

ش
الكرمين
الكرمين



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

گروه روان شناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روان شناسی عمومی

**اثر بخشی مداخله فراشناختی بر علائم بیماری و باورهای فراشناختی در بیماران
مبتلا به اختلال هراس اجتماعی**

استاد راهنما:

دکتر مهرداد کلانتری

استاد مشاور:

دکتر حسین مولوی

پژوهشگر:

محمد حسین بهادری

اسفند ماه ۱۳۸۹

کلیه حقوق مادی مترتب بر نتایج مطالعات، ابتکارات و
نوآوری‌های ناشی از تحقیق موضوع این پایان نامه متعلق
به دانشگاه اصفهان است.



دانشگاه اصفهان

دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

گروه روان شناسی

پایان نامه‌ی کارشناسی ارشد رشته‌ی روانشناسی گرایش عمومی

محمد حسین بهادری

تحت عنوان

اثربخشی مداخله فراشناختی بر علائم بیماری و باورهای فراشناختی در بیماران

مبتلا به اختلال هراس اجتماعی

در تاریخ ۸۹/۱۲/۳ توسط هیأت داوران زیر بررسی و با نمره ۲۰ و درجه عالی به تصویب نهایی رسید.

امضا

دکتر مهرداد کلانتری با مرتبه‌ی علمی دانشیار

۱- استاد راهنمای پایان نامه

امضا

دکتر حسین مولوی با مرتبه‌ی علمی استاد

۲- استاد مشاور پایان نامه

امضا

دکتر حمید رضا نشاط دوست با مرتبه‌ی علمی استاد

۳- استاد داور داخل گروه

امضا

دکتر فاطمه بهرامی با مرتبه‌ی علمی دانشیار

۴- استاد داور خارج از گروه

امضای مدیر گروه



«ش و پاس راور حال را ن تسلای ارزانی دات ش ا آن ندم»

ا پاس و رودان و درازا تادان مرم را ماو شاور و د ن آب آیان دمر داد کلامری و دمر ن

ووی ترا مای سی ضلا و د ا رون و کارش ان پیمان ا ازی دارم.

ن از غ و ورا مای سی ن خا تادار ن د ن آب آیی دمر د رضاعاری ل و رودان را دارم و

آرزوی سلا و ووق ای ان ان و مام.

و رودان از دو تان م آیان

مدی ر و

کام رل

و یار بانی اد

پاس مرم و اساسی نشان از که . اندر و از و د زگان

پاس ها . مرشاد و مای امیدش و و دشان ان مردن روزگار ان مرن ن ا ت

پاس ق می نشان یادرس ات و مردان و س نشان جات و اید

و پاس ت می و نشان و ش و اند

ان و را روما م قدم و ام

و قدم . م

چکیده

اختلال هراس اجتماعی نوعی اختلال اضطرابی است که به عنوان ترس شدید و مزمن از موقعیت‌هایی که باعث تحقیر و خجالت‌زدگی می‌شود، توصیف شده است. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی مداخله فراشناختی، بر علائم هراس اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی انجام شد. این پژوهش به روش کار آزمایشی بالینی کنترل شده انجام شده، از میان مراجعین به کلینیک‌های مشاوره در شهر شیراز که مبتلا به اختلال هراس اجتماعی بودند، ۱۹ نفر به عنوان نمونه انتخاب گردیدند و در دو گروه گواه و تجربی به روش گمارش تصادفی جایگزین شدند. پس از اجرای پیش‌آزمون که با استفاده از پرسشنامه سنجش علائم هراس اجتماعی، مقیاس سنجش علائم ترس از ارزیابی منفی و پرسشنامه فراشناخت به عمل آمد، گروه تجربی طی ۸ جلسه هفتگی درمان فراشناختی قرار گرفت و گروه گواه نیز در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از آزمون و پی‌گیری (دو ماهه) با همان ابزار انجام گرفت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش علائم هراس اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تاثیر معناداری دارد. میزان بهبودی در پس‌آزمون ۵۸ درصد و در پی‌گیری دو ماهه ۶۴ درصد بود ($P < 0/001$). میزان بهبودی برای علائم ترس از ارزیابی منفی در گروه آزمایشی نسبت به گروه گواه در پس‌آزمون معادل ۷۱ درصد و در دو ماهه پی‌گیری معادل ۶۴ درصد بود ($P < 0/001$)، که نشان از امید بخش بودن نتایج درمان می‌باشد. این مداخله بر ارتقای مهارت‌های انطباقی کارآمد و انعطاف‌پذیری از طریق فرایندهای فراشناختی و تاثیر آن در کاهش علائم هراس اجتماعی در بیماران مبتلا به اختلال هراس اجتماعی تاکید می‌نماید.

کلید واژه‌ها: اختلالات اضطرابی، اختلال هراس اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی، درمان فراشناختی.

فهرست مطالب

صفحه

عنوان

فصل اول: بیان مسئله پژوهش

۱-۱-۱-۱	مقدمه	۱
۲-۱-۲-۱	شرح و بیان مسئله پژوهشی	۲
۳-۱-۳-۱	اهمیت و ضرورت پژوهش	۵
۴-۱-۴-۱	کاربرد نتایج	۷
۵-۱-۵-۱	اهداف پژوهش	۷
۶-۱-۶-۱	فرضیات تحقیق	۸
۷-۱-۷-۱	تعریف اصطلاحات	۹
۷-۱-۱-۷-۱	تعاریف مفهومی	۹
۷-۱-۲-۷-۱	تعاریف عملیاتی	۱۰

فصل دوم: پیشینه‌ی پژوهش

۱-۲-۱-۲	مقدمه	۱۲
۲-۲-۲-۲	هراس اجتماعی	۱۳
۲-۲-۱-۲-۲	تعریف	۱۳
۲-۲-۲-۲	تاریخچه	۱۴
۳-۲-۲-۲	همه گیر شناسی	۱۵
۴-۲-۲-۲	معیارهای تشخیصی DSM – IV – TR در مورد اختلال هراس اجتماعی	۱۷
۵-۲-۲-۲	تشخیص	۱۸
۶-۲-۲-۲	انواع مختلف هراس اجتماعی	۱۹
۷-۲-۲-۲	خصایص بالینی	۲۱
۱-۷-۲-۲-۲	جنبه‌های شناختی	۲۱
۲-۷-۲-۲-۲	جنبه‌های رفتاری	۲۲
۳-۷-۲-۲-۲	جنبه‌های فیزیولوژیکی	۲۳
۸-۲-۲-۲	موقعیت‌های هراس آور	۲۳
۱-۸-۲-۲-۲	کار کردن به هنگام نظاره‌گر بودن دیگران	۲۳
۲-۸-۲-۲-۲	غذا خوردن در جمع	۲۴

۲۴	.....خرید کردن-۳-۸-۲-۲
۲۴	.....تعاملات با افراد صاحب قدرت-۴-۸-۲-۲
۲۴	.....مکالمات تلفنی-۵-۸-۲-۲
۲۵	.....ترس از صحبت کردن در حضور جمع-۶-۸-۲-۲
۲۶	.....آسیب‌های ناشی از اختلال هراس اجتماعی-۹-۲-۲
۲۸	.....پردازش اطلاعات در هراس اجتماعی-۱۰-۲-۲
۲۹	.....سبب شناسی-۱۱-۲-۲
۲۹	.....تبیین‌های روان تحلیل‌گری-۱-۱۱-۲-۲
۳۰	.....تبیین‌های رفتاری-۲-۱۱-۲-۲
۳۱	.....تبیین‌های شناختی-۳-۱۱-۲-۲
۳۳	.....عوامل مربوط به خلق و خو-۴-۱۱-۲-۲
۳۳	.....عوامل خانوادگی-۵-۱۱-۲-۲
۳۳	.....ترتیب تولد-۶-۱۱-۲-۲
۳۴	.....رویکردهای زیستی - دارویی-۷-۱۱-۲-۲
۳۴	.....عوامل ژنتیکی-۱-۷-۱۱-۲-۲
۳۴	.....عوامل عصب - شیمیایی-۲-۷-۱۱-۲-۲
۳۵	.....مطالعات پرتونگاری-۳-۷-۱۱-۲-۲
۳۶	.....دیدگاه چند عاملی-۸-۱۱-۲-۲
۳۶	.....راهبردهای درمانی هراس اجتماعی-۱۲-۲-۲
۳۷	.....دارو درمانی-۱-۱۲-۲-۲
۳۷	.....روان درمانی مبتنی بر بینش و سایر درمان‌های روان تحلیل‌گری-۲-۱۲-۲-۲
۳۸	.....رفتار درمانی-۳-۱۲-۲-۲
۳۸	.....مواجهه درمانی-۱-۳-۱۲-۲-۲
۳۸	.....آموزش مهارت‌های اجتماعی-۲-۳-۱۲-۲-۲
۳۹	.....آرام سازی کاربردی-۳-۳-۱۲-۲-۲
۴۰	.....درمان‌های شناختی-۴-۱۲-۲-۲
۴۰	.....درمان شناختی کلارک و همکاران-۱-۴-۱۲-۲-۲
۴۱	.....درمان‌های شناختی - رفتاری-۲-۴-۱۲-۲-۲

عنوان	صفحه
۲-۲-۱۲-۳-۴- گروه درمانی شناختی - رفتاری.....	۴۲
۲-۲-۱۲-۴-۴- درمان عقلی - هیجانی الیس.....	۴۳
۲-۲-۱۲-۴-۵- خود آموزش دهی	۴۳
۲-۳-۳- فراشناخت و درمان فراشناختی	۴۴
۲-۳-۱- توصیف	۴۴
۲-۳-۲- رشد و تحول توانایی‌های فراشناخت	۴۷
۲-۳-۳- تحول فراشناخت	۴۹
۲-۳-۳-۱- دانش نسبت به خود به عنوان پردازشگر شناختی.....	۴۹
۲-۳-۳-۲- دانش نسبت به راهبردها.....	۵۱
۲-۳-۳-۳- دانش نسبت به تکلیف مورد نظر	۵۱
۲-۳-۴- انواع فراشناخت	۵۲
۲-۳-۴-۱- دانش و باورهای فراشناختی	۵۳
۲-۳-۴-۲- تجربه‌های فراشناختی	۵۶
۲-۳-۴-۳- راهبردهای کنترل فراشناختی.....	۵۷
۲-۳-۵- هیجان، نظارت فراشناختی و کنترل	۶۰
۲-۳-۶- سطح فرا و سطح عینی	۶۳
۲-۳-۷- مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF)	۶۶
۲-۳-۷-۱- سطوح مختلف مدل (S-REF)	۶۶
۲-۳-۷-۲- تغییر باور؛ مقابله و شیوه‌های روانی.....	۶۸
۲-۴- تبیین احتمالی اختلال هراس اجتماعی بر اساس دیدگاه فراشناخت.....	۶۹
۲-۵- مرور مطالعات در مورد مدل فراشناختی و اختلال هراس اجتماعی.....	۷۶
۲-۵-۱- مرور مطالعات خارجی	۷۶
۲-۵-۲- مرور مطالعات داخلی	۸۱
۲-۶- جمع بندی	۸۵
فصل سوم: روش پژوهش	
۳-۱- مقدمه.....	۸۷
۳-۲- روش پژوهش.....	۸۷
۳-۳- جامعه آماری	۸۸

عنوان	صفحه
۳-۳-۱- نمونه و نمونه‌گیری.....	۸۸
۳-۳-۲- ملاک‌های ورود.....	۸۸
۳-۳-۳- ملاک‌های خروج.....	۸۹
۳-۳-۴- متغیر مستقل.....	۸۹
۳-۳-۵- متغیرهای وابسته.....	۸۹
۳-۳-۶- متغیرهای کنترل.....	۸۹
۳-۴-۱- ابزار.....	۸۹
۳-۴-۱- پرسشنامه سنجش علایم هراس اجتماعی.....	۸۹
۳-۴-۲- مقیاس ترس از ارزیابی منفی.....	۹۰
۳-۴-۳- پرسشنامه فراشناخت.....	۹۰
۳-۴-۴- فرم جمعیت شناختی.....	۹۳
۳-۵- روش اجرا.....	۹۳
۳-۶- محتوای جلسات درمان.....	۹۴
۳-۷- ملاحظات اخلاقی.....	۹۵
۳-۸- روش آماری تجزیه و تحلیل داده‌ها.....	۹۶
فصل چهارم: یافته‌های پژوهش	
۴-۱- مقدمه.....	۹۷
۴-۲- بررسی توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی.....	۹۷
۴-۳- شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته.....	۱۰۱
۴-۴- آمار استنباطی و بررسی فرضیه‌ها.....	۱۰۶
۴-۴-۱- فرضیه نخست.....	۱۰۷
۴-۴-۲- فرضیه دوم.....	۱۰۸
۴-۴-۳- فرضیه سوم.....	۱۱۰
۴-۴-۴- فرضیه چهارم.....	۱۱۱
۴-۴-۵- فرضیه پنجم.....	۱۱۲
۴-۴-۶- فرضیه ششم.....	۱۱۳
۴-۴-۷- فرضیه هفتم.....	۱۱۴
۴-۴-۸- فرضیه هشتم.....	۱۱۵

عنوان	صفحه
۴-۵- یافته‌های کیفی پژوهش.....	۱۱۶
فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری	
۵-۱- مقدمه	۱۱۷
۵-۲- بحث در یافته‌های پژوهش	۱۱۸
۵-۳- دلایل و فرضیات احتمالی در تبیین اثر بخشی مداخله فراشناختی	۱۲۳
۵-۴- جمع بندی و نتیجه گیری	۱۲۶
۵-۵- محدودیت‌های پژوهش	۱۲۶
۵-۶- پیشنهادات	۱۲۷
۵-۶-۱- پیشنهادات کاربردی	۱۲۷
۵-۶-۲- پیشنهادات پژوهشی	۱۲۷
پیوست ۱: پروتکل درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماعی	۱۲۹
پیوست ۲: فرم جمعیت شناختی	۱۴۷
پیوست ۳: پرسشنامه سنجش علایم هراس اجتماعی	۱۴۸
پیوست ۴: مقیاس ترس از ارزیابی منفی	۱۵۰
پیوست ۵: پرسشنامه فراشناخت	۱۵۲
منابع و مأخذ	۱۵۸

فهرست شکل‌ها

عنوان	صفحه
شکل ۱-۲: برانگیزانهای موقعیتی «موقعیت سخنرانی».....	۲۶
شکل ۲-۲: نظریه عمومی طرح واره در اختلالات هیجانی.....	۶۲
شکل ۳-۲: سازوکار سطح فرا/ سطح عینی.....	۶۴
شکل ۴-۲: یک مدل فراشناختی اولیه، برای عواملی که در ماندگاری وسواس مشارکت می‌کنند.....	۶۵

فهرست جدول‌ها

عنوان	صفحه
جدول ۱-۲: ویژگی‌های شیوه عینی و شیوه فراشناختی در مدل S-REF.....	۶۸
جدول ۱-۳: طرح پیش آزمون و پس آزمون و پی‌گیری با گروه گواه.....	۸۸
جدول ۲-۳: کلید نمره گذاری آیتم های (MCQ).....	۹۱
جدول ۳-۳: ضریب همسانی (آلفای کرونباخ) MCQ و خرده مقیاس های آن در ایران.....	۹۲
جدول ۴-۳: ضرایب همبستگی پیرسون جهت بررسی روایی همزمان MCQ و PSWQ در ایران.....	۹۳
جدول ۵-۳: طرح درمان فراشناختی برای اختلال هراس اجتماعی.....	۹۵
جدول ۱-۴: میانگین، انحراف معیار نمرات متغیر توزیع سنی به تفکیک گروه‌های نمونه.....	۹۸
جدول ۲-۴: فراوانی و درصد توزیع متغیر جنسیت در دو گروه گواه و آزمایشی.....	۹۸
جدول ۳-۴: فراوانی و درصد توزیع متغیر تحصیلات در دو گروه گواه و آزمایشی.....	۹۹
جدول ۴-۴: فراوانی و درصد توزیع متغیر تحصیلات پدر در دو گروه گواه و آزمایشی.....	۹۹
جدول ۵-۴: فراوانی و درصد توزیع متغیر تحصیلات مادر در دو گروه گواه و آزمایشی.....	۱۰۰
جدول ۶-۴: فراوانی و درصد توزیع سابقه مصرف دارو در دو گروه گواه و آزمایشی.....	۱۰۰
جدول ۷-۴: فراوانی و درصد توزیع سابقه بیماری در دو گروه گواه و آزمایشی.....	۱۰۱
جدول ۸-۴: میانگین، انحراف معیار نمرات کل علائم اختلال هراس اجتماعی به تفکیک مراحل و گروه‌ها.....	۱۰۱
جدول ۹-۴: میانگین، انحراف معیار نمرات ترس از ارزیابی منفی در مبتلایان به هراس اجتماعی به تفکیک گروه‌ها.....	۱۰۲
جدول ۱۰-۴: میانگین، انحراف معیار نمرات باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی به تفکیک گروه‌ها.....	۱۰۲
جدول ۱۱-۴: میانگین، انحراف معیار نمرات باورهای فراشناختی منفی در مورد غیر قابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی به تفکیک گروه‌ها.....	۱۰۳
جدول ۱۲-۴: میانگین، انحراف معیار نمرات اعتماد شناختی پایین به تفکیک گروه‌ها.....	۱۰۳
جدول ۱۳-۴: میانگین، انحراف معیار نمرات باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار به تفکیک گروه‌ها.....	۱۰۴
جدول ۱۴-۴: میانگین، انحراف معیار نمرات خودآگاهی شناختی در مبتلایان به هراس اجتماعی به تفکیک گروه‌ها.....	۱۰۵

عنوان

صفحه

جدول ۴-۱۵: میانگین، انحراف معیار نمرات کل فراشناخت در مبتلایان به هراس اجتماعی به تفکیک گروه‌ها.....	۱۰۵
جدول ۴-۱۶: آزمون شاپیروویک در مورد پیش فرض نرمال بودن نمرات کلیه متغیرها در جامعه.....	۱۰۶
جدول ۴-۱۷: آزمون لوین جهت سنجش فرض برابری واریانس‌ها برای کلیه متغیرهای پژوهش.....	۱۰۷
جدول ۴-۱۸: تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم اختلال هراس اجتماعی دو گروه.....	۱۰۸
جدول ۴-۱۹: تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم ترس از ارزیابی منفی در دو گروه.....	۱۰۹
جدول ۴-۲۰: تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نمرات باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی دو گروه.....	۱۱۰
جدول ۴-۲۱: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان باورهای فراشناختی منفی در مورد غیر قابل کنترل و خطرناک بودن نگرانی دو گروه.....	۱۱۱
جدول ۴-۲۲: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم اعتماد شناختی پایین دو گروه.....	۱۱۲
جدول ۴-۲۳: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم باورهای فراشناختی منفی در مورد افکار دو گروه.....	۱۱۳
جدول ۴-۲۴: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم خودآگاهی شناختی دو گروه.....	۱۱۴
جدول ۴-۲۵: نتایج تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم نمره کلی فراشناخت دو گروه.....	۱۱۵

فصل اول

بیان مسئله پژوهش

۱-۱- مقدمه

در حدود ۵۰ هزار سال پیش شاید جای در آفریقا انسان‌های امروزی به دنیا آمدند. تحول در ژنوم آدمی منجر به تغییراتی در مغز وی شد که وی را قادر ساخت گونه و نسل جدیدی به دنیا بیاورد که ظرفیت ساختن ابزارهای مصنوعی برای گسترش زبان و فرهنگ و «احساس خود» داشته باشد. بعلاوه، این تغییرات منجر به توسعه نظام‌های اجتماعی پیچیده شد که نسل جدید توانایی استقلال و عدم وابستگی از شرایط محیطی را داشته باشد. برای حمایت از چنین نظام‌های اجتماعی، بشر انگیزه‌های سطح بالایی برای رقابت به منظور به دست آوردن تأیید و حمایت دیگران را در خود رشد داد (بارکو، ۱۹۸۹؛ گیلبرت، ۲۰۰۱). نسل ما نیاز دارد که دوست داشته شود، ارزش گذاری شود و به وسیله فراخواندن توجه والدین مورد تأیید دیگران قرار گیرد. حمایت گروه دوستان را بدست آورد و جفت مطلوب و مورد علاقه خود را جذب کند و به طور موفقی درگیر انواع روابط اجتماعی گردد (توبی و کاسماید، ۱۹۹۶). طرد از گروه اجتماعی، به طور منفی، یکی از متغیرهایی است که مرتبط با سلامت فرد است که بر روی احساس عزت نفس خود و تعلق اجتماعی فرد تأثیر منفی می‌گذارد. در نتیجه، انسان‌ها به طور طبیعی از ارزیابی منفی توسط همگنان‌شان می‌ترسند. اصطلاح ناهنجاری برای این کارکرد سازشی- تحولی، اختلال هراس اجتماعی که اختلال اضطراب اجتماعی (SAD) نیز نامیده می‌شود است که هسته مشخصه و محوری آن ترس از ارزیابی منفی از جانب دیگران است. آنچه که یک فرد مبتلا به هراس

اجتماعی در ذهن خود می‌پروراند از این قرار است: موقعیت‌های اجرایی، مثل، خوردن و نوشتن در جمع، بیان و صحبت کردن در حین مکالمات، رفتن به مهمانی‌ها، قرار ملاقات‌ها، ملاقات افراد غریبه و به طور خاص و ویژه نگرانی عمده، مربوط به سخنرانی در جمع است که در واقع این رایج‌ترین موقعیت هراس آور اجتماعی در بین افراد مبتلا به هراس اجتماعی است. تأثیر این اختلال بر شغل و کیفیت زندگی این افراد می‌تواند آسیب‌زا باشد ولی علی‌رغم میزان شیوع بالا و ناکارآمدی‌های شغلی، تحصیلی و عملکردهای اجتماعی مرتبط با آن مطالعات در مورد هراس اجتماعی نسبتاً کم و نادر هستند.

هرچند که درمان‌هایی مانند دارو درمانی و درمان رفتاری شناختی برای این افراد انجام شده و هم‌اکنون هم در حال انجام است ولی هنوز جنبه‌های خیلی مبهمی وجود دارد که نیاز به رویکردهای جدیدی دارد تا شناخت بیشتری از لحاظ سبب‌شناسی و درمان برای این افراد حاصل شود.

دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر باورها و تفکرات منفی به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌کند که چگونه فراشناخت در تداوم و تغییر شناخت موثر است.

۱-۲- شرح و بیان مسئله پژوهشی

اختلال هراس اجتماعی^۱ از انواع گوناگون اختلالات اضطرابی است که به ترس مشخص و ثابت از شرم‌منده شدن یا مورد ارزیابی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی یا در زمان انجام فعالیت‌ها در حضور دیگران است. (سادوک^۲ و سادوک، ۱۳۸۶). بنابر این از این موقعیت‌ها بیشتر به واسطه اضطراب شدیدی که به همراه دارند، پرهیز می‌شود (ترک^۳، هیمبرگ^۴ و هوپ^۵، ۲۰۰۱). هراس اجتماعی اغلب یک حالت مزمن و ناتوان‌کننده است (است^۶، ۱۹۹۸؛ اسکینیر، جانسون، هورینگ، لیه بوتیزو ویزمن^۷، ۱۹۹۲). این اختلال پیرامون ترس از مشاهده شدن توسط سایر افراد در گروه‌های نسبتاً کوچک تمرکز می‌یابد و منجر به دوری جستن از موقعیت‌های اجتماعی می‌شوند. هراس‌های اجتماعی معمولاً با عزت نفس ضعیف و ترس از انتقاد همراه هستند. این افراد ممکن است شکایت از سرخ شدن، لرزش دست، تهوع یا میل شدید به ادرار کردن داشته باشند. نشانه‌ها ممکن است تا حملات وحشت‌زدگی پیشرفت کنند. در این اختلال اجتناب اغلب چشمگیر است و در موارد شدید ممکن است به کناره‌گیری تقریباً کامل منجر شود (سازمان جهانی بهداشت، ۱۳۷۵).

1- Social phobia

2- Sadock

3- Turk

4- Heimberg

5- Hope

6- Ost

7- Schneier , Johnson , Horing , Liebowitz , Weissman

در مورد سن بروز و میزان شیوع این اختلال، تحقیقات نشان داده‌اند که اختلال هراس اجتماعی در سنین نوجوانی شروع شده و سالها تداوم می‌یابد (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۱)، سن شروع این اختلال در حدود ۱۵ سالگی است و ۹۰ درصد بیماران سن شروع را قبل از ۲۵ سالگی گزارش نموده‌اند (کاسپر^۱ ۱۹۹۸؛ به نقل از مشاوره ۱۳۸۱). اختلال هراس اجتماعی اختلالی شایع است (فرمارک^۲ ۲۰۰۲؛ کسلر^۳، برگلوند^۴، دملر^۵، ۲۰۰۵)؛ تا آنجا که شیوع ۱۳ درصدی این اختلال در جامعه، آن را در جایگاه سومین اختلال روان‌پزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل قرار داده است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). معمولاً این اختلال به دوره‌ای درازمدت از ناتوانی می‌انجامد (براس^۶ و همکاران، ۲۰۰۵) و مبتلایان به این اختلال از آسیب‌های چشمگیری در کارهای روزانه، روابط اجتماعی و شغلی رنج می‌برند (ویتچن^۷، فوج^۸، سونتاگ^۹، مولر^{۱۰} و لیوویتز، ۲۰۰۰؛ ریچ^{۱۱} و هافمن^{۱۲}، ۲۰۰۴). ۷۰ تا ۸۰ درصد افراد مبتلا به هراس اجتماعی اختلال عمده دیگری را نیز گزارش می‌کنند (مگی^{۱۳}، ایتون^{۱۴}، یتچن، مک گوناگل^{۱۵} و کسلر، ۱۹۹۶). هراس اجتماعی با سایر اختلالات اضطرابی، افسردگی و وابستگی به الکل (لایارد^{۱۶}، ۲۰۰۱؛ کسلر و همکاران، ۲۰۰۵) و گستره‌ای از اختلالات شخصیت (بیشتر اختلال شخصیت اجتنابی) (فاهلن^{۱۷}، ۱۹۹۵؛ مارتینزداپتر، تیل فورس، فورماگ، اندربرگ و اکسلوس^{۱۸}، ۲۰۰۳) همراه است. از این رو این اختلال در سال‌های اخیر، به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی در نظر گرفته شده است (فرمارک، ۲۰۰۲).

توجه به مولفه‌های شناختی در بروز هراس اجتماعی، باعث شده که پژوهشگران با استفاده از مدل‌های شناختی و رفتاری پیشین، چندین روش درمانی شناختی- رفتاری را برای اختلال هراس اجتماعی ابداع نمایند. این روش‌های درمانی در برگیرنده «آموزش کنترل اضطراب» باتلر و همکاران، درمان گروهی شناختی- رفتاری

-
- 1- Kasper
 - 2- Furmark
 - 3- Kessler
 - 4- Berglund
 - 5- Demler
 - 6- Bruce
 - 7- Wittchen
 - 8- Fuetsch
 - 9- Sonntag
 - 10- Muller
 - 11- Reich
 - 12- Hofman
 - 13- Magee
 - 14- Eaton
 - 15- McGonagle
 - 16- Lydiard
 - 17- Fahlen
 - 18- Marteinsdottir, Tillfors, Furmark, Anderberg, Ekselius

هیمبرگ و درمان ترکیبی مواجهه گروهی و بازسازی شناختی، گروهی ماتیک و پیترز است. اما مطالعات کنترل شده شامل مقایسه انواع مداخله‌های روان‌شناختی که نشان می‌دهد که هر کدام از آنها اثر ویژه‌ای بر هراس اجتماعی دارند و فقط تا حدی در درمان این اختلال موثرند (کلارک و فربورن، ۱۹۹۷؛ ترجمه کاویانی ۱۳۸۰). از طرف دیگر به نظر می‌رسد که هراس اجتماعی ناشی از سیستم پردازش فراشناختی معیوب و تفکرات منفی تکرار شونده این افراد باشد که یک سیکل معیوبی از افکار و باورهای فراشناختی منفی تکرار شونده را در فرد ایجاد می‌کند. پس روش درمانی جدیدی لازم است که تفکر را کنترل کند و وضعیت ذهن را تغییر دهد که این اساس نظریه فراشناختی است.

درمان فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در درمان‌های سنتی شناختی بر آن تاکید می‌شود تاکید نمی‌ورزد (ولز^۱، ۲۰۰۷) و سعی می‌کند فراشناخت‌هایی را که به شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند، تغییر دهد (ولز، ۲۰۰۰). هدف اصلی درمان فراشناختی شامل توانا کردن بیماران به گونه‌ای است که با افکارشان به گونه‌ای متفاوت ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند. یا به عبارتی دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف پذیر هیجانی طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (ولز و سمبی^۲، ۲۰۰۴).

این روش درمانی از روش شناختی-رفتاری^۳ متفاوت است. زیرا به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار و باورها در مورد آسیب و یا مواجهه‌های مکرر و طولانی مدت با خاطرات مربوط به تروما باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. نظریه‌های شناختی در مورد آنچه که باعث به وجود آمدن الگوهای غیرمفید تفکری می‌شوند توضیحات مختصری ارائه کرده‌اند. بسیار ساده انگارانه است که ما این الگوهای تفکر را به وجود باورهای بنیادی درباره‌ی خود و جهان نسبت دهیم (همانند من آسیب پذیرم، من یک شکست خورده‌ام). این باورها باعث به وجود آمدن الگوهای فکر مختل می‌شوند که عمدتاً منفی،

1- Wells

2- Sembi

3- Cognitive- Behavioral therapy

تکرارشونده و فزآینده هستند و به دامنه وسیع از پاسخ‌ها منتهی می‌شوند. وجود باورهای منفی مشخصاً نمی‌توانند درباره الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. پس همانطور که گفته شد آنچه که در این جا مورد تأکید است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند و این نکته مهمترین نقطه تمایز درمان فراشناخت با مدل‌هایی نظیر طرحواره است (ولز ۲۰۰۰، ترجمه‌ی بهرامی، ۱۳۸۵). همچنین تحقیقات مختلف نشان دادند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناخت با اختلالات روان‌شناختی رابطه وجود دارد. الیس و هادسون نشان دادند که نگرانی یکی از مولفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی مانند اختلال اضطراب فراگیر و اضطراب اجتماعی می‌باشد که به ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی مرتبط می‌باشند. با توجه به این ارتباط می‌توان احتمال بر این داد که یکی از علت‌های اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلالات اضطرابی اثربخشی درمان فراشناختی بر روی این باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی و افکار باشد (الیس و هادسون، ۲۰۱۰).

بنابر این درمان مبتلایان به اختلال هراس اجتماعی که به عنوان اختلالی دارای اهمیت در زمینه بهداشت همگانی که از نظر میزان شیوع نیز سومین اختلال روان‌پزشکی می‌باشد کاملاً ضروری به نظر می‌رسد به همین جهت پژوهش حاضر درصدد است الگوی درمانی را جهت درمان مبتلایان به این اختلال به کار گیرد و از آنجا که یافتن شیوه‌های درمان کوتاه مدت کارا و موثر از جمله ضرورت‌های پژوهش می‌باشد و شیوه‌های درمانی مبتنی بر مدل فراشناخت نیز جزء درمان‌های کوتاه مدت به شمار می‌آیند، انجام پژوهشی برای بررسی کارایی و اثربخشی این شیوه‌های درمان دارای اهمیت است.

پژوهش حاضر در نظر دارد تا تأثیر مدل درمانی جدیدی تحت عنوان مداخله فراشناختی^۱ را برای حل مشکلات و مسائل افراد مبتلا به هراس اجتماعی و تغییر در باورهای فراشناختی مربوط به اختلال هراس اجتماعی را در این مبتلایان تعیین کند.

۱-۳- اهمیت و ضرورت پژوهش

بررسی‌های صورت گرفته در مورد شیوع ۶ ماهه اختلال هراس اجتماعی ۳-۲ درصد جمعیت مبتلا به این اختلال بوده‌اند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۱). انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰) شیوع کلی هراس اجتماعی را در حدود ۳ تا ۱۳ درصد ذکر کرده است که آن را در جایگاه سومین اختلال روانپزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی (۱۷/۱ درصد) و وابستگی به الکل (۱۴/۱ درصد) قرار داده است (کسلر و همکاران، ۲۰۰۵). بررسی‌های