

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر حل مسأله بر کاهش اضطراب اجتماعی دانشجویان دختر دانشگاه ارومیه

سکینه سلطانی^۱

فرزانه میکائیلی منبع^۲

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) و درمان حل مسأله (PST) بر اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) دانشجویان دختر دانشگاه ارومیه انجام شد. **روش:** برای رسیدن به این هدف، ۳۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه ارومیه به کمک پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور بررسی شدند. سپس کسانی که نمره اضطراب‌شان بیشتر از نقطه برش (۱۹) بود، جدا شده و مجدداً توسط چک لیست اضطراب اجتماعی بررسی گردیدند. از این گروه ۳۰ نفر از کسانی که SAD داشتند به شکل تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری (۲ گروه آزمایش و یک گروه گواه) قرار گرفتند. حل مسأله درمانی طی ۷ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و فراشناخت درمانی به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر روی هریک از گروه‌های آزمایش، اجرا گردید. بعد از اجرای کاربندی شرکت‌کنندگان مجدداً با پرسشنامه اضطراب اجتماعی آزمون شدند. برای تحلیل داده‌های آماری از آزمون t و تحلیل کواریانس استفاده گردید.

Email:samanehsoltani.r@gmail.com

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، ارومیه.

۲- دانشیار دانشکده ادبیات و علوم انسانی ارومیه.

یافته‌ها: نتایج به دست آمده نشان دادند، بین نمرات پس‌آزمون SAD در هر سه گروه (آزمایشی و گروه گواه) تفاوت معنادار وجود دارد. درمان فراشناختی و حل مسأله درمانی به صورت موثری توانستند اضطراب اجتماعی دانشجویان را کاهش دهند. بررسی تفاوت اثربخشی دو روش درمانی حاکی از وجود تفاوت، در مؤلفه علایم فیزیولوژیک بود که این تفاوت به نفع گروه PST بود.

نتیجه‌گیری: درمان فراشناختی و حل مسأله درمانی موجب کاهش SAD شده و می‌توان از آن‌ها در مراکز مشاوره دانشجویی و مراکز درمانی به عنوان مداخله موثر بر کاهش اضطراب اجتماعی استفاده کرد.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب اجتماعی، دانشجویان دختر، درمان فراشناختی، حل مسأله درمانی.

مقدمه

یکی از تاثیرگذارترین اختلال‌ها بر زندگی روزمره، در حوزه آسیب‌شناسی روانی، اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (SAD) است (کارلتون، کالیمور و آسماندسون، ۲۰۱۰). SAD، هراس ثابت و مشخصی از شرم‌نده شدن و یا مورد ارزیابی قرار گرفتن منفی، هنگام انجام فعالیتی در حضور دیگران و در موقعیت اجتماعی است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). غالباً شخص از این می‌هراسد که نشانه‌های اضطراب از قبیل سرخ شدن و لرزش دست و صدا در مقابل افرادی که با آن‌ها در تماس است، ظاهر شود. این اختلال به دوره‌ای درازمدت از ناتوانی می‌انجامد و در روابط بین فردی هراس‌هایی را ایجاد می‌کند (ساراسون و ساراسون، ۱۳۸۷). جوانان دچار این اختلال دارای تجربه شکست در ملاقات اجتماعی بوده و نیز دارای شبکه اجتماعی ضعیف می‌باشند. همچنین آن‌ها در معرض خطر ابتلا به افسردگی اساسی ناشی از جدا افتادن اجتماعی هستند (جوان، لویز، اولیوارز^۳

1- Social anxiety disorder(SAD)
3- Joquin, Lopez & Olivares

2- Carleton, Collimore & Asmundson

و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات مختلف، شیوع اضطراب اجتماعی را ۳ تا ۱۳٪ در طول عمر گزارش کرده‌اند. در مطالعات همه‌گیرشناسی، زن‌ها بیشتر از مردها با این مشکل مواجه هستند. اما در نمونه‌های بالینی عکس موضوع صادق است (کاپلان و سادوک، ۱۳۷۸).

در حوزه علت‌شناسی و درمان‌گری SAD، تنوع و تعدد دیدگاه‌های نظری و متعاقب آن شیوه‌های درمان‌گری بسیار است (دادستان، اناری و صدق‌پور، ۱۳۸۶). در بیشتر مطالعات مشخص شده که افراد مضطرب اجتماعی، خصوصیات شناختی مانند سبک اسنادی منفی، خود انتقادی و نظر منفی نسبت به خود و محیط دارند که می‌تواند عوامل خطر ساز مهمی برای اضطراب آنان باشند (اورباچ^۱ و همکاران، ۱۹۹۹؛ جوینر و متالسکی^۲، ۱۹۹۹).

بر اساس مدل‌های شناختی-رفتاری، اضطراب اجتماعی به وسیله استانداردهای بیش از اندازه بالای عملکرد اجتماعی، حفظ و نگهداری می‌شود. نتیجه این باورها و پنداشت‌ها به این صورت است که افراد دارای اضطراب اجتماعی ۱- بیانات خود منفی فراوانی را گزارش می‌دهند. ۲- به ارزیابی منفی چگونگی عملکرد اجتماعی‌شان می‌پردازند. ۳- در یک تعامل اجتماعی به آنچه به استثناء صورت می‌گیرد توجه دارند تا به آنچه درست انجام می‌دهند. ۴- به آنچه دیگران آن‌ها را ارزیابی می‌کنند، از پیش مشغول می‌باشند. ۵- در حضور دیگران، به خودپایی زیاد و نمایان شدن علائم فیزیولوژی اضطراب‌شان درگیرند (پوردان^۳ و همکاران، ۲۰۰۱). به همین دلیل درمان‌های شناخت محور، بیش از سایر درمان‌ها برای این اختلال بکار گرفته شده‌اند (ملیانی و همکاران، ۱۳۸۸). از این رو، به نظر می‌رسد فراشناخت درمانی^۴ و حل مسأله درمانی^۵ به عنوان درمان‌های شناختی-رفتاری، شیوه موثری در جهت بهبود و کمک به این افراد باشد.

در سال‌های اخیر، اختلال در فرایند و محتوای فراشناخت به عنوان پایه بسیاری از اختلال‌های روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته است (ولز و متیوز^۶، ۱۹۹۶). فراشناخت

1- Orbach

3- Purdon

5- Problem Solving Therapy

2- Joiner, Metalsky

4- Meta Cognition Therapy

6- Wells & Matthews

به عنوان هر نوع دانش یا فرآیند شناختی است که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت مشارکت دارد. بنابراین باورهای فراشناختی (که افراد درمورد تفکر و فرایندها و تجربه‌های شناختی خود دارند) می‌توانند نیروی پنهان برانگیزنده سبک‌های زیان بار اندیشیدن بوده و به ناراحتی هیجانی درازمدت منجر شوند (ولز، ۱۳۸۸). براساس نظریه فراشناختی اختلالات روانی، ناسازگاری در دانش، تجربه‌ها و راهبردها به الگوی تفکر ناکارآمد منجر شده و موجب بروز اختلال روانشناختی می‌شوند (ولز، ۲۰۰۰). درمان فراشناختی شامل حیطه‌های محتوایی گسترده‌ای است. به این معنی که هر اختلال در درون این حیطه‌ها، محتوای اختصاصی خود را دارد. بعنوان مثال، باورهای فراشناختی مثبت باورهایی را دربر می‌گیرند که به درگیری سودمند در فعالیت‌های شناختی خاص مانند نگرانی، نشخوار فکری و غیره مربوط می‌شوند (در مورد SAD نگرانی درباره افکار و ارزیابی دیگران به فرد کمک می‌کند تا از مسخره شدن دور بماند). از سوی دیگر، باورهای فراشناختی منفی باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری^۱، معنی^۲، اهمیت^۳ و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی هستند (مانند مضطرب شدن باعث بیماری جسمی می‌شود) (ولز، ۱۳۸۸).

در این درمان علاوه بر این که محتوای فکر در تعیین ماهیت اختلال روان شناختی مهم است، چگونگی فکر کردن افراد نیز بعد مهم دیگری است که در حفظ و بهبود اختلال روان‌شناختی موثر می‌باشد (ولز، ۲۰۰۰). از این رو به نظر می‌رسد بکارگیری روش‌های درمانی که هدف آن‌ها تغییر این الگوهاست به کاهش علائم اختلال‌های روانشناختی کمک کند. اثر بخشی درمان فراشناختی در بهبود اختلال اضطراب فراگیر (ولز و کینگ^۴، ۲۰۰۶) و اختلال استرس پس از سانحه (ولز و سمبی^۵، ۲۰۰۴) به اثبات رسیده است. نیوو، مونتوری و بورک^۶ (۲۰۰۴) در نمونه‌ای از افراد سالخورده، رابطه فرآیند نگرانی و شدت نگرانی را مطالعه کردند. نتایج نشان دادند فرآیند نگرانی پیش‌بینی‌کننده

1- uncontrollability
3- importance
5- sembi

2- meaning
4- King
6- Nuevo, Montorio & Borkovec

نگرانی آسیب‌زا و مشکلات ناشی از آن است. رابطه‌ای که حتی با وجود کنترل نسبی محتوای عمومی (غیر فراشناختی) نگرانی، اضطراب و کنترل ناپذیری نگرانی پایدار ماند. یلماز، گنکار^۱ و ولز (۲۰۰۷)، در مطالعه نقش اختصاصی شناخت و فراشناخت در افسردگی یافته‌اند که باورهای فراشناختی بیش از باورهای ناکارآمد (طرحواره‌ها)، در بروز علائم افسردگی دخالت دارند (به نقل از ولز، ۱۳۸۸). علیرغم اثربخشی این درمان در اصلاح انواع اختلالات اضطرابی، در جستجوهای بعمل آمده، پژوهشی درباره استفاده از فراشناخت درمانی برای بهبود SAD یافت نشد. علیرغم تاثیر آسیب‌زای SAD بر زندگی افراد، پژوهش‌های اندکی روی درمان‌های روانشناختی آن صورت گرفته است (ولز، ۲۰۰۰). احتمالاً می‌توان چنین فرض کرد که این نوع درمان در بهبود اضطراب اجتماعی نیز موثر واقع خواهد شد. مهم‌ترین ویژگی و مزیت درمان‌های شناختی کم هزینه و کوتاه‌مدت بودن و از سوی دیگر اثربخشی درازمدت آن‌هاست. همچنین از نظر بنیادهای نظری و سازوکارهای اثربخشی با بنیادهای سبب‌شناختی اختلالات اضطرابی همخوانی دارد.

نوع دیگری از انواع درمان‌ها، حل مسأله درمانی^۲ است. در سرتاسر تاریخ، روانشناسان و فیزیولوژیست‌ها اعتقاد داشتند ظرفیت حل مسأله، در انسان وجود دارد. احتمالاً اهمیت این عقیده از این باور ناشی می‌شود که حل مسأله سهم عمده‌ای در شایستگی اجتماعی خواهد دارد. از این رو توانایی مقابله کردن و تصمیم گرفتن درباره مشکلات پر استرس روزمره با عملکرد اجتماعی و شخصی دارای ارتباط محکمی است (دزوریلا و نزو^۳، ۲۰۰۱). در مدل تئوری دوگاس، گانگن، لادسئور و فریستون^۴ (۱۹۹۸) ضعف مهارت‌های حل مسأله در اختلالات اضطرابی و شخصیتی، به عنوان عاملی مؤثر ذکر شده است (به نقل از ابوالقاسمی و کیامرثی، ۱۳۸۷). این درمان نوعی مداخله درمانی- روان‌شناختی کوتاه‌مدت است و می‌تواند به تنهایی یا همراه سایر روش‌های درمانی مانند درمان شناختی- رفتاری به کار رود. همچنین می‌تواند در قالب برنامه پیشگیری از ابتلاء به انواع اختلالات روانی مورد استفاده قرار گیرد. بکارگیری حل مسأله درمانی ساده بوده،

1- Yelmaç & Gencoz
3- D'Zurilla & Nezu

2- Spcial Problem Therapy
4- Dugas, Gagnon, Ladouceur & Freeston

دارای مراحل محدودی است و می‌تواند به‌طور مستقل یا به عنوان جزئی از تکنیک‌های شناختی- رفتاری استفاده شود (دزوریلا و نزو، ۲۰۰۶).

مهارت حل مسأله، از طریق فرایند درمان حل مسأله آموخته می‌شود. این فرایند، فرایندی منظم و منطقی است که به فرد کمک می‌کند تا هنگام رویارویی با مشکلات راه‌حل‌های متعددی را جستجو نماید، سپس بهترین راه‌حل را انتخاب کند و با آموزش مهارت‌های روانی- اجتماعی در جهت پیشبرد و بهبود روان درمانی رشد یابد (نوری قاسم‌آبادی، ۱۳۷۷). دزوریلا و گیلفورد (۱۹۷۱) نشان داده‌اند که حل مسأله درمانی به افراد کمک می‌کند تا در برخورد با محیط شخصی و اجتماعی خود بیشترین تاثیر را داشته باشند (به نقل از نزو، ۲۰۰۴). این درمان به فرد کمک می‌کند تا در زندگی روزانه تاثیر و عوارض مسائل و رویدادهای پراسترس را تشخیص داده و تلاش‌های مقابله‌ای خود را برای تغییر مسایل غامض موقعیتی، جهت‌دار کند (نزو، ۲۰۰۲، نزو و نزو، ۲۰۰۱) تا در نهایت مهارت‌های خود را برای مقابله موثرتر گسترش دهد (نزو و همکاران، ۱۹۹۸). بنابراین، حل مسأله درمانی با افزایش مهارت‌های مقابله‌ای و عملی موجب افزایش اعتمادبه‌نفس، به سازگاری بهتر شخص می‌انجامد (ایزدی‌فرد و سپاسی آشتیانی، ۱۳۸۹).

از آنجایی که مطالعه‌ای در خصوص اثربخشی PST بر اضطراب اجتماعی صورت نگرفته است، به نظر می‌رسد، این مداخله درمانی، بر ارزیابی و پردازش و بازسازی شناخت، افکار، باورها و سازمان دهی رفتار فرد تأثیر بگذارد. در مطالعاتی که از این روش برای درمان سایر اختلالات روانی استفاده شده است، نتایج نشان داده‌اند، PST در کاهش شدت افسردگی مؤثر می‌باشد (لطفی‌نیا و همکاران، ۱۳۸۸). دزوریلا و نزو (۱۹۹۹) با ترکیب نتایج مطالعات گذشته، که شامل مطالعه آمیخته این درمان با دیگر مولفه‌های درمانی از قبیل آموزش مهارت‌های بین فردی بود، هم‌سو با دیگر مطالعات، نتیجه گرفتند PST در کاهش مشکلات مختلف مؤثر است.

با توجه به این که تاکنون پژوهشی در زمینه اثربخشی این روش‌ها در درمان افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی صورت نگرفته است، هدف پژوهش حاضر مقایسه کارایی درمان فراشناختی و حل مسأله درمانی بر بهبود و کاهش اضطراب اجتماعی در دانشجویان دختر است. نتایج این مطالعه اطلاعات ارزشمندی در باره قابلیت کاربرد این روش‌ها در اختیار مشاوران و درمانگران قرار داده و پشتوانه پژوهشی مناسبی برای مدل‌های درمانی فوق در جهت کاهش اضطراب اجتماعی فراهم خواهد آورد.

روش پژوهش

این پژوهش یک طرح نیمه تجربی پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد. بنابراین دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل از بین آزمودنی‌ها انتخاب شدند. جهت کنترل متغیر جنسیت فقط از آزمودنی‌های مونث استفاده شد. بر روی گروه‌های آزمایشی، متغیرهای مستقل فراشناخت درمانی و حل مسأله درمانی اعمال شدند. در نهایت تغییرات متغیر وابسته در هر سه گروه اندازه‌گیری و به عنوان معیاری برای مقایسه‌های لازم مورد استفاده قرار گرفت. جامعه آماری مطالعه دانشجویان دختر دوره کارشناسی دانشگاه ارومیه را دربر می‌گرفت. جهت تعیین افراد دارای اختلال SAD بودند، آزمون اضطراب اجتماعی کانور توسط ۳۰۰ نفر از دانشجویان تکمیل شد. سپس نمرات افرادی که بیشتر از ۱۹ بود به عنوان افراد دارای اضطراب اجتماعی تعیین شدند ($n=46$). برای تأیید تشخیص مصاحبه بالینی با استفاده از چک لیست اضطراب اجتماعی انجام گرفت که از بین ۴۶ نفر ۳۵ نفر حائز تمام شرایط دریافت تشخیص بودند. از این تعداد نیز ۳۰ نفر برای همکاری و شرکت در جلسات درمانی تمایل داشتند که به شکل تصادفی ساده در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه هراس اجتماعی کانور (SPIN)^۱: این پرسشنامه نخستین بار توسط کانور (۲۰۰۰)

1- Social Phobia Inventory

2- kanor

به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه شد. و در ایران در سال ۱۳۸۲ از نظر ویژگی‌های روان‌سنجی بررسی و روایی محتوایی و صوری آن مورد تأیید قرار گرفت. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی یا خرده مقیاس ترس^۱ (۶ ماده)، اجتناب^۲ (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) می‌باشد. نقطه برش نمره ۱۹ است که افرادی با نمره بالاتر از ۱۹ جزء جمعیت بالینی قرار می‌گیرند. اعتبار^۳ پرسشنامه اضطراب اجتماعی با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی دارای ضریب همبستگی برابر ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ می‌باشد. در بررسی اعتبار سازه^۴ این ابزار در مقایسه نتایج در دو گروه آزمودن‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی و آزمودن‌های گروه بهنجار بدون تشخیص روان‌پزشکی تفاوت معناداری مشاهده شد که نشان‌دهنده اعتبار سازه بالای ابزار است. نقطه برش ۱۹ با دقت تشخیصی ۰/۷۹ در این ابزار قادر می‌باشد تا افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و بدون این اختلال را از یکدیگر تفکیک سازد (عبدی، ۱۳۸۲).

چکلیست اضطراب اجتماعی: این پرسشنامه ۱۴ ماده‌ای است که از روی نشانگان اضطراب اجتماعی در DSM تهیه شده است. ۴ آیتم اول درباره تمام موقعیت‌ها و ۱۰ آیتم بعدی درباره آخرین موقعیت اجتماعی اضطراب‌زا است. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی گردید که مقدار آن برابر ۰/۹۴ بود که مقداری بسیار مناسب بشمار می‌آید.

جلسات درمانی

درمان فراشناختی: گروه آزمایشی فراشناخت درمانی، ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت کردند که شرح جلسات درمانی به ترتیب زیر بود:

جلسه اول- تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، شروع چالش با باور مربوط به کنترل، تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن اضطراب در

1- fear
3- validity

2- avoidance
4- construct validity

محیط‌های اجتماعی و تکلیف خانگی. جلسه دوم- مرور تکلیف خانگی، ادامه آماده‌سازی در صورت نیاز، ادامه چالش با باور کنترل‌ناپذیری، اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه درمان، بررسی و متوقف کردن کنترل غیرانطباقی و رفتارهای اجتنابی و تکلیف خانگی. جلسه سوم- مرور تکلیف خانگی به ویژه باور مربوط به کنترل‌ناپذیری، ادامه چالش با باور مربوط به کنترل‌ناپذیری در صورت نیاز، شروع چالش با باور مربوط به خطر، تلاش برای از دست دادن کنترل یا صدمه زدن به خود از طریق آزمایش اضطراب در محیطی اجتماعی و تکلیف خانگی: القای اضطراب برای آزمودن خطرات و تمرین ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن اضطراب. جلسه چهارم- مرور تکلیف خانگی به ویژه باور مربوط به خطرناک بودن نوع اضطرابی که دارند، ادامه چالش با باور مربوط به خطرناک بودن آن، اجرای آزمایش با باور مربوط به خطر در جلسه درمان و تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر و آزمایش از دست دادن کنترل. جلسه پنجم- مرور تکلیف خانگی به ویژه باور مربوط به خطرناک بودن اضطراب و راهبردهای ناسازگارانه باقی مانده، ادامه چالش با باور مربوط به خطر، تأکید بر معکوس کردن هرگونه راهبردهای غیرانطباقی باقی مانده و تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باور مربوط به خطر. جلسه ششم- مرور تکلیف خانگی به ویژه باور مربوط به خطر، شروع چالش با باورهای مثبت، رسیدن باورهای منفی به صفر و تکلیف خانگی: اجرای راهبرد عدم تناسب و سایر آزمایش‌های رفتاری برای چالش با باورهای مثبت. جلسه هفتم- مرور تکلیف خانگی و باورهای مثبت و بررسی مقابله غیرانطباقی رفتارهای اجتنابی باقی مانده، ادامه چالش با باورهای مثبت و کار بروی معکوس کردن علایم باقی مانده، شروع کار بروی برنامه جدید و تکلیف خانگی: آزمایش‌های رفتاری (مانند آزمایش افزایش و کاهش سطح اضطراب) و درخواست از بیمار برای نوشتن برگه خلاصه درمان. جلسه هشتم- مرور تکلیف خانگی، بررسی کار بروی برنامه درمان (جلوگیری از عود)، تقویت برنامه جایگزین و توضیح روشن آن با ذکر مثال و تکلیف خانگی: انجام کاربردهای مداوم درمان.

حل مسأله درمانی: این درمان دارای هفت گام می‌باشد که هر گام در یک جلسه ۶۰

دقیقه‌ای بررسی می‌گردید.

گام اول- توضیح منطقی و فرایند درمان، تشخیص علایم هیجانی و مشکلات و نشان دادن رابطه میان علایم هیجانی با مشکلات. **گام دوم-** آشکارسازی و تعریف مشکلات (تعیین و تعریف واضح مشکلات بر اساس اولویت‌بندی مشکلات مشخص شده و ۴ سوال What-When- Where-Who) و خرد کردن مشکلات بزرگ‌تر و قابل حل کردن آن‌ها. **گام سوم-** انتخاب اهداف قابل دسترس و تعیین منابع، قدرت‌ها و محدودیت‌ها. **گام چهارم-** پیدا کردن راه‌حل یا ایجاد راه‌حل‌ها (بارش مغزی) یعنی پیدا کردن راه‌حل‌های احتمالی (۸ راه‌حل یا بیشتر از ۸ راه‌حل بدون تفسیر درستی و غلطی). **گام پنجم-** انتخاب راه‌حل (یا راه‌حل‌های) ترجیح داده شده (حداقل ۱ راه‌حل و حداکثر ۲ راه‌حل). **گام ششم-** کاربرد راه‌حل یا راه‌حل‌های ترجیح داده شده به صورت متنی که باید توسط خود شخص به روشنی و دقیق انجام پذیرد. **گام هفتم-** ارزیابی.

یافته‌ها

در این بخش نخست اطلاعات توصیفی و سپس یافته‌های استنباطی آورده خواهند شد.

جدول (۱) نتایج پیش‌آزمون متغیر اضطراب اجتماعی و مولفه‌های آن در گروه‌های MCT و PST و گواه و آزمون T مربوط به مقایسه میانگین‌های مربوطه

مولفه	گروه	کمترین نمره	بیشترین نمره	میانگین	انحراف معیار	T	سطح معناداری
علایم	MCT	۵	۱۱	۷/۱۰	۱/۹۷	۰/۲۱۱	۰/۸۴
فیزیولوژی	PS	۵	۱۳	۸/۳۰	۲/۵۸	۰/۲۹۲	۰/۳۶۹
	گواه	۴	۱۱	۷/۳۰	۲/۲۶		
اجتناب	MCT	۷	۱۷	۱۱/۵۰	۲/۹۹	۰/۵۱۵	۰/۶۱
	PST	۶	۱۸	۱۰/۷۰	۴/۲۷	۰/۰۶۰	۰/۹۶۳
گواه		۷	۱۷	۱۰/۸۰	۳/۰۸		
	MCT	۶	۱۵	۱۰/۶۰	۲/۷۲	۰/۷۷۶	۰/۴۵
ترس	PST	۵	۱۲	۸/۶۰	۲/۱۲	۰/۶۸۶	۰/۵۰۱
	گواه	۵	۱۶	۹/۵۰	۳/۵۷		
چک	MCT	۱۳	۲۲	۱۷/۶۰	۲/۸۴	۰/۲۵۶	۰/۸۰

۶/۷	۰/۰۹	۳/۶۵	۱۷/۲۰	۲۵	۱۳	PST	لیست
		۲/۳۸	۱۷/۹۰	۲۲	۱۴	گواه	
۰/۵۵	۰/۶۰۲	۵/۹۲	۲۹/۲۰	۴۰	۲۱	MCT	نمره کل
۱/۰۰	۰/۰۰	۸/۰۰	۲۷/۶۰	۴۳	۲۰	PST	
		۵/۹۷	۲۷/۶۰	۳۹	۲۰	گواه	

نتایج بدست آمده در جدول فوق نشان می‌دهد، پیش از اجرای آزمایش بین گروه گواه و PST و MCT تفاوتی نبوده و با احتمال ۹۹ درصد در یک سطح هستند. بنابراین می‌توان گفت گروه‌ها از این نظر هم‌تا می‌باشند.

جدول (۲) اطلاعات توصیفی مربوط به نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی و گواه و نتایج آزمون T (گروه MCT و گواه و PST و گواه) روی تفاضل نمرات پیش و پس‌آزمون در متغیر اضطراب اجتماعی

مؤلفه	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون	انحراف پیش‌آزمون معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری
علایم	MCT	۵/۰۰	۲/۷۱	-۱/۶۰	۲/۲۷	۱۸	۳/۷۲	۰/۰۰۱
فیزیولوژی	PST	۳/۰۰	۱/۳۳	۵/۳۰	۲/۵۸	۱۸	-۶/۲۰	۰/۰۰۱
گواه		۸/۰۰	۲/۲۶	-۰/۷۰	۱/۶۴			
اجتناب	MCT	۶/۶۰	۲/۵۰	۲/۱۰	۱/۷۳	۱۸	۶/۱۳	۰/۰۰۱
	PST	۵/۳۰	۲/۳۱	۵/۴۰	۴/۴۸	۱۲/۷۸	-۱۴	۰/۰۱
گواه		۱۲/۴۰	۳/۵۳	-۱/۶۰	۲/۲۷			
ترس	MCT	۶/۳۰	۲/۷۵	۴/۳۰	۱/۷۷	۱۸	۳/۶۶	۰/۰۲
	PST	۳/۳۰	۲/۶۷	۵/۳۰	۳/۶۵	۱۸	-۳/۴۶	۰/۰۳
گواه		۹/۷۰	۴/۱۱	-۰/۲۰	۴/۶۳			
چک‌لیست	MCT	۱۱/۸۰	۳/۴۶	۵/۸۰	۲/۳۰	۱۸	۵/۵۰	۰/۰۰۱
	PST	۹/۳۰	۴/۱۴	۷/۹۰	۵/۳۶	۱۸	-۴/۲۹	۰/۰۱
گواه		۱۷/۸۰	۳/۴۲	۰/۱۰	۲/۳۳			
نمره کل	MCT	۱۷/۹۰	۶/۳۳	۱۱/۳۰	۴/۸۵	۱۸	۷/۲۴	۰/۰۰۱
	PST	۱۱/۶۰	۵/۵۴	۱۶/۰۰	۱۰/۰۷	۱۱/۲۲	-۵/۴۸	۰/۰۰۱
گواه		۳۰/۱۰	۶/۸۹	-۲/۵۰	۳/۵۷			

طبق نتایج، تفاوت بین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و

گواه در تمام مولفه‌های «اضطراب اجتماعی» در سطح $P < 0/01$ معنی‌دار بوده و میانگین تفاضل‌ها حاکی از آن است در تمام مولفه‌ها این تفاوت به نفع گروه‌های آزمایش بوده است. یعنی می‌توان ادعا کرد درمان‌های فراشناختی و مبتنی بر حل مسأله، موجب بهبود اضطراب اجتماعی گروه آزمایش شده و در نتیجه روش موثری در جهت درمان این مشکل می‌باشند. همچنین بررسی مقدار تفاضل به دست آمده برای هر یک از مولفه‌ها نشان می‌دهد در MCT، مولفه اجتناب بیش از سایر مولفه‌ها تحت تأثیر درمان قرار گرفته و بهبود یافته است. ضمن این، نمره کل اضطراب اجتماعی نیز تغییر قابل توجهی یافته و شاخص آن برای گروه MCT کاهش پیدا کرده است. در PST نیز مولفه علایم فیزیولوژیک بیش از سایر مولفه‌ها تحت تأثیر درمان بهبود یافته است. از این رو می‌توان نتیجه گرفت برنامه درمانی فراشناختی و حل مسأله روش کارآمدی محسوب می‌شود. برای رسیدن به این که کدام درمان روش موثری برای کاهش اضطراب اجتماعی است، اطلاعات مربوط به نتایج آزمون T گروه‌های مستقل روی تفاضل نمرات پیش آزمون و پس آزمون مولفه‌های اضطراب اجتماعی در گروه‌های MCT و PST ارائه می‌گردد.

جدول (۳) نتایج آزمون T روی تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای مولفه‌های متغیر اضطراب اجتماعی در گروه MCT و PST

مولفه	گروه	میانگین تفاضل پیش‌آزمون-پس‌آزمون	انحراف معیار پیش‌آزمون-پس‌آزمون آزادی	درجه	T	سطح معناداری
علایم فیزیولوژی	MCT	۲/۱۰	۱/۷۳	۱۸	۳/۲۵۵	۰/۰۴
	PST	۵/۳۰	۲/۵۸	۱۸		
اجتناب	MCT	۴/۹۰	۲/۴۷	۱۸	-۰/۲۹۱	۰/۷۷۴
	PST	۵/۴۰	۴/۸۴	۱۸		
ترس	MCT	۴/۳۰	۷/۷۱	۱۸	-۰/۷۷۹	۰/۴۴۶
	PST	۵/۳۰	۳/۶۵	۱۸		
چک‌لیست	MCT	۵/۸۰	۲/۳۰	۱۸	-۱/۱۳۸	۰/۲۷۰
	PST	۷/۹۰	۵/۳۶	۱۸		
نمره کل	MCT	۱۱/۳۰	۴/۸۵	۱۸	-۱/۳۳	۰/۲۰۰
	PST	۱۶/۰۰	۱۰/۰۷	۱۸		

همان‌گونه که نتایج جدول نشان می‌دهد، تفاوت بین تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های MCT و PST در علایم فیزیولوژیک (در سطح $P < 0.01$, $t = 3.255$) معنی‌دار است. میانگین تفاضل‌ها حاکی از آن است که این تفاوت به نفع گروه PST بوده است. یعنی بعد از عمل آزمایشی نمرات در گروه PST نسبت به گروه MCT کاهش بیشتری یافته است.

در بخش دوم، برای تحلیل نتایج حاصله، روش تحلیل کوواریانس به کار رفته است.

جدول (۴) تحلیل کوواریانس علایم فیزیولوژیک

مقدار ثابت	۱	۲	۲۶	۳۰	مجموع مجذورات درجه آزادی میانگین مجذورات	F	Sig.	مجذورات
۲/۷۴۰	۱	۱۴۹/۶۵۲	۸۳/۷۶۸	۱۱۰۸/۰۰	۲/۷۴۰	۰/۸۵۰	۰/۳۶۵	۰/۰۳۲
۴۴/۲۳۱	۱	۷۴/۸۲۶	۳/۲۲۲		۴۴/۲۳۱	۱۳/۷۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۴۶
۱۴۹/۶۵۲	۲				۷۴/۸۲۶	۲۳/۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴۱
۸۳/۷۶۸	۲۶				۳/۲۲۲			
۱۱۰۸/۰۰	۳۰							

نتایج نشان می‌دهند به کارگیری درمان‌ها موجب بهبود نمرات علایم فیزیولوژیک شده است. بر اساس یافته‌های بدست آمده می‌توان گفت میان میانگین اصلاح شده گروه‌های آزمایشی و کنترل با مقدار $F = 23/22$ و درجه آزادی ۲ با سطح اطمینان $0/99$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. مجذور اتا حاکی از آن است که ۶۴ درصد تغییرات موجود در نمرات پس‌آزمون با استفاده از متغیر کمکی پیش‌آزمون بواسطه تغییرات عضویت گروهی (گروه کنترل یا آزمایش) قابل تبیین است.

جهت تعیین درمان اثربخش‌تر از بین درمان‌های ارائه شده از آزمون مقایسه‌های پسین LSD استفاده شد.

جدول (۵) مقایسه‌های چندگانه LSD علایم فیزیولوژیک

گروه I	گروه J	تفاوت میانگین‌ها (J-I)	خطای معیار	Sig.
گواه	MCT	*۲/۸۸۸	۰/۸۰۳	۰/۰۰۱
	PST	*۵/۵۶۰	۰/۸۱۷	۰/۰۰۱
MCT	PST	*۲/۶۷۲	۰/۸۲۳	۰/۰۰۳

نتایج مقایسه دو به دو میانگین‌ها نشان می‌دهد که روش PST موثرتر از روش MCT بوده و میانگین مربوطه (۲/۶۷۲) به شکل معنی‌داری کوچک‌تر از آن است. مقایسه میانگین هر دو گروه آزمایش با گواه نیز نشان‌گر اثربخشی روش‌های آزمایشی می‌باشد.

بعد از اطلاعات مربوط به مولفه علایم فیزیولوژیک، تحلیل کواریانس مربوط به مولفه اجتناب، ترس، چک‌لیست و نمره کل بررسی گردید. سپس جهت تعیین درمان اثربخش‌تر از بین درمان‌های ارائه شده از آزمون مقایسه‌های پسین LSD استفاده شد که یافته‌های مربوط نشان دادند، نمرات اجتناب، ترس، چک لیست و نمره کل گروه گواه بیشتر از MCT و PST و بین نمرات اجتناب، ترس، چک لیست و نمره کل گروه MCT و گروه PST تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. مقایسه میانگین سه گروه آزمایش با گروه گواه حاکی از بهبود میانگین گروه‌های آزمایش می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) و درمان حل‌مسأله (PST) بر اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) دانشجویان دختر بود. نتایج حاصل نشان دادند روش‌های فوق بشکل موثری می‌توانند موجب بهبود و کاهش علائم اختلال فوق شوند. با توجه به این که تاکنون پژوهشی در این رابطه انجام نشده است، در تبیین این

یافته می‌توان به بنیادهای نظری روش‌های درمان فراشناختی (MCT) و درمان حل مسأله (PST) استناد کرد.

در خصوص اثر بخشی درمان فراشناختی می‌توان چنین تبیین کرد که علت عمده اختلال‌های اضطرابی، الگوی تفکر ناسازگارانه می‌باشد (ولز و همکاران، ۲۰۰۸). برخی از انواع راهبردهای مقابله‌ای که نیاز به تخصیص توجه دارند مانند بیشتر اشکال فعالانه هیجان‌مدار، در افرادی که مستعد توجه بیش از حد بر خود هستند (به عنوان یکی از مفروضه‌های اصلی در SAD)، آسیب ایجاد می‌کنند (ولز، ۱۳۸۸). افراد با استفاده از راه‌کارهای درمانی این روش، می‌آموزند در مقابل افکار، باورها، هیجان‌های منفی و کنترل آن‌ها، چگونه عمل نمایند تا دچار دور باطل نشوند.

درباره PST نیز می‌توان گفت این درمان مهارت‌های مقابله‌ای افراد مضطرب را افزایش داده (احدی و همکاران، ۱۳۸۸) و باعث دفع هیجان‌های منفی فرد مثل اضطراب (که مانعی برای حل مسأله است) می‌شود. تمایلات فرد به نشان دادن پاسخ‌های منفعلانه را منع می‌کند. هیجان‌های مثبت و ادراک فرد نسبت به صلاحیت و شایستگی و آسان بودن راه‌حل مسأله‌اش را افزایش می‌دهد و در نهایت فرد را نسبت به حل مسائلی آگاه می‌کند.

مطالعات دیگری که اختلال‌های مشابه با SAD را بررسی نموده‌اند، یافته‌های این تحقیق را تأیید کرده‌اند. به عنوان مثال، افشاری و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود نشان داده‌اند این روش‌ها در مورد کاهش باورهای هراس زنان مبتلا به اختلال هراس موثرند. در پژوهشی ولز و پاپاجورجیو (۲۰۰۱) درمان شناختی اضطراب اجتماعی را که تا حدودی مبتنی بر مدل فراشناختی است، مورد ارزشیابی قرار دادند. نتایج حاصل نشان دادند درمان کوتاه‌مدت اثربخش بوده و اثرات به دست آمده تا زمان پی‌گیری حفظ شدند. اثربخشی MCT در درمان اختلال افسردگی نیز به اثبات رسیده است. این امر را می‌توان در مطالعه و یافته‌های هاشمی و همکاران (۱۳۸۹) مشاهده کرد. آنها ذکر کردند که درمان فراشناختی افسردگی، بر کاهش فرآیندهای شناختی غیرسودمند و تسهیل

سبک‌های فراشناختی پردازش، متمرکز است و به جای محتوای شناخت بر کنترل فرآیندهای حاکم بر آن تمرکز می‌کند.

در مورد طیف وسیعی از اختلال‌ها اندازه اثر درمانی به دست آمده بسیار بزرگ و نتیجه حاصل در طول ۶-۱۲ ماه پس از درمان، همچنان پایدار بوده است (هاشمی و همکاران، ۱۳۸۹). مطالعات، از این دیدگاه که فراشناخت‌ها بیش از سازه‌های شناختی در آسیب‌پذیری هیجانی و علایم روان‌شناختی نقش دارند، حمایت می‌کنند. همچنین، در برخی موارد، سازه‌های شناختی در مقایسه با فراشناخت‌ها، قادر به تبیین تغییرات ایجاد شده در علایم ارزیابی شده نمی‌باشند. در تمام یافته‌ها، اثربخشی درمان فراشناختی بر طیف وسیعی از اختلال‌های اضطرابی، خلقی و روان‌پریشی هماهنگ هستند (ولز، ۱۳۸۸).

همچنین قابل ذکر است که PST، درمانی نسبتاً جدید است و از کاربرد آن، چه به صورت مستقل و چه به عنوان بخشی از درمان‌های دیگر، بیش از ۳۵ سال نمی‌گذرد. وجود ویژگی‌های برجسته در این نوع درمان (امکان بهره‌گیری از آن در کنار دیگر درمان‌ها، استفاده از آن به عنوان یک راهبرد نگهدارنده و امکان اجرای آن توسط کادر بهداشتی) سبب رشد سریع کاربرد درمان حل مسأله در حیطه‌های مختلف شده است به نحوی که امروزه علاوه بر کاربرد این درمان در حوزه افسردگی، وابستگی به مواد، چاقی، خود آزاری، اقدام به خودکشی، درمان رفتار ضداجتماعی و کاهش ناراحتی‌های روانی در بیماران مبتلا به سرطان استفاده می‌شود (نزو و نزو، ۲۰۰۱) و می‌توان آن را به عنوان کاهنده اضطراب و کاهنده پریشانی و اضطرابی که در بعضی بیماری‌ها به عنوان عامل خطر عمل می‌کند، در نظر گرفت (نزو، ۲۰۰۴). در این راستا، پرونچر، دوگاس و لادوسر^۱ (۲۰۰۴)، مطالعه‌ای درباره اثر بخشی PST بر اختلال اضطراب فراگیر انجام دادند. آنها در این مطالعه، بر روی گروهی درمان مواجهه شناختی و بر گروه دیگر درمان حل مسأله را انجام دادند، نتایج، نشان‌دهنده تأثیر معنادار حل مسأله بود. این نتیجه هم‌سو با نتیجه

1- Provencher, Ladouceur

تحقیق ایزدی‌فرد و سپاسی‌آشتیانی (۱۳۸۹) بود. آنها اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری حل مسأله را در کاهش علائم اضطراب امتحان دانش‌آموزانی که دارای این مشکل بودند، ۸۳٪ بیان کردند. به این نکته نیز اشاره داشته‌اند که این روش جهت درمان اضطراب امتحان، از روش‌های رفتاردرمانی موثرتر بوده است. در یکی از پژوهش‌ها ماینورز- والیس (۲۰۰۱)، اثربخشی درمان حل مسأله و درمان دارونما را مقایسه کرده است. نتایج نشان داد گروه دریافت‌کننده PST، در مقایسه با دو گروه دیگر کاهش بیشتری در علائم افسردگی داشتند. همچنین احدی و همکاران (۱۳۸۸) سازش یافتگی اجتماعی را تحت تأثیر تفکر مبتنی بر حل مسأله در دانش‌آموزان کم‌رو بررسی کردند. نتایج بدست آمده حاکی از تأثیر مثبت این روش در کاهش این مشکل بود. این یافته هم‌سو با یافته‌های پژوهشی نزو (۲۰۰۴) می‌باشد که در آن درمان مبتنی بر حل مسأله تأثیر معناداری در افزایش امیدواری و خوش‌بینی داشت. به‌طور کلی یافته‌ها نشان داده که PST موجب کاهش سطوح آسیب‌های روانی (افسردگی، عوامل بالقوه خودکشی و اضطراب) و عوامل مثبت (خودبینی و عزت‌نفس) می‌شود (اسکین، ارتکین و دمیر، ۲۰۰۸).

حل مسأله درمانی، مکانیسمی از تغییر درمانی را ارائه می‌کند که مناسب نیازهای رشدی در افراد است (کازدین و نوک، ۲۰۰۳) زیرا PST موجب ایجاد توانایی تعریف و شناسایی صحیح و انعطاف‌پذیر مسأله می‌شود. این قابلیت در برخورد و مقابله سازگارانه با مسائل و مشکلات زندگی، باعث انعطاف‌پذیری ذهنی شده و افراد این فرصت را به ذهن و تفکر خویش می‌دهند تا به مسأله از زوایای مختلف نگاه کرده و به راه‌حل‌های مختلف بیندیشند (بایبری، بهامین و فیض‌اللهی، ۱۳۸۹).

به‌علاوه، نتایج مطالعه حاضر نشان دادند، اگرچه هر دو درمان فراشناختی و حل مسأله در کاهش علائم اضطراب اجتماعی دانشجویان موثرند اما تفاوتی در تأثیرگذاری بر مولفه‌های ترس و اجتناب اضطراب اجتماعی ندارند. فقط در کاهش علائم فیزیولوژیک

حل مسأله درمانی تأثیر بیشتری داشت. احتمالاً می‌توان اثر بخشی بیشتر این درمان در کاهش علائم فیزیولوژیک را چنین تبیین کرد که علائم فیزیولوژیکی اضطراب مانند تعرق، سرخ شدن، دستپاچه شدن، لرزیدن و غیره از مشخصه‌های بارز اختلال اضطراب اجتماعی است و یکی از مراحل درمانی این روش، تشخیص علائم هیجانی (مانند خلق پایین، نگرانی و اضطراب، تمرکز ضعیف و بی‌قراری و غیره) و تشخیص مشکلات (مشکلات کاری، مالی، سلامتی و غیره) می‌باشد، با نشان دادن وجود رابطه میان علائم هیجانی با موقعیت‌های اجتماعی که فرد در آن‌ها احساس مشکل می‌کند، نسبت به علت و منشاء علائم فیزیولوژیک آگاهی بیشتری پیدا کرده و در کنترل آن موثرتر عمل می‌کند...

در کل می‌توان نتیجه گرفت به دلیل وجود مشکلات شناختی و فراشناختی که از عوامل مولد اضطراب اجتماعی بشمار می‌روند، بهره‌گیری از درمان‌های شناخت محور می‌تواند روش مناسبی در بهبود و کاهش آن باشند. خصوصاً روش‌هایی مانند حل مسأله درمانی و فراشناخت درمانی به دلیل مناسب بودن برای افراد با هوش بالا و تحصیل کرده، کوتاه‌مدت و کم‌هزینه بودن می‌توانند عملی‌تر و کاربردی‌تر باشند. از این رو پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره و روانشناسی دانشگاه‌ها این روش‌ها به مشاوران و درمانگران آموزش داده شده و مورد استفاده قرار گیرند.

تاریخ دریافت نسخه اولیه مقاله: ۱۳۹۱/۰۹/۱۵

تاریخ دریافت نسخه نهایی مقاله: ۱۳۹۱/۰۳/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۱۱/۱۳

منابع

References

- ابوالقاسمی، عباس و کیمرئی، آذر (۱۳۸۷). بررسی ارتباط حل مسأله اجتماعی و مؤلفه‌های آن با الگوهای شخصیتی خودشیفته و ضداجتماعی در دانش‌آموزان دبیرستانی شهر اردبیل، *مجله مطالعات روان‌شناختی*، دوره ۴، شماره ۱۷، ۱۸-۹-۲۶.
- احدی، بتول؛ میرزایی، پری؛ نریمانی، محمود و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۸۸). تأثیر آموزش حل مسأله اجتماعی بر سازگاری اجتماعی و عملکرد تحصیلی دانش‌آموزان کم‌رو، *مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، سال نهم، شماره ۳، ۱۹۳-۲۰۲.
- افشاری، معصومه؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ بهرامی، فاطمه و افشار، حمید (۱۳۸۹). اثربخشی درمان رفتاری-فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، سال ۱۳، شماره ۱، دوره ۵۰، ۹-۱۶.
- ایزدی فرد، راضیه و سپاسی آشتیانی، میترا (۱۳۸۹). اثربخشی شناختی- رفتاری با آموزش مهارت حل مسأله در کاهش علائم اضطراب امتحان، *مجله علوم رفتاری*، دوره ۴، شماره ۱، ۲۳-۳۷.
- باییری، امیدعلی؛ بهامین، قباد و فیض‌اللهی، علی (۱۳۸۹). بررسی تأثیر آموزش گروهی حل مسأله بر برخی ویژگی‌های روان‌شناختی نوجوانان اقدام‌کننده به خودکشی، *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، دوره هجدهم، شماره اول، ۱۶-۲۲.
- کاپلان، هارولد، و سادوک، بنجامین (۱۳۷۸). خلاصه روانپزشکی بالینی، ترجمه پورافکاری، نصرت‌الله-تهران: آزاده (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۶).
- دادستان، پریخ؛ اناری، آسیه و صالح صدق‌پور، بهرام (۱۳۸۶). اختلال اضطراب اجتماعی و نمایش درمانگری، *فصلنامه روانشناسان ایرانی*، سال چهارم، شماره ۱۴، ۱۱۵-۱۲۳.
- ساراسون، ایروین و ساراسون، باربارا (۱۳۸۷). *روانشناسی مرضی: براساس DSM-III-R*، مترجمان نجاریان، بهمن؛ اصغری مقدم، محم علی و دهقانی، محسن، تهران: رشد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۸۷).
- سادوک، بنجامین و سادوک، ویرجینا (۱۳۸۲). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی، ترجمه پورافکاری، نصرت‌الله، جلد دوم- تهران، شهرآب: آینده‌سازان، (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

لطفی‌نیا، حسن، یکه‌یزدان‌دوست، رخساره، اصغرنژاد، علی‌اصغر، و گروسی، تقی. (۱۳۸۸). اثربخشی درمان حل مسأله در کاهش شدت افسردگی دانشجویان. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*، دوره ۳۱، شماره ۴، ۵۴-۵۸.

ملیبانی، مهدیه؛ شعیری، محمدرضا؛ قایدی، غلامحسین؛ بختیاری، مریم و طاولی، آزاده (۱۳۸۸). اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی مبتنی بر الگوی هیمبرگ در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی، *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال پانزدهم، شماره ۱، ۴۲-۴۹.

نوری‌قاسم‌آبادی، ربابه (۱۳۷۷). مهارت‌های حل مسأله، از مجموعه آموزشی برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، معاونت پرورشی وزارت آموزش و پرورش و معاونت امور فرهنگی و پیشگیری سازمان بهزیستی کشور.

ولز، آدریان (۱۳۸۸). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی، مترجم: محمدخانی، شهرام، تهران: انتشارات وراى دانش (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).

هاشمی، زهره؛ محمودعلیلو، مجید و هاشمی نصرت‌آباد، تورج (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی، *مجله روان‌شناسی بالینی*، سال دوم، شماره ۳، دوره ۷، ۸۵-۹۵.

Carleton, R.N., Collimore, K.C., & Asmundson, J.C. (2010). Its Not Just the Judgement. It s That I don't Know, Intolerance of Uncertainty As A Predictor of Social Anxiety, *Journal of Anxiety Disorder*, 24, 189-195.

D'Zurilla, T., Nezu, A.M. (2006). *Problem-Solving Therapy: A Positive Approach to Clinical Intervention*, 3rd ed, New York: Springer Publishing Co.

D'Zurilla, T.J., & Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving Therapy, A Social Competence Approach to Clinical Intervention*, 2nd ed. New York: Springer.

Eskin, M., Ertekin, K., & Demir, H. (2008). Efficacy of a Problem-Solving Therapy for Depression and Suicide Potential in Adolescents and Young Adults, *Cogn Ther Res*, 32, 227-245.

Joiner, T.E., & Metalsky, G. (1999). Factorial Construct Validity of the Extended Attributional Style Questionnaire, *Cognitive Therapy & Research*, 23 (1), 105-113.

- Kazdin, A.E., & Nock, M.K. (2003). Delineating Mechanisms of Change in Child and Adolescent Therapy: Methodological Issues and Research Recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44, 1116-1129.
- Mynors-Wallis L. (2001). Problem Treatment in General Psychiatric Practice, *Advances in Psychiatric Treatment*, 7, 417- 425.
- Nezu, A.M. (2004). Problem Solving and Behavior Therapy Revisited. *Behavior Therapy*, 35, 13-33.
- Nezu, A.M. (2002). *Problem-solving Therapy*, Cognitive Psychotherapy toward A New Millennium: Scientific Foundations and Clinical Practice, New York: Kluwer Academic Publishers, 89-94.
- Nezu, A.M., & Nezu, C.M. (2001). Problem-solving Therapy, *Journal of Psychotherapy Integration*, 11, 187-205.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Friedman, S.H., Faddis, S., Houts, P.S. (1998). *Coping with Cancer: A Problem Solving Approach*, Washington, DC: American Psychological Association.
- Nuevo, R., Montorio, I., BorKovec, T.D. (2004). A Test of the Role of Metaworry in the Prediction of Worry Severity in an Elderly Sample, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 209 – 218.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Blumenson, R., & Stein, D. (1999). The Subjective Experience of Problem Irresolvability and Suicidal Behavior: Dynamics and Measurement, *Suicide & Life Threatening*, 29 (2), 150- 164.
- Provencher, M.D., Dugas, M.J., & Ladouceur, R. (2004). Efficacy of Problem-Solving Training and Cognitive Exposure in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A Case Replication Series, *Cognitive and Behavioral Practice*, 11, 404-414.
- Purdon, C., Antony, M., Monteiro, S., Swinson, R.P. (2001). Social Anxiety in College Students, *Social Anxiety*, 15, 203-215.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling Cognition in Emotional Disorder: The S-REF Model. *Behaviour Research Therapy*, 32, 867-870.

-
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Brief Cognitive Therapy for Social Phobia: A Case Series, *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720.
- Wells, A. & Sembi, S. (2004). Metaconitive Therapy for PTSD: A Preliminary Investigation of a New Brief Treatment, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 307-318.
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., & Wisely, J., (2008). Chronic PTSD Treated with Metacognitive Therapy: An Open Trial, *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 85-92.

Archive of SID