



دفاع از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد خانم زهرا لک

دانشجوی رشته : روانشناسی بالینی

شماره دانشجویی :

دوره :

زیر عنوان : اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی دانشگاه شاهد با توجه

به مولفه های شخصیتی و باورهای فراشناختی در سال تحصیلی ۸۹-۹۰

باحضور جناب آقای دکتر محمود گلزاری استاد راهنما، جناب آقای دکتر احمد برجعلی استاد مشاور و جناب

آقای دکتر فرامرز سهرابی استاد داور در تاریخ روز ساعت تشکیل گردید. پس از بحث و بررسی

پایان نامه مذکور مورد قبول واقع شد . نمره نامبرده به حروف به عدد معادل اعلام گردید.

امضا استاد راهنما

امضا استاد مشاور

امضا استاد داور



دانشگاه علامه طباطبائی

دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی دانشگاه شاهد با توجه

به مولفه های شخصیتی و باورهای فراشناختی در سال تحصیلی ۹۰-۸۹

نگارش :

زهرا لک

استاد راهنما :

جناب آقای دکتر محمود گلزاری

استاد مشاور :

جناب آقای دکتر احمد برجعلی

استاد داور :

جناب آقای دکتر فرامرز سهرابی

رشته : روانشناسی بالینی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

سال تحصیلی : ۱۳۹۰-۱۳۸۹

تقدیم :

تقدیم به استادان گرامی دکتر محمود گلزاری ، دکتر احمد برجعلی و دکتر فرامرز سهرابی و پدر و مادر عزیزم که از خود گذشتند تا مرا بیاموزند و همه آنان که دوستشان میدارم.

با تشکر و سپاس فراوان از زحمات استادان محترم :

جناب آقای دکتر محمود گلزاری

و جناب آقای دکتر احمد برجعلی

و جناب آقای دکتر فرامرز سهرابی

که راه متفاوت زیستن و متفاوت روانشناس بودن را به من آموختند و با زحمات بی شائبه خود اینجانب را در انجام این تحقیق راهنمایی و همراهی نمودند ، امید است همیشه در تمامی مراحل زندگی موفق و مؤید باشند .

انشالله

فهرست مطالب

| صفحه | عنوان |
|------|----------------------------------|
| ۱ | چکیده |
| ۲ | فصل اول : کلیات پژوهش |
| ۳ | مقدمه |
| ۸ | بیان مساله |
| ۱۴ | ضرورت و اهمیت تحقیق |
| ۱۵ | اهداف تحقیق |
| ۱۵ | سوالات تحقیق |
| ۱۶ | فرضیه های تحقیق |
| ۱۶ | متغیر های پژوهش |
| ۱۷ | تعریف اصطلاحات و مفاهیم |
| ۲۲ | فصل دوم : ادبیات پژوهش |
| ۲۳ | توضیح و تبیین علمی موضوع |
| ۳۶ | پیشینه تحقیق |
| ۵۲ | تحقیقات انجام شده داخلی |
| ۵۴ | تحقیقات انجام شده خارجی |
| ۵۸ | فصل سوم : روش شناسی پژوهش |
| ۵۹ | روش تحقیق |
| ۵۹ | جامعه آماری |
| ۵۹ | تعیین حجم نمونه و روش نمونه گیری |

| | |
|-----|------------------------------------|
| ۶۰ | خلاصه ای از جلسات درمان |
| ۶۶ | مقیاس و ابزار تحقیق |
| ۷۷ | روش اجرای تحقیق |
| ۷۷ | روش تجزیه و تحلیل داده ها |
| ۷۹ | فصل چهارم : یافته ها و نتایج تحقیق |
| ۸۰ | توصیف اطلاعات |
| ۸۹ | تحلیل اطلاعات |
| ۹۶ | فصل پنجم : بحث و نتیجه گیری |
| ۹۷ | بحث و نتیجه گیری |
| ۱۰۱ | محدودیت ها |
| ۱۰۲ | پیشنهادات پژوهشی |
| ۱۰۴ | پیشنهادات اجرایی |
| ۱۰۵ | منابع و مآخذ |
| آ | پیوست ها |
| ض | خلاصه انگلیسی |

فهرست جداول

- جدول شماره ۱-۴ شاخص های توصیفی نمرات هراس اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پیش
آزمون و پس آزمون و تعقیبی ۸۱
- جدول شماره ۲-۴ شاخص های توصیفی نمرات آزمودنیها درآزمون NEO ، فراشناخت MCQ30 ، هراس
اجتماعی SPIN ۸۳
- جدول شماره ۳-۴ شاخص های آماری نمرات آزمودنیها در مقیاس استعداد اعتیاد (APS) ۸۵
- جدول شماره ۴-۴ شاخص های آماری نمرات آزمودنیها در مقیاس پذیرش اعتیاد (AAS) ۸۷
- جدول شماره ۵-۴ نتایج تحلیل کواریانس برای نمرات هراس اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه ۸۹
- جدول شماره ۶-۴ همبستگی بین باورهای فراشناختی مثبت با اثربخشی درمان شناختی رفتاری CBT ۹۰
- جدول شماره ۷-۴ همبستگی بین باورهای فراشناختی منفی با اثربخشی درمان شناختی رفتاری CBT ۹۱
- جدول شماره ۸-۴ همبستگی بین اطمینان شناختی پایین با اثربخشی درمان شناختی رفتاری CBT ۹۱
- جدول شماره ۹-۴ همبستگی بین نیاز به کنترل فکر با اثربخشی درمان شناختی رفتاری CBT ۹۲
- جدول شماره ۱۰-۴ همبستگی بین خودآگاهی شناختی با اثربخشی درمان شناختی رفتاری CBT ۹۲
- جدول شماره ۱۱-۴ همبستگی درونگرایی-برونگرایی با اثربخشی درمان شناختی رفتاری CBT ۹۳
- جدول شماره ۱۲-۴ نتایج تحلیل کواریانس برای نمرات استعداد اعتیاد APS در دو گروه آزمایش و گواه ۹۴
- جدول شماره ۱۳-۴ نتایج تحلیل کواریانس برای نمرات پذیرش اعتیاد AAS در دو گروه آزمایش و گواه ۹۵

فهرست نمودار ها

- نمودار شماره ۱-۴ میانگین نمرات هراس اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون ،
پس آزمون ، تعقیبی
۸۲
- نمودار شماره ۲-۴ میانگین نمرات آزمودنیها در آزمون NEO ، فراشناخت MCQ30 ، هراس
اجتماعی SPIN
۸۴
- نمودار شماره ۳-۴ میانگین نمرات آزمودنیها در مقیاس استعداد اعتیاد (APS)
۸۶
- نمودار شماره ۴-۴ نمرات آزمودنیها در مقیاس پذیرش اعتیاد (AAS)
۸۸

پیوست ها :

- آ - پیوست الف-۱ : پرسشنامه MMPI مقیاس استعداد و پذیرش اعتیاد
- ث - پیوست الف-۲ : کلید پرسشنامه MMPI مقیاس استعداد و پذیرش اعتیاد
- ث - پیوست ب-۱ : پرسشنامه NEO
- د - پیوست ب-۲ : کلید پرسشنامه NEO
- ذ - پیوست پ-۱ : پرسشنامه هراس اجتماعی SPIN
- ز - پیوست پ ۲ : کلید پرسشنامه هراس اجتماعی SPIN
- ز - پیوست ت-۱ : پرسشنامه فراشناخت MCQ30
- ش - پیوست ت ۲ : کلید پرسشنامه فراشناخت MCQ30

چکیده :

پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر هراس اجتماعی دانشجویان با توجه به مولفه های شخصیتی و باورهای فراشناختی دانشگاه شاهد انجام گردید.

این پژوهش ، یک مطالعه کارآزمایی بالینی است که تاثیر درمان شناختی- رفتاری را با تعیین و مقایسه هراس اجتماع در گروه آزمایش و کنترل به هنگام ورود به درمان و بعد از درمان و ۶ هفته بعد از آن مورد بررسی قرار داده است.

نمونه های پژوهش را ۳۰ نفر از دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی دانشگاه شاهد تشکیل می دادند که براساس اطلاعاتی که در دانشگاه منتشر شده بود مراجعه کردند و در آزمون هراس اجتماعی SPIN بیشترین نمره را کسب کردند. نمرات آزمودنی ها با استفاده از مقیاس های هراس اجتماعی (SPIN) ، فراشناخت (MCQ30) ، استعداد اعتیاد APS ۳۹سوالی و پذیرش اعتیاد AAS ۱۳سوالی از آزمون MMPI2 و NEO به دست آمده است . نمونه های پژوهش پس از همگن شدن، به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند . گروه آزمایش، تحت آموزش درمان شناختی- رفتاری، طی ۲۰ جلسه قرار گرفتند و گروه کنترل تحت هیچ برنامه آموزشی قرار نگرفت . ابزار گردآوری داده ها روش خود گزارش دهی و با استفاده از آمار توصیفی و ضریب همبستگی و تحلیل کوواریانس با به کارگیری نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید.

یافته ها نشان داد که درگروه آزمایش، بین اجتماع هراسی ، به هنگام ورود به پژوهش و بعد از درمان و ۶ هفته بعد از اختلاف معنی داری وجود داشته است. در حالی که در گروه کنترل از این نظر، تفاوت معنی داری مشاهده نشد. بدین معنی که درمان شناختی رفتاری در کاهش هراس اجتماعی موثر واقع شده است و همچنین نتایج حاصل حاکی از این است که درمان شناختی- رفتاری در کاهش پذیرش اعتیاد و استعداد اعتیاد در حد معناداری موثر است . یافته ها گویای این مطلب است که میان باورهای فراشناختی ، درونگرایی- برونگرایی با اثربخشی درمان شناختی رفتاری رابطه معناداری وجود .

کلید واژه ها : ۱- درمان شناختی- رفتاری^۱ ۲- هراس اجتماعی^۲ ۳- دانشجویان^۳ ۴- فراشناخت^۴

¹ Cognitive-Behavioral Therapy

² Social Phobia

³ Students

⁴ Meta cognition

فصل اول :
طرح و کلیات پژوهش

مقدمه:

در حوزه روان‌شناسی و علوم رفتاری، بیش از هر حوزه و عرصه دیگر؛ تحقیق مناسب و کارا، چیزی جز جست و جوی صمیمانه حقیقت نیست. البته نه حقیقت مطلق که یکبار برای همیشه با اصول جزمی به اثبات رسیده باشد، بلکه حقیقتی که پیوسته در معرض تغییر است و پیوسته در حال گسترش و دگرگونی است.

گزینشی بودن، از صفات جدایی‌ناپذیر روش‌شناسی علم است و غفلت از این خصلت بنیادی؛ حاصلی جز فدا کردن علم و غوطه‌ور شدن در تاریکی‌های نادانی، نخواهد داشت.

هر علمی فقط، جنبه یا جوانبی از مسائل کثیر یک موضوع را مورد توجه و بررسی قرار می‌دهد. با این همه حال، هیچ علمی و حتی همه علوم، روی هم رفته؛ قادر نیستند تمامی جوانب یک موضوع را مورد بررسی قرار دهند.

با توجه به این نکات ظریف و مهم، در این تحقیق نیز سعی می‌شود در حد امکان، رعایت موارد فوق، مدنظر قرار گیرد.

بر طبق این اصول مهم، سعی شده است موضوعی برای پژوهش و بررسی، طرح و انتخاب شود که چندان در موردش خصوصاً در ایران کاری جدی و علمی انجام نشده باشد.

از این رو، مطرح شدن این موضوع در نوع خود، تلاشی شایسته و قابل توجه است. بطور کلی طرح موضوع: (بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی با توجه به مولفه‌های شخصیتی و باورهای فراشناختی) یک گام به سوی جلوس و به بیانی روشن‌تر، نتایج و یافته‌های این طرح، خواهد توانست مسیرهای تازه‌ای را پیش روی محققان آینده قرار دهد.

با عنایت به این مسئله که موضوع مورد بحث، ممکن

ن است کلیه مطالب مربوط به روش‌درمانی مربوطه و مسائل روانشناختی موجود را در بر نگیرد، اما یک شروع است و یک گام اولیه است برای گام‌های بعدی و محققان و علاقه‌مندان به مطالعه و تحقیق در این زمینه را هدایت و راهنمایی می‌کند تا از منابع اطلاعاتی و یافته‌های به دست آمده این تحقیق، به نحو موثری استفاده کنند.

موضوع هراس اجتماعی و کارآزمایی بالینی بر روی مبتلایان به هراس اجتماعی، از جمله موضوعات تحقیقی خاصی است که به صراحت می‌توان اذعان نمود که چندان مورد توجه و مطالعه قرار نگرفته است. هر چند که شایسته خواهد بود حوزه مطالعاتی و تحقیقاتی در راستای این موضوع، فعال‌تر عمل نماید و وسعت بیشتری بیابد و با توجه به حساسیت موضوع بیشتر در مورد آن تحقیق شود.

با توجه به همین خلاء موجود در نظام های مطالعاتی کشور، لازم است تمهیداتی را اتخاذ کرده و به رغم دشوار بودن تحقیقاتی از این قبیل در جهت کاهش مشکلات روان شناختی افراد مبتلا به هراس اجتماعی و حمایت بیشتر از این افراد برای حفظ سلامت این افراد ، خانواده آنها و در نهایت جامعه، بر تعداد و کیفیت این گونه پژوهشها افزوده گردد.

همانطور که میدانیم هراس اجتماعی^۵ یکی از قدیمی ترین اختلالات روانی است که از لحاظ تاریخی ؛ پیدایش آن به زمانی بر می گردد که بشر اجتماعی زیستن را آموخت . اما هراس اجتماعی به عنوان یک اختلال روانی اولین بار در سومین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (۱۹۸۰) مطرح شد (جفرسون^۶ ، ۱۹۹۵).

به طور کلی باید گفت که هراس اجتماعی ، ترس بیش از اندازه و غیر معمول است که باعث می شود عملکرد و تعامل اجتماعی افراد تحت تاثیر قرار گرفته و ناکافی و نامناسب باشد به گونه ای که افراد دچار هراس اجتماعی از مورد مشاهده قرار گرفتن بیزار هستند و از موقعیت های اجتماعی دوری می کنند (روزبنام^۷ ، ۱۹۹۴ و بور^۸ ۱۹۹۷).

همچنین این افراد از تهدید ارزیابی واقعی و بالقوه اجتماعی رنج می برند و ناتوان می شوند به گونه ای که هراس اجتماعی به عنوان یکی از ناتوان کننده ترین اختلالات روانی مطرح گردیده است (رایس^۹ و همکاران ، ۲۰۰۲).

با این همه حال بور^{۱۰} (۱۹۹۷) بیان می کند که هراس اجتماعی به آن میزان که در جامعه وجود دارد ، گزارش نمی گردد و مورد بی توجهی و غفلت واقع میشود.

در مطالعه ای که توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) درپاریس به انجام رسید مشخص شد که شیوع یک ماه این اختلال ۴/۹ درصد و شیوعش برای تمام عمر ۱۴/۴ درصد می باشد و آن را به عنوان سومین اختلال شایع روانپزشکی نام بردند (لکروبییر^{۱۱} ، ۱۹۹۸).

در مطالعه دیگری استین^{۱۲} (۱۹۹۸) شیوع یکساله هراس اجتماعی را بین ۷ تا ۸ درصد و کاپلان^{۱۳} و سادوک^{۱۴} (۲۰۰۳) شیوه شش ماهه هراس اجتماعی را ۲ تا ۳ درصد و انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰)

⁵ Social Phobia

⁶ Jefferson

⁷ Rosenbourn

⁸ Bore

⁹ Ries

¹⁰ Bore

¹¹ Lecrubier

¹² Stein

¹³ kaplan

شیوع هراس اجتماعی را در درمانگاههای سرپایی بین ۱۰ تا ۲۰ درصد از اختلالات اضطرابی ذکر کرده اند که با توجه به این آمارها میتوان اعلام داشت که یکی از شایعترین اختلالات روانپزشکی است.

به طور کلی میتوان گفت که هراس اجتماعی در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی شیوع زودرسی در مبتلایان دارد و میانگین سن شروع آن ۱۵ سال است و می توان این گونه بیان نمود که هراس اجتماعی یکی از شایع ترین اختلال های روانی در دوران نوجوانی و جوانی محسوب میشود (هیر چفلد^{۱۵} ، ۱۹۹۵).

هراس اجتماعی با توجه به سن شروع آن عوارض جدی را برای فرد در پی دارد به طوری که بر تکامل اجتماعی ، تحصیلی ، شغلی و... مبتلایان تاثیر چشمگیر منفی بر جای خواهد گذاشت که به دنبال آن عوارض جدی هم دامن گیر خانواده فرد و جامعه خواهد شد (وستنبرگ^{۱۶} ، ۱۹۹۸).

مبتلایان به هراس اجتماعی در زمینه تحصیلی و شغلی خود موفقیت کسب نمی کنند و یا موفقیت بسیار کمی را تجربه میکنند و حتی ممکن است با شکست مواجه شوند. این افراد کمتر ازدواج می کنند و حتی در موارد شدیدتر ممکن است که در نوجوانی از مدرسه اخراج شوند ، فرار کنند ، یا در جوانی بی کار شوند یا به دلیل دشواری انجام مصاحبه شغلی هیچ گاه به دنبال کار نروند (انجمن روانپزشکی آمریکا ، ۲۰۰۰).

بسیاری از محققان بر این عقیده اند که اگر هراس اجتماعی به موقع تشخیص داده شود و با راهکارهای مناسب درمان شود مبتلایان از عوارض ناشی از آن در امان خواهند بود ولی متأسفانه بیشتر این افراد زمانی به دنبال درمان می روند که اختلال شدید شده و با اختلالات دیگر روانشناختی همراه شده است . از شایع ترین اختلالات همراه با هراس اجتماعی ، اختلال افسردگی اساسی است (مگی^{۱۷} ، ۱۹۹۶).

به علاوه تحقیقات نشان می دهد که میزان خودکشی در مبتلایان به هراس اجتماعی دوبرابر بیشتر از افراد سالم است و البته اگر این اختلال با سایر اختلالات روانی همراه شود این میزان تا ۴ برابر افزایش خواهد داشت که این به نوبه خود بسیار تکان دهنده است و میتواند یک زنگ خطر باشد (هیر چفلد^{۱۸} ۱۹۹۵).

با این وجود باید دانست که هراس اجتماعی درمان های مختلف دارویی و غیر دارویی دارد . از نظر ولز^{۱۹} و همکاران (۲۰۰۱) درمان غیر دارویی در اختلال هراس اجتماعی موثرتر از درمان دارویی است به این علت که بعد از قطع دارو اختلال دوباره عود میکند اما با توجه به بررسی ها بعد از اتمام دوره های روانشناختی

¹⁴ Sadock

¹⁵ Hirschfeld

¹⁶ Westenberg

¹⁷ Magee

¹⁸ Hirschfeld

¹⁹ Wells

تأثیرات درمان ادامه می یابد. از موثرترین درمان های غیر دارویی ، درمان شناختی^{۲۰} و مواجهه (در معرض گذاری)^{۲۱} که از تکنیک های رفتار درمانی است می توان نام برد.

البته در این زمینه گزارشات متفاوتی وجود دارد به عنوان نمونه : همبرگ^{۲۲} و همکاران (۲۰۰۳) و فوا^{۲۳} و راس^{۲۴} و همکاران (۲۰۰۳) و لیبویتز^{۲۵} و همکاران (۱۹۹۹) طی پژوهشی تاثیر درمان رفتاری - شناختی و دارو درمانی را در درمان هراس اجتماعی مورد مقایسه قرار دادند و نتایج تحقیقاتشان نشان داد که بیمارانی که دارو دریافت کرده بودند بهبودی بیشتری داشتند.

در هر صورت شناخت درمانی یکی از روش های درمانی غیر دارویی است که مزیت آن در مقایسه با سایر روش های روان درمانی در این است که مستقیماً با افکار و احساسات که در تمامی اختلالات روانی از اهمیتی آشکار برخوردارند سرو کار دارد و البته باید گفت که این روش درمانی پایه های علمی دارد و به آسانی قابل آموزش و توصیف است و در تمام گروههای سنی کاربرد دارد و همچنین تاثیر به سزایی در پیشگیری از عود اختلال دارد (بلک برن^{۲۶} ، ۱۳۸۴).

به صورت کلی میتوان خاطر نشان کرد که تمامی پژوهشها و فرا تحلیلها نشان دهنده آن هستند که کلیه روشهای متداول روان درمانگری به صورت ؛ تقریباً یکسانی می توانند موثر واقع شوند (سلیگمن^{۲۷} ، پترسون^{۲۸} ۲۰۰۳) و سلامت جسمانی و روان شناختی فرد را تا حدود قابل توجهی بهبود دهند (پنبکر^{۲۹} ، ۱۹۹۵) به عبارت دیگر، استفاده از این گونه روشهای درمانی میتواند : باعث کاهش گرایشهای افسردگی، اضطراب، احساس بی کفایتی ، خودکشی و احساس تنهایی و ... شود. (چمبلز^{۳۰} ، هولون^{۳۱} ۱۹۹۸).

به طور کلی از اولین وظایف درمانی روشهای مذکور، بخصوص درمان شناختی - رفتاری، همان گونه که بک و الیس قبل از دیگران مطالعه کردند ، این است که به مراجعان خود کمک کنند تا به دقت، سازگارانه ترین و معقول ترین تفسیر را از یک موقعیت معین برداشت کرده و رفتارهایی را اتخاذ کنند که با آن دیدگاه جدید، هماهنگ باشد (اسکات ، استرادلینگ ، درایدن ، ۱۹۹۵ ، به نقل از خدایاری فرد، ۱۳۸۶).

²⁰ Cognitive therapy

²¹ exposure therapy

²² Heimberg

²³ Foa

²⁴ Roth

²⁵ Liebowitz

²⁶ Blackburn

²⁷ Selligman

²⁸ Peterson

²⁹ Pennebaker

³⁰ Chambless

³¹ Hollon

به نظر ایس، همان طور که از دیدگاهش پیداست: افسردگی و اضطراب بطور غیر مستقیم از وقایع نامطلوب ناشی نمی شود، بلکه افکار غیر منطقی موجب بروز حالت‌های خلقی منفی می شوند و فرد را دچار افسردگی و اضطراب می کنند. او، درمان عقلانی - عاطفی را شیوه ای برای تغییر رفتار غیر منطقی در نظر میگیرد. به نظر او، افراد افسرده و مضطرب را باید به نحوی هدایت کرد که وقایع پیرامون خود را طوری تفسیر کند که باعث درماندگی آنها نشود. آیرون بک نیز یکی دیگر از درمانگران شناختی است که در مورد افسردگی و اضطراب، پژوهش‌های فراوانی انجام داده است. به نظر وی برای درمان افسردگی، مراجع باید افکار غیر واقع بینانه و منفی خود را به چالش بکشد و آنها را تحلیل کند که به طور معمول این افکار منفی معمولاً درباره خود، دنیا و آینده است که روانشناس کمک میکند تا مراجع این افکار منفی را به چالش بکشد (گری^{۳۲}، ۱۹۹۹).

در درمان شناختی - رفتاری، ابتدا باید درمانگر و مراجع در مورد ماهیت مشکل و هدفهای درمان توافق کنند و سپس مراجع، افکار منفی خود را مطرح کند و درمانگر با استفاده از تحلیل افکار مراجع؛ غیرمنطقی و غیر واقعی بودن آنها را به مراجع نشان دهد. هدف از این کار کمک به مراجع و قرار دادن او در موقعیتی است که با اصلاح طرز تلقی ها، عواطف و رفتارهای ناهنجار؛ به نیازهای برحق خود برای برخوردار بودن از محبت، شناخت، موفقیت و نظایر آن دست یابد (بلاچ، به نقل از قراچه داغی، ۱۳۷۰).

با توجه به این که درمانهای شناختی - رفتاری بر بررسی فرضهای بنیادین مراجع و ریشه های آنها تأکید می کنند. هدف درمان، تغییر دادن و سازماندهی مجدد روان بنه های اساسی مربوط به خود، هویت خود و جهان است (اوکان، به نقل از محمد خانی ۱۳۸۴).

نظریه پردازان شناختی-رفتاری جدید موسوم به ساخت گرایی، به جای تأکید بر برتری و اولویت تفکر، بر وابستگی و ارتباط متقابل بین تفکر، احساس و رفتار تأکید می کنند. این نظریه پردازان (گایدانو^{۳۳}، ماهونی^{۳۴} ۱۹۹۱، گلدفريد^{۳۵} ۱۹۸۸، گرینبرگ^{۳۶} و سفران^{۳۷} ۱۹۸۹) معتقدند: افراد، خلق کنندگان و مفسران فعال واقعیت‌های خود هستند. نظریه پردازان مذکور بخصوص بر چگونگی پردازش اطلاعات جدید توسط افراد به منظور سازگاری با شرایط محیطی تأکید می کنند. مسأله این نیست که واقعیت چیست؟ بلکه موضوع مهم آن است که آیا برداشت فرد از جهان، به اندازه کافی عمل گرایانه است که سازگاری با

³² Gray

³³ Guidano

³⁴ Mahoney

³⁵ Goldfried

³⁶ Greenberg

³⁷ Safran

محیط را تسهیل کند؟ این دیدگاه ها تلاش می کنند نظریه های هیجانی، شناختی، زیستی و رشدی را با نظریه های پردازش اطلاعات و سیستم ها تلفیق کنند.

نظریه پردازان شناختی - رفتاری اظهار می نمایند که : به منظور ایجاد تغییرات ساختاری عمیق در خود و چگونگی تجربه فرد از جهان، باید سطوح ناهشیار و ضمنی ساختارهای دانش شخصی به صورت هشیار دربیابند (ریجیستر^{۳۸}، هیلارد^{۳۹} ۲۰۰۷).

تحقیقات زیادی در زمینه اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی صورت گرفته است. فوا^{۴۰} و همکارانش (۱۹۹۶) پس از تحقیقاتی گزارش کردند که در درمان اختلالات اضطرابی فراگیر، گروهی که به روش شناخت درمانی درمان شدند نسبت به گروه شاهد بهبودی بیشتری نشان دادند و با توجه به این مسئله خاطر نشان کردند که به نظر میرسد که این نوع درمانها از تحت درمان روانشناختی قرار نگرفتن بهتر است.

ولز و همکاران (۲۰۰۱)، فوا و همکاران (۲۰۰۲) و همبرگ^{۴۱} و همکاران (۲۰۰۳) در تحقیقاتشان نشان دادند که شناخت درمانی گروهی تاثیر به سزایی در کاهش هراس اجتماعی دارد.

باتاکید تحقیقات قدیمی تر بر تاثیر عوامل شناختی بر اختلالات روانی و با مطرح شدن ابعاد فراشناختی در تحقیقات جدیدتر معلوم گشته که باورهای فراشناختی در آسیب پذیری نسبت به اختلالات روانشناختی از جمله اختلالات اضطرابی و هراس اجتماعی نقش دارند (ولز، ۲۰۰۹) و زمینه ساز آسیب پذیری افراد به اختلالاتی از جمله هراس اجتماعی میشوند و ما با توجه به پی بردن به اهمیت این موضوع در این پژوهش به بررسی این باورهای فراشناختی هم پرداخته ایم.

با توجه به نتایج تحقیقات صورت گرفته در زمینه هراس اجتماعی و اثربخشی بالای مداخلات روانشناختی بر آن، و همچنین شیوع بالای آن در بین نوجوانان و جوانان و عدم انجام چنین تحقیقی در ایران پژوهش حاضر با هدف تعیین اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر هراس اجتماعی دانشجویان دانشگاه شاهد است.

بیان مسئله :

در مطالعه ای که در پاریس توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۸) انجام گردید مشخص شد که شیوع هراس اجتماعی در تمام عمر ۱۴/۴ درصد و شیوع یک ماهه اجتماع هراسی ۴/۹ درصد می باشد و براین

³⁸ Register

³⁹ Hillard

⁴⁰ Foa

⁴¹ Heimberg

اساس سازمان بهداشت جهانی این اختلال را به عنوان سومین اختلال شایع روانشناختی معرفی کرد (لکروبیئر^{۴۲}، ۱۹۹۸).

درمان نشدن به موقع اختلالات اضطرابی از جمله آن هراس اجتماعی آمار خودکشی را به شدت افزایش می دهد و رفتارهای مخرب علیه خود تولید می کند (قاسم زاده ، عظیم ، ۱۳۸۹).

به طور کلی اضطراب، به حالتی اشاره دارد که به موجب آن، فرد بیش از اندازه درباره اتفاق افتادن مسئله وحشتناکی در آینده ؛ نگران، تنیده و ناراحت است. اضطراب هم عنصر شناختی و هم عاطفی دارد (هالجین، کراس ویتبورن ، ۲۰۰۳ به نقل از سید محمدی ۱۳۸۳).

روان تحلیل گران براین عقیده اند که تعارض های سرکوب شده تولید اضطراب می کنند و رفتار درمانگران اضطراب را نتیجه واکنش غیرارادی نسبت به حوادثی که قبلا در زندگی فرد اتفاق افتاده است و درمانگران شناختی آن را نتیجه افکار منفی و غیر منطقی می دانند (برنز به نقل از قراچه داغی ، ۱۳۸۶).

ذات زندگی اجتماعی، زیستن در کنار دیگران و معاشرت با مردم است. آنچه زندگی آدمی را شکل می دهد روابط میان انسانهاست، از اعضای یک خانواده کوچک بگیرد تا اعضای جامعه جهانی همه به این روابط اجتماعی نیازمند هستند (فتحی، ۱۳۸۴).

هراس اجتماعی به عنوان اضطراب شدید در موقعیتهای اجتماعی شناخته می شود و حداقل بخشی از فعالیتهای روزمره شخص را مختل می کند (قاسم زاده ، عظیم ، ۱۳۸۹).

این اختلال در موارد شدید می تواند کیفیت زندگی فرد را تا حد زیاد و یا حتی غیر قابل درکی کاهش دهد بعضی از مبتلایان ممکن است هفته ها از خانه خارج نشوند یا از بسیاری از موقعیتهای اجتماعی خودصرف نظر کنند (همبرگ ، ۲۰۰۳).

هراس اجتماعی می تواند از نوع خاص^{۴۳} به این معنی که فقط برخی موقعیت های اجتماعی خاص موجب اضطراب می شود یا از نوع فراگیر^{۴۴} باشد که در واقع نوعی نگرانی شدید ، مزمن پایدارست که فرد نگران قضاوت دیگران در مورد ظاهر یا رفتارش و یا خجالت کشیدن و تحقیر شدن در حضور دیگران است . در حالی که شخص مبتلا معمولا متوجه غیر منطقی بودن یا زیاده روی در این احساس ترس می باشد ولی غلبه کردن بر این مسئله برایش بسیار دشوار است . حداکثر حدود ۱۳/۳ درصد مردم در مقطعی از زندگی معیارهای هراس اجتماعی را تجربه می کنند . نسبت مردان به زنان مبتلا ۲ به ۳ می باشد (همان منبع).

⁴² Lecrubier

⁴³ Specific

⁴⁴ Generalized

در درمان این اختلال ۲ درمان مهم مطرح است یکی درمان دارویی است که شامل : مهار کننده های انتخابی باز جذب سروتونین^{۴۵} ، مهار کننده های مونوآمینو اکسیداز (فیگورا^{۴۶} ، ۲۰۰۲) و بنزودیازپینها (دیویدسون^{۴۷} ، ۲۰۰۳) می باشد و درمان مطرح دیگر درمانهای روانشناختی شامل : رفتاری - شناختی ، درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۴۸} ، درمان مواجهه ای^{۴۹} و آموزش مهارتهای اجتماعی می باشد (همبرگ و همکاران ، ۲۰۰۳) .

در حال حاضر بیش از ۴۰۰ نوع روان درمانی در کشورهای غربی به کار برده می شود که حدود ۱۵۰ نوع از این درمان ها دارای پشتوانه علمی محکمی هستند (مایچ هرسن ، ۲۰۰۲). البته میان این الگوهای متعدد، همگرایی وجود دارد (فلورنس^{۵۰} ، ۲۰۰۲).

باید خاطر نشان کرد که درمان کلی، به درمانی گویند که اختصاص به فرد یا بیماری خاصی ندارد و برای درمان بسیاری از افراد و بیماری ها استفاده می شود. در روانشناسی، روش های روان پویشی و درمانگری های انسانی نگر- هستی نگر، در قلمرو روش های درمانگری کلی قرار می گیرند چون متخصصانی که این روش ها را به کار می برند، در درمان اختلال های مختلف همواره از شیوه های مشابهی استفاده میکنند (دادستان ، ۱۳۸۸).

و اما درمان اختصاصی، به آن دسته از درمان ها گفته میشود که مربوط به بیماری خاصی است (جفری^{۵۱} ، ۲۰۰۴) مثل مواجهه و غرقه سازی در فوبی ها و شیوه های مواجهه با مشکلات جنسی از این قبیلند (هاوتون به نقل از قاسم زاده ۱۳۸۹).

سیمونز و همکاران (۱۹۸۵) دریافتند که بیمارانی که از خزانه مهارتهای مقابله ای رفتاری شناختی خوبی برخوردارند، در مقایسه با بیمارانی که فاقد چنین خزانه ای هستند، سریعتر و کاملتر به رفتار درمانی شناختی پاسخ نشان می دهند و علت این امر شاید این باشد که منطق درمان را راحت تر می پذیرند و دلیل دیگر آنکه در مورد این بیماران به جای آموزش رفتارهای انطباقی کاملاً جدید به آنان سعی می شود به فعال سازی مجدد مهارتهای موجود که بر اثر افسردگی آسیب دیده اند، اکتفا شود (نقل از بک^{۵۲} ، امری^{۵۳} ۱۹۸۵).

⁴⁵ SSRIS

⁴⁶ Figueira

⁴⁷ Davidson

⁴⁸ acceptance – Commitment therapy or ACT

⁴⁹ exposure therapy

⁵⁰ Florence

⁵¹ Jeffrey

⁵² Beck

⁵³ Emery