



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه کارشناسی ارشد در رشته روانشناسی بالینی

**بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت متمرکز بر فراشناخت،  
بر بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی:  
مطالعه موردی**

توسط

محمد محمودی

استاد راهنما:

دکتر محمدعلی گودرزی

شهریور ماه ۱۳۸۸

رسالة محمد

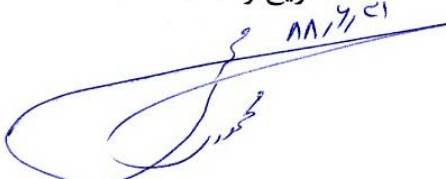
به نام خدا

اظهارنامه

اینجانب محمد محمودی (۸۵۰۳۲۰) دانشجوی رشته روانشناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، اظهار می‌دارم که این پایان‌نامه حاصل پژوهش خودم بوده و در جاهایی که از منابع دیگران استفاده کرده‌ام، نشانی دقیق و مشخصات کامل آن‌ها را نوشته‌ام. همچنین اظهار می‌نمایم که تحقیق و موضوع پایان‌نامه تکراری نیست و تعهد می‌نمایم که بدون مجوز دانشگاه دستاوردهای آن را منتشر ننموده و یا در اختیار غیر قرار ندهم. کلیه حقوق این اثر مطابق با آیین‌نامه مالکیت فکری و معنوی متعلق به دانشگاه شیراز است.

نام و نام خانوادگی: محمد محمودی

تاریخ و امضا:

۸۸/۶/۲۱  


به نام خدا

بررسی اثربخشی درمان کوتاه مدت متمرکز بر فراشناخت، بر بیماران مبتلا به  
اختلال هراس اجتماعی: مطالعه موردی

به وسیله:

محمد محمودی

پایان نامه

ارائه شده به تحصیلات تکمیلی دانشگاه به عنوان بخشی  
از فعالیت‌های تحصیلی لازم برای اخذ درجه کارشناسی ارشد

در رشته:

روانشناسی بالینی

از دانشگاه شیراز

شیراز

جمهوری اسلامی ایران

ارزیابی شده توسط کمیته پایان نامه با درجه: عالی

دکتر محمدعلی گودرزی، دانشیار بخش روانشناسی بالینی (رئیس کمیته)  
دکتر محمدرضا تقوی، استاد بخش روانشناسی بالینی  
دکتر چنگیز رحیمی طاقانکی، استادیار بخش روانشناسی بالینی

شهریور ماه ۱۳۸۸

تقدیم به

همه آنان که در رشد و تکامل نقش داشته‌اند...

## سپاسگزاری

حال که به یاری پروردگار متعال، نگارش این پایان نامه به پایان رسید و مرحله‌ای دیگر از مسیر کسب علم را با موفقیت پیمودم بر خویش لازم می‌دانم از زحمات بی دریغ تمام کسانی که مرا از آغاز تا پایان این پایان نامه یاری نمودند قدردانی نمایم. از استاد عزیزم جناب آقای دکتر گودرزی که زحمت هدایت مرا در تمام قسمت‌های پایان نامه با صبر و درایت فراوان تقبل نمودند بسیار سپاسگزارم. همچنین، از اساتید مشاورم، جناب آقای دکتر تقوی و جناب آقای دکتر رحیمی که مرا از راهنمایی‌های کارگشای خویش بهره‌مند نمودند کمال قدردانی را دارم. با تشکر ویژه از همسر مهربان و عزیزم که انجام بخش‌های زیادی از این پایان نامه را مدیون او هستم.

همچنین، با تشکر از جناب آقای دکتر جاویدی به خاطر همکاری در امر نمونه‌گیری و سرکار خانم دکتر ستوده جهت ارائه راهنمایی در راستای ویرایش پایان نامه.

## چکیده

بررسی اثر بخشی درمان کوتاه مدت متمرکز بر فراشناخت، بر بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی: مطالعه موردی

به وسیله:

محمد محمودی

در این مطالعه، اثربخشی یک روش جدید درمانی برای اختلال هراس اجتماعی مورد بررسی قرار گرفت. اگرچه تمرکز اصلی درمان اختلال هراس اجتماعی به طور غالب، شناختی است، تأکید بر تمرکز بیشتر بر راهبردها و باورهای فراشناختی می‌تواند ما را قادر سازد تا تغییر شناختی را افزایش دهیم و درمانی کوتاه مدت و اثربخش ایجاد نماییم. بر اساس رویکرد فراشناختی، افکار و عقاید منفی در مورد خود اجتماعی، از سبک پردازش ایجاد شده بوسیله فراشناخت‌های فرد بوجود می‌آیند. بنابراین، درمان بر اصلاح سبک پردازش، قبل، در حین و بعد از رویارویی با موقعیت اجتماعی تمرکز می‌کند. در این روش، از آغاز درمان، تأکید بیشتری بر اصلاح توجه به خود از طریق پایش توجه بیرونی در جلسات درمان و خارج از جلسات وجود دارد. این موضوع، با تأکید بر برطرف ساختن نگرانی و نشخوار ذهنی در دو جلسه اول درمان همراه می‌شود.

طرح مطالعه موردی ( $n=6$ ) با تکرار A-B همراه با خط پایه چندگانه و پیگیری سه ماهه به کار برده شد. شرکت کنندگان، در جلسات تعیین خط پایه، پایان درمان و همچنین در جلسه پیگیری، مقیاس‌های فراشناخت هراس اجتماعی، حساسیت جسمانی، هراس اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و اجتناب و آشفتگی اجتماعی را کامل نمودند. ضمن این‌که برای ارزیابی روند بهبودی، در ابتدای جلسات دوم، چهارم، ششم و هشتم، مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و آشفتگی اجتماعی و حساسیت جسمانی اجرا گردید. نتایج نشان داد که همه بیماران به طور بالینی، بهبود معناداری در دامنه‌ای از نتایج استاندارد به دست آمده از مقیاس‌های خاص هراس اجتماعی یافتند. این نتایج در پیگیری نیز حفظ شده بود.

بنابراین، درمان فراشناختی می‌تواند درمانی اثربخش و کوتاه مدت برای اختلال هراس اجتماعی باشد. با توجه به بدیع بودن این بررسی، پر واضح است که ارزیابی‌های بیشتری در این زمینه مورد نیاز است.

## فهرست مطالب

صفحه

عنوان

### فصل اول: کلیات

۱-۱- مقدمه	۱
۲-۱- بیان مسأله	۴
۳-۱- ضرورت و اهمیت مسأله	۵
۴-۱- اهداف پژوهش	۷
۵-۱- تعاریف مفهومی و عملیاتی متغیرها	۷

### فصل دوم: مبانی نظری و پیشینه تحقیقات

۱-۲- مبانی نظری	۱۰
۱-۱-۲- اختلال هراس اجتماعی؛ تاریخچه، شیوع، سبب شناسی و درمان	۱۰
۱-۱-۱-۲- شیوع	۱۱
۲-۱-۱-۲- سبب شناسی اختلال هراس اجتماعی	۱۲
۱-۲-۱-۱-۲- عوامل زیستی	۱۲
۲-۲-۱-۱-۲- عوامل سرشتی	۱۴
۳-۲-۱-۱-۲- عوامل محیطی	۱۵
۴-۲-۱-۱-۲- عوامل شناختی	۱۷
۱-۴-۲-۱-۱-۲- پردازش اطلاعات در هراس اجتماعی	۱۷
۲-۴-۲-۱-۱-۲- مدل‌های شناختی تبیین کننده اختلال هراس اجتماعی	۱۸
۱-۲-۴-۲-۱-۱-۲- مدل بک، امری و گرینبرگ	۱۸
۲-۲-۴-۲-۱-۱-۲- مدل پردازش اطلاعات کلارک و ولز	۱۹
۳-۲-۴-۲-۱-۱-۲- مدل راپی و هیمبرگ	۲۱
۴-۲-۴-۲-۱-۱-۲- مدل مینه‌کا و زینبارگ	۲۳
۵-۲-۴-۲-۱-۱-۲- مدل هافمن و بارلو	۲۴



۲۵	..... مدل راپی و اسپنس ۷-۲-۴-۲-۱-۱-۲
۲۶	..... مدل کیمبرل ۸-۲-۴-۲-۱-۱-۲
۲۷	..... سو گیری توجه، تفسیر و حافظه ۳-۴-۲-۱-۱-۲
۲۹	..... تفسیر وقایع اجتماعی بیرونی ۴-۴-۲-۱-۱-۲
۲۹	..... انتقال توجه از عوامل اجتماعی بیرونی به درون ۵-۴-۲-۱-۱-۲
۳۰	..... ارزیابی خود از دید یک مشاهده گر بیرونی ۶-۴-۲-۱-۱-۲
۳۱	..... سوگیری در پردازش، قبل و بعد از رویارویی با رویداد ترس آور ۷-۴-۲-۱-۱-۲
۳۲	..... درمان های موجود برای هراس اجتماعی ۳-۱-۱-۲
۳۲	..... روان درمانی بینش گرا ۱-۳-۱-۱-۲
۳۳	..... رفتار درمانی ۲-۳-۱-۱-۲
۳۴	..... شناخت درمانی ۳-۳-۱-۱-۲
۳۴	..... درمان های دارویی ۴-۳-۱-۱-۲
۳۵	..... درمان های ترکیبی ۵-۳-۱-۱-۲
۳۷	..... مبانی نظری فراشناخت ۲-۱-۲
۳۹	..... اصول درمان فراشناختی ۳-۱-۲
۴۰	..... دانش فراشناختی ۱-۳-۱-۲
۴۱	..... تجربه های فراشناختی ۲-۳-۱-۲
۴۱	..... راهبردهای کنترل فراشناختی ۳-۳-۱-۲
۴۲	..... هیجان، نظارت فراشناختی و کنترل ۴-۳-۱-۲
۴۴	..... مدل کنش اجرایی خود-نظم بخش ۵-۳-۱-۲
۴۷	..... فراشناخت و نگرانی مرضی ۴-۱-۲
۴۹	..... مبانی پژوهشی ۲-۲
۴۹	..... تعیین باورهای فراشناختی درگیر در اختلالات هیجانی ۱-۲-۲
۵۲	..... مقایسه اثربخشی درمان های غیر فراشناختی ۲-۲-۲
۵۵	..... اثربخشی درمان فراشناختی در اختلالات هیجانی ۳-۲-۲
۶۰	..... فرضیه ها و سؤالات پژوهش ۳-۲

## فصل سوم: روش تحقیق

۱-۳-جامعه آماری	۶۱
۲-۳-نمونه و روش نمونه گیری	۶۱
۳-۳-طرح تحقیق	۶۲
۴-۳-ابزار پژوهش	۶۲
۱-۴-۳-پرسشنامه فراشناخت -۳۰	۶۲
۱-۱-۴-۳-ویژگی های روان سنجی پرسشنامه فراشناخت -۳۰	۶۳
۲-۴-۳-پرسشنامه هراس اجتماعی	۶۳
۱-۲-۴-۳-ویژگی های روان سنجی پرسشنامه هراس اجتماعی	۶۴
۳-۴-۳-پرسشنامه مهارت های ارتباطی	۶۴
۱-۳-۴-۳-ویژگی های روان سنجی پرسشنامه مهارت های ارتباطی	۶۵
۴-۴-۳-مقیاس اجتناب اجتماعی و آشفتگی	۶۵
۱-۴-۴-۳-ویژگی های روان سنجی مقیاس اجتناب اجتماعی و آشفتگی	۶۶
۵-۴-۳-مقیاس ترس از ارزیابی منفی	۶۶
۱-۵-۴-۳-ویژگی های روان سنجی مقیاس ترس از ارزیابی منفی	۶۶
۶-۴-۳-پرسشنامه حساسیت جسمانی	۶۷
۱-۶-۴-۳-ویژگی های روان سنجی پرسشنامه حساسیت جسمانی	۶۷
۷-۴-۳-پرسشنامه فراشناخت هراس اجتماعی	۶۸
۱-۷-۴-۳-ویژگی های روان سنجی پرسشنامه فراشناخت هراس اجتماعی	۶۸
۸-۴-۳-درمان و مراحل آن	۶۹
۵-۳-شیوه اجرای پژوهش	۷۴
۶-۳-روش های آماری جهت بررسی فرضیه ها	۷۴

## فصل چهارم: ارائه نتایج و تحلیل یافته ها

۱-۴-مقدمه	۷۶
۲-۴-ویژگی های روان سنجی پرسشنامه فراشناخت هراس اجتماعی	۷۶
۱-۲-۴-ویژگی های جمعیت شناختی گروه نمونه	۷۶
۲-۲-۴-روایی پرسشنامه فراشناخت هراس اجتماعی	۷۷

۷۷	۱-۲-۲-۴- تحلیل عوامل پرسشنامه فراشناخت هراس اجتماعی
۷۹	۲-۲-۲-۴- روایی همزمان پرسشنامه فراشناخت هراس اجتماعی
۸۱	۳-۲-۲-۴- همبستگی خرده مقیاس‌ها با یکدیگر و با کل آزمون
۸۱	۳-۲-۴- پایایی پرسشنامه فراشناخت هراس اجتماعی
۸۱	۱-۳-۲-۴- ضریب همسانی درونی
۸۲	۲-۳-۲-۴- پایایی بازآزمایی مقیاس فراشناخت هراس اجتماعی
۸۲	۳-۴- بررسی نتایج حاصل از درمان، به صورت فردی
۸۳	۱-۳-۴- شرکت‌کننده اول
۸۳	۱-۱-۳-۴- گزارش مورد
۸۴	۲-۱-۳-۴- نتایج حاصل از درمان مراجع اول
۸۴	۱-۲-۱-۳-۴- تحلیل نگاره‌ای
۸۶	۲-۲-۱-۳-۴- تعیین درصد بهبودی
۸۷	۲-۳-۴- شرکت‌کننده دوم
۸۷	۱-۲-۳-۴- گزارش مورد
۸۹	۲-۲-۳-۴- نتایج حاصل از درمان مراجع دوم
۸۹	۱-۲-۲-۳-۴- تحلیل نگاره‌ای
۹۰	۲-۲-۲-۳-۴- تعیین درصد بهبودی
۹۱	۳-۳-۴- شرکت‌کننده سوم
۹۱	۱-۳-۳-۴- گزارش مورد
۹۳	۲-۳-۳-۴- نتایج حاصل از درمان مراجع سوم
۹۳	۱-۲-۳-۳-۴- تحلیل نگاره‌ای
۹۴	۲-۲-۳-۳-۴- تعیین درصد بهبودی
۹۵	۴-۳-۴- شرکت‌کننده چهارم
۹۵	۱-۴-۳-۴- گزارش مورد
۹۷	۲-۴-۳-۴- نتایج حاصل از درمان مراجع چهارم
۹۷	۱-۲-۴-۳-۴- تحلیل نگاره‌ای
۹۸	۲-۲-۴-۳-۴- تعیین درصد بهبودی
۹۹	۵-۳-۴- شرکت‌کننده پنجم
۹۹	۱-۵-۳-۴- گزارش مورد

۱۰۱	۴-۳-۵-۲- نتایج حاصل از درمان مراجع پنجم.....	۱۰۱
۱۰۱	۴-۳-۵-۲-۱- تحلیل نگاره‌ای .....	۱۰۱
۱۰۲	۴-۳-۵-۲-۲- تعیین درصد بهبودی.....	۱۰۲
۱۰۳	۴-۳-۶- شرکت‌کننده ششم .....	۱۰۳
۱۰۳	۴-۳-۶-۱- گزارش مورد .....	۱۰۳
۱۰۵	۴-۳-۶-۲- نتایج حاصل از درمان مراجع ششم.....	۱۰۵
۱۰۵	۴-۳-۶-۲-۱- تحلیل نگاره‌ای .....	۱۰۵
۱۰۶	۴-۳-۶-۲-۲- تعیین درصد بهبودی.....	۱۰۶
۱۰۷	۴-۴- نتایج به دست آمده از درمان شرکت‌کنندگان به صورت کلی .....	۱۰۷

### فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱۱۶	۵-۱- بحث در مورد یافته‌ها .....	۱۱۶
۱۱۶	۵-۱-۱- بحث در مورد اولین یافته .....	۱۱۶
۱۱۷	۵-۱-۲- بحث در مورد دومین یافته .....	۱۱۷
۱۱۸	۵-۱-۳- بحث در مورد سومین یافته .....	۱۱۸
۱۲۰	۵-۱-۴- بحث در مورد چهارمین یافته .....	۱۲۰
۱۲۱	۵-۱-۵- بحث در مورد پنجمین یافته .....	۱۲۱
۱۲۲	۵-۱-۶- بحث در مورد ششمین یافته .....	۱۲۲
۱۲۳	۵-۱-۷- بحث در مورد یافته‌های حاصل از بررسی پرسشنامه فراشناخت هراس اجتماعی .....	۱۲۳
۱۲۴	۵-۲- دلالت‌های ضمنی .....	۱۲۴
۱۲۵	۵-۳- پیشنهادها.....	۱۲۵
۱۲۵	۵-۴- محدودیت‌ها .....	۱۲۵

### منابع

### پیوست‌ها

## فهرست جدول‌ها

عنوان و شماره	صفحه
جدول شماره ۴-۱: فراوانی افراد و میانگین و انحراف معیار نمرات گروه‌های نمونه پژوهش در مقیاس فراشناخت هراس اجتماعی، بر اساس جنسیت	۷۷
جدول شماره ۴-۲: عامل‌های مقیاس فراشناخت هراس اجتماعی و وزن‌های عاملی مربوط به هر ماده	۷۷
جدول شماره ۴-۳: ضرایب همبستگی پیرسون بین نمرات مقیاس فراشناخت هراس اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن و مقیاس‌های هراس اجتماعی، فراشناخت-۳۰ و ترس از ارزیابی منفی، جهت بررسی روایی همزمان	۷۹
جدول شماره ۴-۴: ضرایب همبستگی پیرسون بین نمرات مقیاس فراشناخت هراس اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن و پرسشنامه فراشناخت-۳۰ و خرده مقیاس‌های آن، جهت بررسی روایی همزمان	۸۰
جدول شماره ۴-۵: ضرایب همبستگی خرده مقیاس‌های مقیاس فراشناخت هراس اجتماعی با یکدیگر و با کل مقیاس	۸۱
جدول شماره ۴-۶: ضرایب همسانی درونی کل مقیاس فراشناخت هراس اجتماعی و خرده مقیاس‌های آن	۸۲
جدول شماره ۴-۷: درصد بهبودی برای مراجع اول در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی	۸۷
جدول شماره ۴-۸: درصد بهبودی برای مراجع دوم در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی	۹۱
جدول شماره ۴-۹: درصد بهبودی برای مراجع سوم در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی	۹۵
جدول شماره ۴-۱۰: درصد بهبودی برای مراجع چهارم در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی	۹۹
جدول شماره ۴-۱۱: درصد بهبودی برای مراجع پنجم در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی	۱۰۳
جدول شماره ۴-۱۲: درصد بهبودی برای مراجع ششم در هر کدام از مقیاس‌های مورد بررسی	۱۰۷
جدول شماره ۴-۱۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات مقیاس‌های مورد بررسی در مراحل خط پایه، پس از درمان و پیگیری	۱۰۸
جدول شماره ۴-۱۴: نتایج تحلیل واریانس تکرار سنجش برای علائم اختلال هراس اجتماعی	۱۰۸
جدول شماره ۴-۱۵: مقایسه‌های جفتی متغیر علائم اختلال هراس اجتماعی در طول پژوهش	۱۰۹

جدول شماره ۴-۱۶: نتایج تحلیل واریانس تکرار سنجش برای باورهای فراشناختی منفی.....	۱۱۰
جدول شماره ۴-۱۷: مقایسه‌های جفتی متغیر باورهای فراشناختی منفی در طول پژوهش ....	۱۱۰
جدول شماره ۴-۱۸: نتایج تحلیل واریانس تکرار سنجش برای شدت ترس از ارزیابی منفی	
توسط دیگران .....	۱۱۱
جدول شماره ۴-۱۹: مقایسه‌های جفتی متغیر شدت ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران در	
طول پژوهش .....	۱۱۱
جدول شماره ۴-۲۰: نتایج تحلیل واریانس تکرار سنجش برای میزان اجتناب و آشفتگی	
اجتماعی .....	۱۱۲
جدول شماره ۴-۲۱: مقایسه‌های جفتی متغیر عامل میزان اجتناب و آشفتگی اجتماعی در	
طول پژوهش .....	۱۱۳
جدول شماره ۴-۲۲: نتایج تحلیل واریانس تکرار سنجش برای عامل میزان حساسیت جسمانی	۱۱۳
جدول شماره ۴-۲۳: مقایسه‌های جفتی متغیر عامل میزان حساسیت جسمانی در طول	
پژوهش .....	۱۱۴
جدول شماره ۴-۲۴: درصد بهبودی در مورد همه مقیاس‌ها بر اساس میانگین نمرات مجموع	
بیماران .....	۱۱۵

## فهرست شکل‌ها

عنوان و شماره	صفحه
شکل شماره ۱-۱: مدل شناختی هراس اجتماعی	۲۱
شکل شماره ۲-۱: مدل راپی و همبرگ	۲۳
شکل شماره ۳-۱: مدل کنش اجرایی خود-نظم‌بخش	۴۷
شکل شماره ۱-۴: نمرات پیش از درمان، پس از درمان و پیگیری مراجع اول در مقیاس‌های هراس اجتماعی کانور و فراشناخت هراس اجتماعی	۸۵
شکل شماره ۲-۴: نمرات خط پایه، درمان و پیگیری مراجع اول در مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و آشفتگی اجتماعی و حساسیت جسمانی	۸۶
شکل شماره ۳-۴: نمرات پیش از درمان، پس از درمان و پیگیری مراجع دوم در مقیاس‌های هراس اجتماعی کانور و فراشناخت هراس اجتماعی	۸۹
شکل شماره ۴-۴: نمرات خط پایه، درمان و پیگیری مراجع دوم در مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و آشفتگی اجتماعی و حساسیت جسمانی	۹۰
شکل شماره ۴-۵: نمرات پیش از درمان، پس از درمان و پیگیری مراجع سوم در مقیاس‌های هراس اجتماعی کانور و فراشناخت هراس اجتماعی	۹۳
شکل شماره ۴-۶: نمرات خط پایه، درمان و پیگیری مراجع سوم در مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و آشفتگی اجتماعی و حساسیت جسمانی	۹۴
شکل شماره ۴-۷: نمرات پیش از درمان، پس از درمان و پیگیری مراجع چهارم در مقیاس‌های هراس اجتماعی کانور و فراشناخت هراس اجتماعی	۹۷
شکل شماره ۴-۸: نمرات خط پایه، درمان و پیگیری مراجع چهارم در مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و آشفتگی اجتماعی و حساسیت جسمانی	۹۸
شکل شماره ۴-۹: نمرات پیش از درمان، پس از درمان و پیگیری مراجع پنجم در مقیاس‌های هراس اجتماعی کانور و فراشناخت هراس اجتماعی	۱۰۱
شکل شماره ۴-۱۰: نمرات خط پایه، درمان و پیگیری مراجع پنجم در مقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی، اجتناب و آشفتگی اجتماعی و حساسیت جسمانی	۱۰۲

- شکل شماره ۴-۱۱: نمرات پیش از درمان، پس از درمان و پیگیری مراجع ششم در  
مقیاس‌های هراس اجتماعی کانور و فراشناخت هراس اجتماعی ..... ۱۰۵
- شکل شماره ۴-۱۲: نمرات خط پایه، درمان و پیگیری مراجع ششم در مقیاس‌های ترس از  
ارزیابی منفی، اجتناب و آشفتگی اجتماعی و حساسیت جسمانی ..... ۱۰۶



## ۱- کلیات

### ۱-۱- مقدمه

هراس اجتماعی<sup>۱</sup>، که تحت عنوان اضطراب اجتماعی<sup>۲</sup> 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 است. اوج شروع این اختلال در دهه دوم عمر است (راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی، چاپ چهارم، تجدید نظر شده<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰).

هراس اجتماعی، چهارمین اختلال شایع روانپزشکی در آمریکا بعد از افسردگی عمده، سوء مصرف مواد و الکل و فوبی‌های خاص است (کسلر<sup>۴</sup>، برگلند<sup>۵</sup>، دملر<sup>۶</sup>، اولگا<sup>۷</sup>، مریکانگاس<sup>۸</sup> و والترز<sup>۹</sup>، ۲۰۰۵) و سیر آن بدون درمان معمولاً مزمن بوده و منجر به آسیب عملکردی قابل ملاحظه می‌شود (کاتزنلیک<sup>۱۰</sup>، کوباک<sup>۱۱</sup> و دلیر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۱).

بر اساس مطالعات همه‌گیرشناسی، کمتر از ۱۵ درصد از این بیماران در پی درمان بر می‌آیند (مگی و دیگران<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۶؛ به نقل از تویت<sup>۱۴</sup> و استاین<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۲).

در میانه دهه ۸۰ از اختلال اضطراب اجتماعی با عنوان اختلال اضطراب غفلت شده یاد

---

<sup>1</sup>- Social phobia  
<sup>2</sup>- Social Anxiety  
<sup>3</sup>- DSM-IV-TR  
<sup>4</sup>- Kessler  
<sup>5</sup>- Berglund  
<sup>6</sup>- Demler  
<sup>7</sup>- Olga  
<sup>8</sup>- Merikangas  
<sup>9</sup>- Walters  
<sup>10</sup>- Katzelnick  
<sup>11</sup>- Kobak  
<sup>12</sup>- Deleire  
<sup>13</sup>- Magee et al  
<sup>14</sup>- Toit  
<sup>15</sup>- Stein

کردند (لیبویتز<sup>۱</sup>، گورمن<sup>۲</sup>، فایر<sup>۳</sup> و کلاین<sup>۴</sup>، ۱۹۸۵). پژوهش‌هایی که تاکنون انجام شده، هنوز نتوانسته‌اند تمایز روشنی بین محتوای فکر، پاسخ‌های فیزیولوژیکی یا الگوهای رفتاری افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و افرادی که صرفاً نمره بالا در مقیاس کمرویی می‌گیرند، پیدا کنند.

اخیراً توجه زیادی به انواع فرعی این اختلال شده است و دو زیر مجموعه فراگیر<sup>۵</sup> و خاص<sup>۶</sup> را تفکیک نموده‌اند. در نوع فراگیر، فرد در اکثر موقعیت‌های اجتماعی دچار اضطراب می‌شود اما در نوع خاص، فقط در موقعیت‌های ویژه‌ای دچار ترس می‌شود (DSM-IV-TR، ۲۰۰۰). طبق نتایج به دست آمده از برخی پژوهش‌ها، تفاوت‌هایی بین این دو نوع اختلال وجود دارد. برای مثال، بیماران مبتلا به نوع فراگیر نسبت به بیماران با نوع خاص، در مجموع، سواد کمتری داشتند، بیکارتر بودند و کمتر ازدواج کرده بودند (مانوزا و دیگران<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵؛ به نقل از تویت و استاین، ۲۰۰۲).

بر خلاف آنچه تصور می‌شود، تحقیقات مختلف نشان داده‌اند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی، علیرغم پایین‌تر بودن سطح کلی ارتباطاتشان نسبت به افراد بهنجار، تفاوتی در مهارت‌های ویژه ارتباطی، با آن‌ها ندارند (کلارک<sup>۸</sup> و همکاران، ۱۹۷۵؛ رایپی<sup>۹</sup> و لیم<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۲؛ و رایپی، ۱۹۹۵؛ به نقل از تویت و استاین، ۲۰۰۲).

در مطالعات همه‌گیرشناسی نسبت زن‌ها بیشتر گزارش شده و در جمعیت بالینی این آمار به نفع مردان بوده است. سن شروع این اختلال اوایل و میانه دهه دوم زندگی (اغلب قبل از ۱۸ سالگی) است. معمولاً زیرگونه فراگیر شروع زودتری دارد. شروع در بزرگسالی نادر است و عمدتاً ثانوی به اختلال‌هایی مثل اختلال پانیک یا اختلال افسردگی است (بلانکو<sup>۱۱</sup>، گارسیا<sup>۱۲</sup> و لیبویتز، ۲۰۰۴).

این اختلال همایندی مرضی بالایی با سایر اختلال‌های اضطرابی، اختلال‌های خلقی و اختلال‌های وابسته به مواد دارد. پژوهش‌ها نشان داده است که ۸۱ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اختلال دیگری نیز داشته‌اند (دن بوئر<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۰). هنوز الگوی مشخصی در همایندی مرضی این اختلال با اختلال‌های خلقی یا اضطرابی کشف نشده است؛

---

<sup>1</sup>- Liebowitz

<sup>2</sup>- Gorman

<sup>3</sup>- Fyer

<sup>4</sup>- Klein

<sup>5</sup>- generalized

<sup>6</sup>- specific

<sup>7</sup>- Mannuzza et al

<sup>8</sup>- Clark

<sup>9</sup>- Rapee

<sup>10</sup>- Lim

<sup>11</sup>- Blanco

<sup>12</sup>- Garcia

<sup>13</sup>-Den Boer

ولی عمدتاً، این اختلال اضطراب اجتماعی است که مقدم بر سایر اختلال‌هاست. این مسأله صرفاً می‌تواند ناشی از سن شروع پایین این اختلال باشد؛ اما این موضوع نیازمند مطالعات بیشتر است (راپی و اسپنس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

راپی و اسپنس (۲۰۰۴) معتقدند مطالعه در خصوص ثبات و اختصاصی بودن این اختلال به دلیل روایی ابزارهای مطالعه و تفاوت‌های رشدی در بروز و ظهور اختلال چندان موفقیت‌آمیز نبوده است و به طور کلی این میزان، متوسط برآورد شده است.

اختلال هراس اجتماعی در نوجوانی پیش‌بینی کننده سایر اختلال‌های اضطرابی، خلقی یا سوء مصرف مواد است. میزان بهبودی برای اختلال اضطراب اجتماعی بدون درمان پایین است و در صورت وجود اختلال شخصیت (عمدتاً اختلال شخصیت اجتنابی) و اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر این میزان کمتر خواهد بود (کوئلهو<sup>۲</sup>، کوپر<sup>۳</sup> و مورای<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

فرآیندهای شناختی متنوعی در تداوم این اختلال، شناسایی شده است و بر این اساس، چندین مدل شناختی به منظور تبیین این فرآیندهای شناختی طراحی شده‌اند (مثل: مدل بک<sup>۵</sup>، امری<sup>۶</sup> و گرینبرگ<sup>۷</sup>، ۱۹۸۵؛ هارتمن<sup>۸</sup>، ۱۹۸۳؛ لری<sup>۹</sup>، ۱۹۸۳؛ کلارک و ولز<sup>۱۰</sup>، ۱۹۹۵؛ همبرگ<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۷؛ ملینگز<sup>۱۲</sup> و آلدن، ۲۰۰۰؛ به نقل از راپی و اسپنس، ۲۰۰۴). این مدل‌ها، پردازش‌های شناختی سوگیرانه‌ای<sup>۱۳</sup> را که در تداوم اختلال سهیم‌اند معرفی می‌کنند. آن‌ها در مجموع پیشنهاد می‌کنند که پیش‌بینی موقعیت اجتماعی و یا خود موقعیت، فرض‌هایی را در افراد با هراس اجتماعی، فعال می‌سازد (کلارک و مک مانوس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۲).

راپی و اسپنس (۲۰۰۴) معتقدند با وجود گام‌های بزرگی که در فهم عوامل نگهدارنده این اختلال و درمان آن برداشته شده است، هنوز راه زیادی تا فهم این‌که چرا فردی مبتلا به اختلال اضطرابی می‌شود در پیش است.

اخیراً با مطرح کردن بحث فراشناخت<sup>۱۵</sup> توسط ولز در حیطه اختلالات روانی، توجهات زیادی به این موضوع جلب شده است. فرآیندهای فراشناختی، یکی از ویژگی‌های شناخت‌اند که می‌توانند کاربرد ویژه‌ای در فهم مکانیسم‌های درگیر در هراس اجتماعی داشته باشند.

1- Spence

2- Coelho

3- Cooper

4- Murray

5- Beck

6- Emery

7- Greenberg

8- Hartman

9- Leary

10- Wells

11- Heimberg

12- Mellings

13- biased cognitive processing

14- McManus

15- Metacognition

اصطلاح فراشناخت به فرآیندهای شناختی اطلاق می‌شود که در نظارت<sup>۱</sup> و کنترل جنبه‌های شناخت نقش دارند (فلاول<sup>۲</sup>، ۱۹۷۹؛ به نقل از ولز، ۲۰۰۰). بنابراین، فراشناخت جنبه‌ای از سیستم پردازش اطلاعات است که کار نظارت، تفسیر و ارزیابی محتوا و فرآیندهای خود-سازمان‌دهنده<sup>۳</sup> سیستم پردازش اطلاعات<sup>۴</sup> را بر عهده دارد (ولز، ۲۰۰۰).

ولز (۱۹۹۵؛ به نقل از ولز، ۲۰۰۳) ابتدا یک مدل فراشناختی برای اختلال اضطراب فراگیر طراحی کرد و سپس به کمک آن به تبیین برخی دیگر از اختلالات اضطرابی مثل اختلال وسواسی-جبری، استرس پس از سانحه و هراس اجتماعی پرداخت. دانش فراشناختی و فرآیندهای آن می‌توانند نقش اساسی در فهم ایجاد و تداوم هراس اجتماعی داشته باشد.

بنابراین، می‌توان به درمان اختلالات هیجانی، با تمرکز بر باورهای فراشناختی و شیوه‌های ناکارآمد پردازش اطلاعات درگیر در آن‌ها امیدوار بود؛ روش درمانی که در عین سادگی و کوتاه مدت بودن، اثربخشی قابل ملاحظه‌ای نیز داشته باشد.

## ۱-۲- بیان مسأله

تحقیقات در زمینه اختلال هراس اجتماعی به دنبال روشن‌تر نمودن علل شکل‌گیری و تداوم آن بوده‌اند تا با توجه به آن‌ها بتوانند راهکارهای درمانی مؤثرتری ارائه دهند. پس از تبیین رفتاری و شناختی این اختلال، اخیراً علاقه زیادی به تبیین فراشناختی آن، در کنار سایر اختلالات اضطرابی و خلقی جلب شده است. هنوز تحقیقات در زمینه تعیین باورهای فراشناختی درگیر در اختلالات هیجانی، بسیار اندک و انگشت شمارند و همچنین پژوهش‌های بسیار کمی در زمینه تعیین اثربخشی درمان فراشناختی در مورد این اختلال صورت گرفته است. اگر چه تمرکز اساسی درمان اختلال هراس اجتماعی، در حال حاضر شناختی-رفتاری است و نتایج نسبتاً موفقیت آمیزی نیز نشان داده است، اما سه موضوع مهم هنوز وجود دارد: اول، طولانی بودن مدت درمان؛ دوم، نیاز داشتن به تخصص بالا برای به کارگیری آن؛ و سوم، اثربخشی کمتر از حد انتظار (کلارک، ۱۳۸۵). بنابراین، برای این که یک روش درمان به طور وسیع‌تری قابل استفاده باشد، لازم است مداخله‌های درمانی در عین کوتاه مدت بودن، ساده‌تر و کمتر آزار دهنده باشند و در عین حال نیازمند تخصص بسیار بالایی نباشند (کیلیس<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱؛ به نقل از ولز، ۲۰۰۳). یک روند رو به رشد در ابداع مداخلات جدید این است که مدل درمانی،

<sup>۱</sup> - monitoring

<sup>۲</sup> - Flavel

<sup>۳</sup> - self-organizer

<sup>۴</sup> - information processing system

<sup>۵</sup> - Kilic