶/۷ (۷)	۱۳/۳ (۲)	۰/۴۷۳°
متوسط	۶/۷ (۱)	۱۳/۳ (۲)	
خوب	-	۶/۷ (۱)	
خیلی خوب			

آزمون مجذور کای،  $p < 0/05$

انحراف معیار و میانگین متغیر باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن در گروه‌های مورد مطالعه طی مراحل ارزیابی در جدول ۳ درج شده است.

با توجه به جدول ۲، میان گروه‌های آزمایش و گواه به لحاظ ویژگی‌های دموگرافیک تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

جدول ۳- انحراف معیار و میانگین متغیر باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دانشجویان دارای نشانه‌های هراس اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۸ (۱۵ نفر در هر گروه)

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
		انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین

۴۵/۶۰±۴/۳۵	۶۷/۲۰±۶/۱۷	آزمایش	باورهای فراشناختی (نمره کل)
۶۷/۴۰±۶/۸۶	۶۷/۰۶±۶/۰۷	گواه	
۱۳/۰۰±۱/۸۵	۱۶/۷۳±۱/۱۶	آزمایش	اطمینان شناختی
۱۶/۸۰±۱/۹۳	۱۵/۶۶±۱/۸۷	گواه	
۱۱/۶۰±۱/۴۵	۱۵/۶۶±۱/۱۷	آزمایش	باورهای مثبت
۱۶/۶۰±۱/۰۵	۱۵/۵۳±۱/۰۶	گواه	
۱۵/۹۳±۱/۳۸	۱۹/۰۰±۱/۵۵	آزمایش	خودآگاهی شناختی
۱۹/۸۰±۱/۵۶	۱۸/۷۳±۱/۵۷	گواه	
۱۲/۸۶±۱/۹۲	۱۶/۳۷±۱/۱۷	آزمایش	کنترل ناپذیری و خطر افکار
۱۷/۶۰±۱/۲۲	۱۶/۸۶±۱/۱۸	گواه	
۱۳/۰۰±۱/۶۹	۱۶/۵۳±۱/۰۶	آزمایش	نیاز به کنترل افکار
۱۷/۴۰±۱/۲۲	۱۶/۶۰±۱/۱۲	گواه	

چنانچه در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، پس از اجرای درمان

طرحواره هیجانی در گروه آزمایش، میانگین نمرات دانشجویان دارای نشانه‌های هراس اجتماعی در متغیر باورهای فراشناختی کاهش یافت.

آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که پس از تعدیل متغیر هم تغییر در تحلیل کواریانس چند متغیره، با توجه به نمره کلی باورهای شناختی در بین گروه‌های دریافت‌کننده درمان طرحواره هیجانی و گواه نتیجه چندمتغیره معنی‌دار برابر است با  $p=0/001$ ،  $F=54/99$ ،  $\eta^2=0/073$  ضریب لامبدای ویلکز،  $\eta^2=0/95$  ضریب اتا. پس از وارد کردن متغیرهای هم تغییر نیز نتیجه تحلیل کواریانس تک متغیره معنی‌داری با توجه به نمره باورهای فراشناختی و مولفه‌های آن در بین گروه‌های دریافت‌کننده درمان طرحواره هیجانی و گواه به دست آمد. توان آماری ۱ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای چنین نتیجه‌گیری می‌باشد.

به منظور آزمون این تفاوت بین گروه آزمایش و گواه از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌های متغیر باورهای فراشناختی به ترتیب با استفاده از آزمون‌های شاپیرو ویلک و لوین با مقادیر  $p>0/05$  تأیید شد. همگنی ماتریس کواریانس نیز با استفاده از آزمون ام باکس با مقادیر  $F=1/027$ ،  $p=0/423$  تأیید گردید. مفروضه همگنی شیب رگرسیون با استفاده از محاسبه مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل با مقادیر

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره برای بررسی تفاوت نمرات پس‌آزمون باورهای فراشناختی و مولفه‌های آن در دانشجویان دارای نشانه‌های هراس اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تبریز در سال ۱۳۹۸ (۱۵ نفر در هر گروه)

متغیر	مراحل ارزیابی	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	p	ضریب اتا	توان آماری
اطمینان شناختی	پیش‌آزمون	۳۸/۱۰۳	۱	۳۸/۱۰۳	۲۲/۴۸۳	۰/۰۰۱		
	گروه	۱۴۳/۷۸۰	۱	۱۴۳/۷۸۰	۸۴/۸۴۰	*۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
	خطا	۳۷/۲۸۴	۲۲	۲/۶۹۵				
	کل	۶۸۶۹/۰۰	۳۰					
باورهای مثبت	پیش‌آزمون	۵/۶۲۵	۱	۵/۶۲۵	۴/۴۵۹	۰/۰۴۶		
	گروه	۱۴۹/۱۰۹	۱	۱۴۹/۱۰۹	۱۱۸/۱۹۳	*۰/۰۰۱	۰/۸۴	۱
	خطا	۲۷/۷۵۵	۲۲	۲/۲۶۲				
	کل	۶۱۹۷/۰۰	۳۰					
خودآگاهی شناختی	پیش‌آزمون	۱۵/۹۰۸	۱	۱۵/۹۰۸	۹/۹۲۷	۰/۰۰۵		
	گروه	۹۰/۹۳۲	۱	۹۰/۹۳۲	۵۶/۷۴۶	*۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
	خطا	۳۵/۲۵۳	۲۲	۱/۶۶۰۲۳۷				
	کل	۹۷۵۰/۰۰	۳۰					
کنترل ناپذیری و	پیش‌آزمون	۰/۰۳۵	۱	۰/۰۳۵	۰/۰۱۲	۰/۹۱۲		

			خطر افکار				
۱	۰/۶۷	*۰/۰۰۱	۴۵/۴۶۷	۱۲۶/۸۴۴	۱	۱۲۶/۸۴۴	گروه
				۲/۷۹۰	۲۲	۶۱/۳۷۶	خطا
					۳۰	۷۲۰/۱۰۰	کل
			نیاز به کنترل افکار				
		۰/۰۲	۱۲/۲۵۱	۱۹/۳۶۲	۱	۱۹/۳۶۲	پیش‌آزمون
۱	۰/۷۷	*۰/۰۰۱	۷۶/۷۰۴	۱۲۱/۲۲۹	۱	۱۲۱/۲۲۹	گروه
				۱/۵۸۰	۲۲	۳۴/۷۷۰	خطا
					۳۰	۷۱۳۴/۰۰	کل
			باورهای فراشناختی (کل)				
		۰/۰۳۹	۴/۸۴۱	۱۳۳/۸۲۸	۱	۱۳۳/۸۲۸	پیش‌آزمون
۱	۰/۸۳	*۰/۰۰۱	۱۰۷/۱۷۵	۲۹۶۲/۹۰۴	۱	۲۹۶۲/۹۰۴	گروه
				۲۷/۶۴۶	۲۲	۶۰۸/۲۰۳	خطا
					۳۰	۱۰۰۲۵۷/۰۰	کل

\* $p < 0.05$  اختلاف معنی‌دار

## بحث

هیجانی فنون ذهن‌آگاهی مانند توجه‌آگاهی انفصالی و همجوشی‌زدایی به منظور افزایش توانایی پذیرش بنیادین افراد، به کار می‌رود. به این صورت که اجرای تکنیک‌های ذهن‌آگاهی از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی افراد، منجر به تسهیل فرایند پذیرش هیجان‌ها و ارتقای موجودیت‌های آنها شده و به آنها کمک می‌کند تا به جای به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد باورهای فراشناختی معیوب مانند فرونشانی، به مشاهده‌گری هیجان‌ها و پذیرش آنها بپردازند. فنون ذهن‌آگاهی همچنین با جهت دادن هدفمند توجه به لحظه حال و پیش بردن تجربه در لحظه حال با کنجکاوی، گشودگی و پذیرش را در برمی‌گیرد و باعث می‌شود که افراد از تلاش خود برای حفظ باورهای فراشناختی ناکارآمد بکاهند و به جای آن بر تجربه اکنون خود توجه نمایند [۱۳].

پژوهش حاضر همچون هر پژوهشی با محدودیت‌هایی روبرو بوده است. این مطالعه تنها بر روی دانشجویان شهر تبریز انجام شد. لذا قدرت تعمیم یافته‌های پژوهش به سایر نمونه‌ها را کاهش می‌دهد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری هدفمند و استفاده از طرح نیمه‌آزمایشی به جای استفاده از طرح تمام‌آزمایشی و همچنین تک بعدی بودن ارزیابی متغیرهای پژوهش (برای مثال، ارزیابی علایم هراس اجتماعی صرفاً با یک ابزار) اشاره کرد. عدم انجام پیگیری نیز از جمله محدودیت‌های اساسی این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود سایر محققان علاقمند به این حوزه، موضوع مورد بحث در این پژوهش را در بین دانشجویان سایر دانشگاه‌ها مطالعه کنند و از سایر طرح‌های آزمایشی با نمونه‌گیری تصادفی استفاده نمایند. همچنین، تأثیر مداخله

پژوهش حاضر نشان داد که آموزش گروهی درمان طرحواره هیجانی بر باورهای فراشناختی (اطمینان شناختی، باورهای مثبت، خودآگاهی شناختی، کنترل‌ناپذیری و خطر افکار و نیاز به کنترل افکار) در دانشجویان دارای نشانه‌های هراس اجتماعی دانشگاه علوم پزشکی تأثیر دارد.

این یافته با برخی از مطالعات پیشین که تأثیر این رویکرد درمانی را بر سایر متغیرهای روانشناختی نشان داده‌اند هم‌راستا می‌باشد. Ghadampour و همکاران نشان دادند درمان طرحواره هیجانی باعث کاهش میانگین نمرات نشخوار فکری پس‌رویدادی و اجتناب شناختی در دانش‌آموزان با نشانگان بالینی هراس اجتماعی در مرحله پس‌آزمون شد [۱۴]. Morvaridi نیز در پژوهش دیگری همسو با یافته‌های این پژوهش، نشان داد که طرحواره درمانی هیجانی گروهی موجب کاهش حساسیت هراسی، افزایش نظم‌جویی هیجانی زنان مبتلا به هراس اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل می‌شود [۱۵].

درمانگر در طرحواره درمانی هیجانی ابتدا راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مانند باورهای فراشناختی منفی درباره خود در هنگام مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی را شناسایی می‌کند. سپس با به‌کارگیری رویکرد پذیرش هیجان‌ها و ذهن‌آگاهی و همچنین اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار، حواس جسمی و هیجان‌های هراسی می‌شود و با آموزش به بیمار برای اتخاذ موضعی به دور از قضاوت کردن هیجان‌ها و مشاهده آنها به کاهش علائم و نشانه‌های هراسی کمک می‌کند [۲۱]. در تنظیم طرحواره

مورد بحث را پیگیری نمایند تا میزان ثبات نتایج در طول زمان مشخص شود. به علاوه، استفاده از سایر ابزارهای خودگزارشی و یا مصاحبه برای گردآوری اطلاعات توصیه می‌شود.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به اینکه درمان طرحواره هیجانی بر باورهای فراشناختی افراد دارای نشانه‌های هراس اجتماعی مؤثر بود، آموزش این رویکرد درمانی به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر در کاهش باورهای فراشناختی دانشجویان بایستی توصیه می‌شود.

### تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشد.

### سهم نویسندگان

امور مربوط به گردآوری داده‌ها به عهده سعید عبدالهیان و نگارش و تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده اکبر رضایی بود. علی جلیلی شیشوان اصلاحات مقاله و نعیمه محب به شناسایی نمونه متشکل از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پرداخت و پیش‌آزمون را اجرا کرد.

### تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی تبریز با کد اخلاق به شماره IR.IAU.TABRIZ.REC.1399.019 می‌باشد. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش تقدیر و تشکر به عمل آورند.

## References

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder. 5th ed. Washington: DSM-5; 2013: 154-5.
- Heimberg RG, Becker RE. Cognitive behavior group therapy for social anxiety: Basic mechanisms and clinical applications. 1st ed. New York: Guilford Press; 2002:25-39.
- Talepasand S, Noukani M. Social phobia symptoms: prevalence and sociodemographic correlates. Archives of Iranian Medicine 2010;13(6):522-7.[Persian]
- Shahrivar Z, Mahmoodi J, Alavi A, Mohammadi MR, Tehranidoost M, Saadat S. Prevalence of psychiatric disorders amongst adolescents in Tehran. Iranian Journal of Psychiatry 2008;3(3):100-4.
- Norouzi M, Michaeli Manee F, Issazadegan A. The prevalence of self-reported social anxiety disorder on Iranian students. JUUMS 2016; 27(2):155-66. [Persian]
- Alfano CA, Beidel DC. Social anxiety in adolescents and young adults. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association Books; 2011:140-2.
- Clark DM, Wells A. A cognition Model of Social Phobia. 1st ed. New York: The Guilford Press; 1995:77-9.
- Jones SR, Fernyhough C. Rumination, reflection, intrusive thoughts, and hallucination-proneness: towards a new model. Behaviour Research and Therapy 2009;47(1):54-9.
- Huppert JD, Roth DA, Foa EB. Cognitive-behavioral treatment of social phobia: new advances. Current psychiatry reports 2003;5(4):289-96.
- Lobban F, Haddock G, Kinderman P, Wells A. The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. Personality and individual Differences 2002;32(8):1351-63.
- Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. 1st ed. New York: Guilford Press; 2009:44-9.
- Leahy RL. A model of emotional schemas. Cognitive and behavioral practice 2002;9(3):177-90.
- Leahy RL. Emotional Schema Therapy. 1st ed. New York: Guilford Press; 2015:120-6.
- Ghadampour E, Hosseini Ramaghani N, Moradi S, Moradiyani Gizeh Rod K, Alipour K. Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Decrease of Post-Event Rumination and Cognitive Avoidance in People With Clinical Symptoms of Social Anxiety. Horizon Med Sci 2018; 24(2):111-8. [Persian]
- Morvaridi M. (dissertation). The Effectiveness of emotional schema therapy based group therapy on decreased anxiety sensitivity and increased emotion regulation in women with social anxiety. Mashhad: Ferdosi University of Mashhad; 2016:23-5. [Persian]
- Javadian SN, Emami T. The comparison of the effect of the number of aerobic and yoga sessions on physical



- self-description components of female university students. *Development and Motor Learning* 2009; 1(2):127-45. [Persian]
17. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherwood A, Weisler RH, Foa E. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): New self-rating scale. *The British Journal of Psychiatry* 2000;176(4):379-86.
  18. Mahdi HA. Validity and reliability of social phobia inventory in students with social anxiety. *JMUMS* 2016;26(139):166-77.[Persian]
  19. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy* 2004;42(4):385-96.
  20. Sabet M. Standardization of Wells metacognition test. *Educational Management Innovations* 2011; 6(3):27-49. [Persian]
  21. Leahy RL, Tirch D, Napolitano LA. *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. 1nd ed. New York: Guilford Press; 2011:56-69.

# The Effectiveness of Emotional Schema Therapy Group Training on Metacognitive Beliefs in Students with Social Phobia Symptoms at Tabriz University of Medical Sciences

Abdollahian S<sup>1</sup>, Rezaei A<sup>2</sup>, Jalili Shishwan A<sup>3</sup>, Moheb N<sup>4</sup>

1- Ph.D student of Educational Psychology, Dept of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

2- Associate Prof, Dept of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran. (Corresponding Author)

Email: sdabdollahian@gmail.com, Tel: 09149081686

3- Assistant Prof, Dept of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.

4- Assistant Prof, Dept of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

Received: 9 May 2020 Accepted: 19 October 2020

**Introduction:** Metacognitive beliefs are associated with different forms of psychopathology in social anxiety disorder, necessitating the need to provide psychological interventions to people with social anxiety symptoms. This study aims to determine the effectiveness of group training of emotional schema therapy on the metacognitive beliefs in students with social phobia symptoms in Tabriz University of Medical Sciences.

**Materials and Methods:** The statistical population of this quasi-experimental research included all students with a social phobia at Tabriz University of Medical Sciences in the academic year of 2019-2020. Among them, 30 students diagnosed with a social phobia disorder with a cut-off score of 40 according to the Social Phobia Inventory of Connor et al. (2000) and the DSM-5 criteria were selected by multistage cluster and purposive sampling methods; then, they were randomly assigned to one experimental and one control group (15 people per group). All in two groups completed the Wells & Cartwright-Hatton (2000) Metacognition Questionnaire. The experimental group completed eight sessions of emotional schema therapy, while the control group received no intervention; then, the questionnaire was again completed by both groups. The results were analyzed using multivariate and univariate analysis of covariance.

**Results:** The mean and standard deviation of metacognitive beliefs score in the pre-test stage were not significantly different between the experimental group ( $67.20 \pm 6.17$ ) and the control group ( $67.06 \pm 6.07$ ); however, the mean and standard deviation of this score in the post-test between the experimental group ( $45.60 \pm 4.35$ ) and the control group ( $67.40 \pm 6.86$ ) showed a significant difference ( $p=0.001$ ).

**Conclusion:** Since the effectiveness of emotional schema therapy in reducing metacognitive beliefs in people with social anxiety symptoms is proved, it is recommended to be used in order to improve the metacognitive beliefs of students with a social phobia at the University of Medical Sciences.

**Keywords:** Education, Emotional schema therapy, Metacognitive beliefs, Social phobia

---

## Please cite this article as follows:

Abdollahian S, Rezaei A, Jalili Shishwan A, Moheb N. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy Group Training on Metacognitive Beliefs in Students with Social Phobia Symptoms at Tabriz University of Medical Sciences. *Community Health journal* 2020; 14 (3): 76-85.

**Funding:** Personal funds.

**Conflict of interest:** None declared.

**Ethical approval:** The Ethics Committee of Tabriz University of Medical Sciences approved the study.