

مجله علمی - پژوهشی پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری

سال سوم، شماره دوم، پیاپی (۵)، پاییز و زمستان ۱۳۹۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۵/۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۱/۲۷

صص: ۷۰-۵۵

رابطه باورهای فراشناختی با علایم اضطراب اجتماعی (اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک)

در جمعیت غیربالینی

مهدی حسونند عموزاده^{۱*}، رسول روشن چسلی^۲، مسعود حسونند عموزاده^۳

۱- مربی، گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

m.amouzade@gmail.com

۲- دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه شاهد تهران، تهران، ایران

rasolroshan@gmail.com

۳- دکتری تخصصی اطفال، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

Aramo42@yahoo.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه باورهای فراشناختی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی در جمعیت غیربالینی انجام شده است. نمونه پژوهش شامل ۳۰۰ (۱۶۶ زن و ۱۳۴ مرد) دانشجوی دانشگاه ایلام بودند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای از میان افراد جامعه مزبور انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های فرم کوتاه پرسشنامه باورهای فراشناختی ولز و سیاهه فویبای اجتماعی را تکمیل نمودند. نتایج نشان داد که باورهای فراشناختی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی رابطه مثبت و معناداری دارد ($P < 0/05$). همچنین، نتایج ضریب رگرسیون گام به گام نشان داد که قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌ها برای نشانه‌های اضطراب اجتماعی؛ برای مؤلفه اجتناب، خرده مقیاس‌های کنترل ناپذیری فکر و خطر و خود آگهی شناختی؛ برای مؤلفه ترس، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر؛ برای مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر، باورهای مثبت در مورد نگرانی و اعتماد شناختی هستند ($P \leq 0/05$). یافته‌های حاضر با حمایت از مدل فراشناختی ولز و میتوز برای اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد که باورهای فراشناختی در ارتباط با علایم اضطراب اجتماعی نقش مهمی دارند. بنابراین، تغییر باورهای فراشناختی با توجه به اهمیت نقش آنها در مؤلفه‌های اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک می‌تواند به عنوان مانعی در تشدید و تداوم علائم اضطراب اجتماعی باشد.

واژه‌های کلیدی: باورهای فراشناختی، اجتناب، ترس، ناراحتی فیزیولوژیک

مقدمه

پژوهشگران در دو دهه اخیر، در عین پرداختن به جنبه‌های آسیب‌شناسی و نشانه شناختی اختلال مزبور، به زمینه‌های عالی یا ارتباطی متغیرهای دیگر با اضطراب اجتماعی توجه جدی نشان داده‌اند. بدین خاطر با مسائل متعددی در ارتباط با متغیرهای یاد شده روبرو بوده‌اند. در این رابطه الگوهای شناختی و در پی آن الگوهای فراشناختی، ساز و کارهای زیرین اضطراب اجتماعی را مورد بررسی قرار داده‌اند (لی و تلچ^{۱۱}، ۲۰۰۸؛ ولز و میتوز^{۱۲}، ۱۹۹۶). برخی از نخستین معیارهای رفتاری اضطراب اجتماعی بر نبود مهارت‌های اجتماعی در افراد مبتلا تاکید داشتند، سپس معیارهای شناختی با تاکید بر بی‌کفایتی ادراک شده و ترس از ارزیابی منفی و اخیرا دانش (باورها) فرایندها و راهبردهایی که شناخت را ارزیابی، نظارت و کنترل می‌کنند مطرح گردیده است.

کلارک^{۱۳} و ولز (۱۹۹۵) در مدل شناختی که برای اضطراب اجتماعی ارائه داده‌اند، بر این عقیده‌اند که بیماران اضطراب اجتماعی بر اساس تجارب اولیه، یک رشته فرض‌های شناختی درباره خودشان و موقعیت اجتماعی بوجود می‌آورند. این فرض‌ها سبب سوگیری در تعبیر می‌شود و این امر مؤلفه‌های رفتاری تغییر توجه را در برنامه اضطراب متاثر می‌سازد. همچنین مدل شناختی رفتاری اضطراب اجتماعی^{۱۴} (رپی و هیمبرگ^{۱۵}، ۱۹۹۷) بیان می‌دارد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی میان رفتار ادراک شده خودشان و استانداردی که باور دارند

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ این‌طور مفهوم‌پردازی می‌شود: ترس افراطی یا غیرمعقول از موقعیت‌هایی که رفتار یا عملکرد فرد ممکن است مورد واریسی^۲ یا ارزیابی قرار بگیرد. این ترس ناشی از این انتظار است که فرد به‌طور منفی مورد قضاوت قرار خواهد گرفت و این مسئله به دستپاچگی و تحقیر خواهد انجامید (سوزیک و همکاران^۳، ۲۰۰۸). به لحاظ میزان شیوع، اضطراب اجتماعی یکی از سه اختلال شایع روان‌پزشکی (گارسیا لویز^۴، ۲۰۰۶) بعد از افسردگی اساسی و الکلیسم است (مویترا و همکاران^۵، ۲۰۰۸). شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در مطالعه مراحل رشدی اولیه آسیب‌شناسی روانی^۶ (EDSP) مورد بررسی قرار گرفته که میزان شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی را ۰/۵/۲٪ و نرخ شیوع مادام‌العمر آن را ۰/۷/۳٪ نشان داده است (هیمبرگ و بکر^۷، ۲۰۰۲). جوانان مبتلا به اضطراب اجتماعی به‌طور کلی مراودات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبرو می‌شوند (آلفانو و بیدل^۸، ۲۰۱۱). باید توجه داشت اضطراب اجتماعی با کاهش زیاد کیفیت زندگی مرتبط است (فارمارک^۹، ۲۰۰۲؛ ویتچین و بلوچ^{۱۰}، ۱۹۹۶)

¹ social anxiety disorder

² scrutiny

³ Sosis et al

⁴ Garcia-Lopez

⁵ Moitra et al

⁶ early developmental stages of psychopathology (EDSP) study

⁷ Heimberg & Becker

⁸ Alfano & Beidel

⁹ Farmark

¹⁰ Wittchen & Beloch

¹¹ Lee & Telch

¹² Wells & Matthews

¹³ Clark

¹⁴ cognitive behavioral model of social phobia

¹⁵ Rapee & Heimberg

فراشناخت‌ها چه در میان جمعیت نرمال و چه در میان بیماران اقدام کرده‌اند (ولز و پاپا جورجیوس^۷، ۱۹۹۸). ولز و کارتر^۸ (۲۰۰۱) بیان می‌کنند که باورهای فراشناختی ممکن است در تحول نشانه‌ها و مؤلفه‌های اضطرابی نقش مهم و اساسی داشته باشند. الیس و هادسون^۹ (۲۰۱۰) نشان دادند که نگرانی و اضطراب از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی، به‌خصوص اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی بوده که با باورهای مثبت و منفی فراشناختی ارتباط دارند.

به‌نظر ولز (۲۰۰۹) تأثیر انواع راهبردهایی که افراد مضطرب برای تنظیم افکار و احساساتشان در موقعیت‌هایی که ارزیابی می‌شوند، می‌تواند نشانه‌های جسمی، باورهای منفی در مورد خود و دنیای اجتماعی و همچنین تغییرات رفتاری را در پی داشته باشد. وجود باورهای شناختی منفی در مورد خویشتن می‌تواند به‌عنوان عامل خطر^{۱۰} در جهت ترس و اجتناب افراد مستعد به اضطراب اجتماعی در ورود به موقعیت‌های اجتماعی باشد. (روث^{۱۱}، ۲۰۰۴). بدین ترتیب منشاء آشفتگی‌هایی افراد مضطرب اجتماعی ممکن است ماهیت ساختاری داشته باشد و یا اینکه با استراتژی‌های بیمار برای ارزیابی و کنترل افکار مرتبط باشد (اسپکتور و لیمن^{۱۲}، ۲۰۰۲؛ ولز، ۲۰۰۹). در همین راستا محققان نشان داده‌اند که علایم اضطرابی ممکن است ناشی از انتخاب‌های گزینشی باشد که تحت تأثیر باورهای فراشناختی

دیگران برای آن‌ها در نظر گرفته‌اند، در نوسان بوده و این امر منجر به ترس از ارزیابی منفی می‌شود.

از طرفی فراشناخت شامل دانشی پایدار در مورد باورهای مربوط به نظام شناختی و دانش مربوط به عواملی است که کارکرد نظام شناختی را تحت تأثیر قرار داده و حالت شناختی جاری را تنظیم نموده و منجر به آگاهی از آن می‌شود (اسپادا و همکاران^۱، ۲۰۰۸). به اعتقاد فلاول و میلر^۲ (۱۹۹۸) فراشناخت دانش یا فرآیند شناختی است که در ارزیابی بازبینی یا کنترل شناخت بیماری مشارکت دارد. طبق یافته‌های پژوهشی فرآیندهای شناختی بیماران اضطراب اجتماعی نارسا و مختل است (ولز و میتوز، ۱۹۹۶؛ ولز، ۱۹۹۷؛ افشاری و همکاران، ۱۳۸۹). نقش باورهای فراشناختی در اختلالات روان‌شناختی از طریق مدل پردازش اطلاعات توسط ولز و میتوز (۱۹۹۶) توسعه داده شده است. در مدل کنش اجرایی خود - تنظیمی^۳ آسیب‌پذیری نسبت به اختلالات روانی، تداوم و حفظ این اختلالات با سندرم شناختی - توجهی^۴ که با توجه تثبیت شده^۵، بازبینی تهدید، پردازش نشخوار فکری^۶، فعال‌سازی باورهای مختل و استراتژی‌های خود تنظیمی مشخص می‌شود، مرتبط است (ولز، ۱۹۹۷؛ اسپادا و همکاران، ۲۰۰۸). این مدل نقش درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری روانی و تداوم آن مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. چندین نظریه پرداز بر اساس مدل کنش اجرایی خود - تنظیمی به شناسایی و بررسی

⁷ papageorgiou

⁸ Wells & Carter

⁹ Ellis & Hudson

¹⁰ risk factor

¹¹ Roth

¹² Spectur & Libman

¹ spada etal

² Flavell & Miller

³ self-regulatory executive function model

⁴ syndrome cognitive-attention

⁵ fixated attention

⁶ rumination

قراردارند (ولز و کارتر، ۲۰۰۱؛ یلماز^۱، ۲۰۱۱). برهمند^۲ (۲۰۰۴) و مارکانتانی و همکاران^۳ (۲۰۱۰) بین باورهای فراشناختی به خصوص استراتژی کنترل فکر با افکار اضطرابی در بیماران اضطراب اجتماعی و بیماران اضطراب فراگیر همبستگی قوی تری نسبت به گروه کنترل مشاهده نموده‌اند. اسپادا و همکاران (۲۰۰۸) و ولز و کارت رایت - هاتن^۴ (۲۰۰۴) در پژوهش‌های خود نشان داده‌اند که برخی از ابعاد فراشناخت شامل (باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری افکار و خطر، اعتماد شناختی و باورهایی در زمینه نیاز به کنترل افکار) با انواع اضطراب رابطه مثبتی دارند.

در ایران وزیری و همکاران (۱۳۸۷) بین باورهای فراشناختی با فوبی ارتباط معناداری یافتند ولی کرمی و همکاران (۱۳۹۰) بین باورهای فراشناختی با هراس اجتماعی ارتباطی یافت نکردند. به‌طور کلی می‌توان گفت مطابق پژوهش‌ها، بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی با سوگیری‌هایی در موارد زیر مشخص می‌شوند: تعبیر منفی وقایع اجتماعی بیرونی، کشف پاسخ‌های منفی از جانب دیگران، به هم خوردن تعادل توجه بین پردازش بیرونی و پردازش متمرکز بر خود، استفاده از اطلاعات درونی برای ساختن یک طرز فکر در مورد اینکه از دید دیگران چگونه به نظر می‌رسند، یادآوری اطلاعات منفی در مورد عملکردهای خود و همچنین تنوعی از پردازش‌های پس از واقعه و پیش‌بینی شکست قبل از رویارویی با موقعیت (کلارک و مک مانوس^۵، ۲۰۰۲).

افراد مبتلا به هراس اجتماعی، اطلاعات محیط اجتماعی را به‌صورت انتخابی و تحریف شده پردازش می‌کنند و در این زمینه خطاهای شناختی بیشتری از خود نشان می‌دهند. این خطاها ممکن است در زمینه توجه (چن و همکاران^۶، ۲۰۰۳) و تعبیر و تفسیر وقایع (هیگا و دالیدن^۷، ۲۰۰۷) و اطلاعات باشد که معمولاً به‌صورت ترکیبی با همدیگر عمل می‌کنند (لی و تلچ، ۲۰۰۸). بنابراین به‌نظر می‌رسد باورهای فراشناختی با تجربه نشانه‌های اضطرابی و حفظ و تداوم این نشانه‌ها (ولز و کارتر، ۲۰۰۱) ارتباط داشته باشد.

⁶ Chen etal

⁷ Higa & Daliden

⁸ Beidel etal

¹ Yilmaz

² Barahmand

³ Marcantonio etal

⁴ Cartwright-Hatton

⁵ Mc Manus

اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک به عنوان مؤلفه‌های اصلی اضطراب اجتماعی (کانور و همکاران^۴، ۲۰۰۰) (۲۰۰۰) پرداخت تا درعین مشخص کردن روابط متغیرهای فراشناختی با علایم اضطراب اجتماعی، تا حدودی زمینه شکل‌گیری اضطراب اجتماعی در گستره عوامل تاثیرگذار و گستره همبسته‌های مرتبط با آن را مشخص نماید. بنابراین با توجه به مطالب فوق‌الذکر هدف تحقیق حاضر، بررسی رابطه باورهای فراشناختی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی (اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک) بود. فرضیه‌های زیر قابل تدوین است:

۱- باورهای فراشناختی، مؤلفه اجتناب از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌کند.

۲- باورهای فراشناختی، مؤلفه ترس از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌کند.

۳- باورهای فراشناختی، مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌کند.

روش

پژوهش حاضر پیرو طرحی از نوع توصیفی - همبستگی بود که به بررسی رابطه باورهای فراشناختی با علایم اضطراب اجتماعی (اجتناب، ترس، ناراحتی فیزیولوژیک) در جمعیت غیربالینی پرداخت. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی متغیر ملاک از روی چند

افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و در مطالعه زمینه‌یابی ملی همایندهای مرضی^۱ (NCS) تنها ۲/۵ درصد از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در طول زندگی، در جستجوی کمک حرفه‌ای بر آمده‌اند (همیبرگ و بکر، ۲۰۰۲). موارد مطرح شده اهمیت توجه به نمونه‌های غیربالینی و افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در اجتماع را که برای درمان مراجعه نمی‌کنند، بیش از پیش برجسته می‌نماید. اهمیت دیگر پژوهش، تعیین وزن هر یک از مؤلفه‌های فراشناختی در پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب اجتماعی است. با مشخص شدن اهمیت مؤلفه‌های در نظر گرفته شده، می‌توان به زمینه همبسته‌های متغیر اضطراب اجتماعی در شرایط بوم - فرهنگ خاص نزدیک شده و تا حدودی زمینه‌های شکل‌گیری آن را ترسیم نمود. با توجه به میزان شیوع بالای این اختلال (فارمارک، ۲۰۰۲) و با مدنظر قرار دادن این مطالب که اضطراب اجتماعی ارتباط گسترده‌ای با کیفیت زندگی فردی - اجتماعی همچون، افت عملکرد با انتظارات دوران بزرگسالی، معلولیت‌های قابل ملاحظه (اکارتورک و همکاران^۲، ۲۰۰۸) و کاهش معنا در سطوح زندگی دارد (بوگلز و همکاران^۳، ۲۰۱۰) و نیز با توجه به نقص تحقیقات موجود در ایران در تعیین بیشتر واریانس متغیرهایی که قادرند اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی نمایند، پژوهش حاضر در عین اینکه بیانگر شرایط متغیر اضطراب اجتماعی در نمونه‌های خاص در ایران بوده، به بررسی رابطه باورهای فراشناختی با نشانگان ترس،

¹ national comorbidity survey

² Acarturk etal

³ Bögels etal

⁴ Connor etal

جدول ۱. جدول مربوط به جامعه و تعداد نمونه ارائه شده

درصد	نمونه فراوانی	فراوانی جامعه	آزمودنی	دانشکده
۰/۱۷	۵۴	۶۹۳	زن	علوم انسانی
۰/۱۳	۴۰	۷۲۷	مرد	
۰/۳۱	۹۴	۲۰۲۰	کل	
۰/۰۹	۲۹	۲۸۹	زن	علوم کشاورزی
۰/۰۷	۲۳	۲۲۷	مرد	
۰/۱۶	۵۱	۵۱۶	کل	
۰/۱۶	۴۹	۵۵۸	زن	علوم پایه
۰/۰۶	۱۸	۲۰۴	مرد	
۰/۲۳	۶۷	۷۶۲	کل	
۰/۱۱	۳۵	۳۵۳	زن	فنی و مهندسی
۰/۱۷	۵۳	۷۱۰	مرد	
۰/۲۸	۸۸	۱۰۶۳	کل	
۱۰۰	۳۰۰	۵۷۳۵		مجموع

در این پژوهش برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شده است:

۱- مقیاس اضطراب اجتماعی^۴ (SPIN): این مقیاس نخستین بار توسط کانور و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خود سنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است. هر ماده بر اساس مقیاس لکیرت پنج درجه‌ای (به‌هیچ وجه=۰، کم=۱، تا اندازه‌ای=۲، خیلی زیاد=۳ و بی‌نهایت=۴) درجه‌بندی می‌شود. پایایی این پرسشنامه به روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده

متغیر پیش‌بین بود، در این پژوهش مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی متغیر ملاک و مؤلفه‌های فراشناختی به‌عنوان مؤلفه‌های پیش‌بین در نظر گرفته شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل همه دانشجویان مقطع کارشناسی نیم سال اول سال تحصیلی ۱۳۸۹-۹۰ دانشگاه ایلام بود. نگاهی به پژوهش‌های همبستگی در مورد اضطراب اجتماعی و جوامعی مشابه جامعه مورد مطالعه بیانگر نمونه‌های متنوعی است که با توجه به پژوهش‌های مرتبط با متغیر یاد شده؛ کاشدان و همکاران^۱، ۲۰۰۸؛ ۱۰۰ نفر، جان و همکاران^۲ ۲۰۱۰؛ ۲۴۰ نفر، مارتین و دالین^۳، ۲۰۰۵، ۲۳۴ نفر، در پژوهش حاضر با احتساب نرخ ریزش از ۳۱۰ نفر برای تکمیل، پرسشنامه‌های تحقیق دعوت به‌عمل آمد. در آخر با کنار گذاشتن پرسشنامه‌های مخدوش تعداد ۳۰۰ نفر (۱۶۶ دختر و ۱۳۴ پسر) از رشته‌های مختلف تحصیلی در حوزه‌های علوم انسانی، علوم پایه، کشاورزی، فنی و مهندسی به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی انتخاب شدند. میانگین سنی کل آزمودنی‌ها ۲۱/۹۷ سال (دامنه ۲۸-۲۱/۸۹، $sd=۲/۲۲،۱۹$)، میانگین سنی دانشجویان دختر ۲۱/۸۹ سال (دامنه ۲۷-۲/۱۹،۴، $sd=۲/۱۹،۴$) و میانگین سنی دانشجویان پسر ۲۲/۰۶ سال (دامنه ۲۸-۱/۱۹،۹۶، $sd=۱/۱۹،۹۶$) بود.

^۱ Kashdan et al

^۲ Jon et al

^۳ Martin & Dahlen

^۴ Social Phobia Inventory (SPIN)

فیزیولوژیک برای سنجش علایم اضطراب اجتماعی استفاده شد. همچنین در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۹ به دست آمد.

۲- فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت^۴ (MCQ-۳۰): به منظور سنجش باورهای فراشناختی توسط ولز و کارت رایت - هاتون (۲۰۰۴) ساخته شده است این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و هر آزمودنی به این ماده‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (از موافق نیستم تا خیلی موافقم) پاسخ می‌دهد. پرسشنامه فراشناخت ۵ مقیاس دارد که عبارتند از: ۱- باورهای مثبت در مورد نگرانی ۲- اعتماد شناختی ۳- خودآگاهی شناختی ۴- باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر ۵- باورها در مورد نیاز به کنترل افکار. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازمیابی (بعد از یک ماه) این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب همبستگی پرسشنامه فراشناخت با پرسشنامه اضطراب - صفت - حالت اسپیل برگر (۰/۵۳) پرسشنامه نگرانی حالت بین (۰/۵۴) و پرسشنامه اختلال وسواس فکری - عملی پادوا (۰/۴۹) معنادار است (ولز و پاپو جورجیو، ۱۹۹۸). ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی ۰/۹۱ گزارش شده است (شیرینزاده، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۹ به دست آمد.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها: جهت اجرای این پژوهش ابتدا ابزارهای مورد نیاز تهیه شد و سپس از

و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس‌های فرعی ترس ۰/۸۹ و برای اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس فرعی ناراحتی فیزیولوژیک معادل ۰/۸ گزارش شده است (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). حسنوند عموزاده و همکاران (۱۳۸۹) در نمونه غیربالینی در ایران روایی و پایایی این مقیاس را به دست آوردند. ضریب آلفای پرسشنامه در نیمه اول آزمون برابر ۰/۸۲، برای نیمه دوم آزمون برابر ۰/۷۶، همچنین همبستگی دو نیمه آزمون برابر ۰/۸۴ و شاخص اسپیرمن براون کل پرسشنامه برابر ۰/۹۱ بوده است. همچنین محاسبه آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی‌ها در خرده مقیاس‌های اضطراب اجتماعی برای اجتناب برابر ۰/۷۵، برای ترس برابر ۰/۷۴ و برای ناراحتی برابر ۰/۷۵ بوده، که نشانگر این است که پایایی محاسبه شده رضایت‌بخش است. اعتبار همگرایی پرسشنامه SPIN بر اساس رابطه آن با پرسشنامه خطای شناختی^۱ (CEQ) $r(0/001) = 0/35$ ، با نمرات مقیاس درجه‌بندی حرمت خود^۲ (SERS) $r(0/001) = 0/58$ و با اضطراب فوییک از نسخه تجدید نظر شده چک لیست نشانگان^۳ ۹۰ سوالی^۳ (SCL-90-R) $r(0/001) = 0/70$ به دست آمد که بیانگر اعتبار مناسب آزمون است. در پژوهش حاضر از سه مقیاس فرعی پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPIN) یعنی ترس، اجتناب و ناراحتی

^۱ Cognitive Error Questionnaire(CEQ)

^۲ Self-Esteem Rating Scale(SERS)

^۳ Symptom Check List -90- Revised (SCL-90-R)

^۴ Meta-Cognations Questionnaire- 30(MCQ-30)

هر دانشکده چند کلاس به تصادف انتخاب شد. در پی آن نخست از افراد خواسته شد تا رضایت نامه پژوهش را پر کنند و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند، همچنین به آن‌ها گفته شد که اطلاعات آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و آنان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند. آنگاه پرسشنامه‌ها به شکل همزمان در بین نمونه‌های انتخاب شده توزیع و اطلاعاتی در رابطه با نحوه پر کردن پرسشنامه‌ها داده شد. نهایتاً داده‌های مورد نیاز استخراج و پس از جمع آوری اطلاعات، داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. معیارهای ورود در پژوهش حاضر شامل اشتغال به تحصیل در مقطع کارشناسی دانشگاه ایلام، تمایل به شرکت در مطالعه و عدم وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده که موجب کاهش انگیزه در تکمیل پرسشنامه‌ها می‌گردید و معیارهای خروج از پژوهش شامل وجود اختلالات عضوی نظیر ضربه به سر، صرع، تشنج و تومور مغزی از جمله معیارهای بود که باعث حذف آزمودنی‌ها از فرآیند پژوهش می‌گردید. بعد از اجرای پرسشنامه‌ها در گروه‌ها و خوشه‌های انتخاب شده، در نهایت پس از بررسی نواقص پرسشنامه‌های پر شده توسط آزمودنی‌ها، تعداد ۳۰۰ پرسشنامه برای تجزیه و

تحلیل نهایی انتخاب گردید. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: (۱) کلیه پاسخ دهندگان به صورت کتبی اطلاعاتی را در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کردند. (۲) افراد آزادی کامل داشتند تا در صورت عدم تمایل در پژوهش شرکت نکنند. (۳) به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات بر اساس اصل رازداری، محرمانه می‌باشد و برای امور پژوهشی مورد استفاده قرار خواهند گرفت. (۴) به منظور رعایت حریم خصوصی افراد نام و نام خانوادگی افراد ثبت نشد. (۵) شرکت کنندگانی که تمایل به آگاهی از نتایج پژوهش را داشتند، امکان ارائه نتایج پژوهش پس از اتمام کار به صورت مشاوره انفرادی برای آن‌ها وجود داشت. (۶) جهت حصول اطمینان از روند پژوهش کلیه پرسشنامه‌ها توسط خود پژوهشگر اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی و ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون استفاده شده است.

نتایج

نتایج رگرسیون چندگانه گام به گام به ترتیب در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۲. ضریب رگرسیون چند متغیری مؤلفه‌های فراشناختی با مؤلفه‌های اضطراب اجتماعی با روش گام به گام

متغیر ملاک	متغیر پیش‌بین	Ss	Df	Ms	F (p)	R2	ΔR^2	β	T (p)
اجتناب	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر	۱۲۹۶/۷۱	۱	۴۲۳۰/۵۲	۴۷/۹۲ ۰/۰۰۱	۰/۲۲۸	۰/۲۲۴	۰/۳۲۶	۱/۳۳۶ ۰/۰۰۴
	خودآگاهی شناختی باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر	۲۱۲۸/۰۲	۲	۳۵۸۱/۱۱	۳۸/۷۲ ۰/۰۰۱	۰/۲۴۱	۰/۲۲۸	۰/۲۱۸	۴/۵۷ ۰/۰۰۱
	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر	۳۸۶۸/۶۱	۱	۳۴۷۰/۸۱	۹۰/۱۲۱ ۰/۰۰۱	۰/۱۷۷	۰/۴۴۱	۰/۳۰۸	۴/۴۹ ۰/۰۰۲
ناراحتی	باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر	۵۴۱۰۲/۱۳	۱	۳۴۰۱/۴۴	۴۹/۲۸ ۰/۰۰۱	۰/۰۷۱	۰/۲۶۱	۰/۲۸۱	۳/۵۹ ۰/۰۰۱
	اعتماد شناختی باورهای مثبت در مورد نگرانی	۱۲۲۸/۱۳	۲	۳۳۲۰/۲۵	۲۵/۴ ۰/۰۰۱	۰/۰۲۰	۰/۲۸۳	۰/۱۷۱	۲/۳۹ ۰/۰۱
	باورهای مثبت در مورد نگرانی	۳۲۱۰/۴۱	۳	۱۲۴۱/۱۲	۳۷/۷۱ ۰/۰۰۱	۰/۰۱۲	۰/۲۹۶	۰/۱۳۶	۱/۹۸ ۰/۰۲

فراشناخت بهترین متغیرهای پیش‌بین برای مؤلفه اجتناب، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر ($R^2=0/224$ ؛ $p \leq 0/004$) و خودآگاهی شناختی ($R^2=0/228$ ؛ $p \leq 0/001$) است. بنابراین

همان‌گونه که جدول ۲ نشان می‌دهد ابتدا همه مؤلفه‌های فراشناختی به‌عنوان متغیر پیش‌بین و مؤلفه اجتناب به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج نشان داد که از میان مؤلفه‌های

فکر و خطر، اعتماد شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی تایید می‌گردد.

بحث و نتیجه

نتایج پژوهش نشان داد که باورهای فراشناختی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی رابطه معناداری دارند و این ارتباط در مؤلفه اجتناب نسبت به ترس و ناراحتی فیزیولوژیک قوی‌تر است. این یافته با پژوهش‌های ولز و کارتر (۲۰۰۱)، وزیر و همکاران (۱۳۸۷)، هیگا و دالیدن (۲۰۰۷) و برهمند (۲۰۰۴) همخوانی دارد. در تبیین یافته به دست آمده با توجه به تئوری‌های شناختی و فراشناختی در حوزه آسیب‌شناسی اضطراب اجتماعی می‌توان به اهمیت سوگیری در تعبیر و نقش آن در ارزیابی منفی رویدادها به عنوان هسته اضطراب اجتماعی اشاره کرد. می‌توان گفت سوگیری در تعبیر و تفسیر موقعیت‌های اجتماعی منجر به ایجاد فرضیه‌های اشتباه در مورد خود و محیط اجتماعی می‌شود. این امر به بازبینی تهدید و فعال‌سازی استراتژی‌های خود تنظیمی ناکارآمد ارتباط دارد و ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی را در پی دارد. نتایج پژوهش‌های چن و همکاران (۲۰۰۳) کلارک و ولز (۱۹۹۵)، رپی و هیمبرگ (۱۹۹۷) و کلارک و مک مانوس (۲۰۰۲) به نوعی تاییدکننده این موضوع هستند.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که به ترتیب، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر و خودآگاهی شناختی از مهمترین مؤلفه‌های فراشناختی هستند که مؤلفه اجتناب را پیش‌بینی می‌کنند. در صورتی که مؤلفه‌های باورهای منفی در

فرضیه اول پژوهش که بیان می‌دارد باورهای فراشناختی، مؤلفه اجتناب از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌نماید، در دو مورد باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر و خودآگاهی شناختی تایید می‌گردد.

سپس همه مؤلفه‌های فراشناختی به عنوان متغیر پیش‌بین و مؤلفه ترس به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج نشان داد که از میان مؤلفه‌های فراشناختی بهترین متغیرهای پیش‌بین برای مؤلفه ترس، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر ($R^2=0/441$; $p \leq 0/002$) است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش که بیان می‌دارد باورهای فراشناختی، مؤلفه ترس از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌نماید، فقط در مورد باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر تایید می‌گردد.

در مرحله آخر همه مؤلفه‌های فراشناختی به عنوان متغیر پیش‌بین و مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک به عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج نشان داد که از میان مؤلفه‌های فراشناختی بهترین متغیرهای پیش‌بین برای مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر ($R^2=0/261$; $p \leq 0/001$)، اعتماد شناختی ($R^2=0/283$; $p \leq 0/01$) و باورهای مثبت در مورد نگرانی ($R^2=0/296$; $p \leq 0/02$) است. بنابراین فرضیه سوم پژوهش که بیان می‌دارد باورهای فراشناختی، مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک از نشانه‌های اضطراب اجتماعی را در جمعیت غیربالینی پیش‌بینی می‌نماید، در سه مورد باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری

وضعیت جاری می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). در همین راستا مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی نیز (رپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷ و هافمن^۱، ۲۰۰۷؛ کلارک و ولز، ۱۹۹۵؛ کیمبرل^۲، ۲۰۰۸) باورهای ناسازگارانه را عاملی در جهت احساس اضطراب در موقعیت‌های جدید می‌دانند. این اضطراب در سیکل معیوبی رفتارهای اجتنابی (اجتناب مؤلفه‌ای است که بالاترین همبستگی را با باورهای فرا شناختی دارد) را بر می‌انگیزد که موجب تداوم باورهای ناکارآمد می‌شود (ولز و کارتر، ۲۰۰۱). می‌توان گفت که باورهای فراشناختی، در سطحی بالاتر از فرآیندهای شناختی در تعامل با مؤلفه‌های اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیک به هنگام رویارویی فرد با موقعیت‌های جدید با آسفتگی ذهنی همراه می‌شوند.

یافته پژوهش حاضر و پژوهش‌های نامبرده با پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۰) که در پژوهش خویش نشان داده‌اند مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر و فراشناخت کل، توان پیش‌بینی هراس اجتماعی را ندارند، ناهمخوان است. در تبیین این تفاوت یافته‌ها می‌توان به بحث تفاوت‌های فردی و فرهنگی که در شکل‌گیری فرآیندهای شناختی و فراشناختی وجود دارد، اشاره کرد. فرآیندهای فراشناختی دارای دو جنبه مستقل اما مرتبط با یکدیگرند: دانش فراشناختی و تجربه فراشناختی (کدیور، ۱۳۸۳). از این رو تجربه فراشناختی می‌تواند در تعامل بین شخص و محیط، دانش شناختی و باورهای فراشناختی را متاثر سازد و

مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر تنها مؤلفه‌ای است که ترس را پیش‌بینی می‌کنند و مؤلفه‌های باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکر و خطر، اعتماد شناختی و باورهای مثبت در مورد نگرانی مؤلفه ناراحتی فیزیولوژیک را پیش‌بینی می‌کنند که با یافته‌های پژوهشی وزیری و همکاران (۱۳۸۹)، ولز (۱۹۹۵)، مارکانتانیو و همکاران (۲۰۱۰) همخوانی دارد.

در تبیین این نتایج می‌توان بیان کرد که مطابق مدل فراشناختی اضطراب ولز و میتوز (۱۹۹۶) افراد آسیب‌پذیر به دلیل نگرانی (هادسون و الیس، ۲۰۱۰) با ترکیبی از باورهای فراشناختی مثبت (برای مثال، برای اجتناب از خطر باید نگران باشیم) و باورهای فراشناختی منفی (برای مثال «من هیچ کنترلی بر نگرانی ندارم») درگیر سندرم شناختی - توجهی می‌شوند که این امر به تداوم نشانه‌های اضطراب اجتماعی می‌انجامد. در تبیین دیگر می‌توان گفت باورهای فراشناختی مثبت و منفی در ارزیابی موقعیت‌های تازه با توجه به مدل کنش اجرایی خود - تنظیمی بازبینی تهدیدآوری از موقعیت‌های اجتماعی دارند و این امر فعال‌سازی باورهای مختل را به دنبال دارد. برای مثال باور مثبت «برای اینکه در امان بمانم، باید به خطر توجه کنم» موجب تداوم احساس تهدید در فرد می‌شود. همچنین باور منفی "من هیچ کنترلی به تفکر خود ندارم" با توانایی فرد در کنار گذاشتن سبک تفکر ناسازگارانه تداخل می‌نماید. علاوه بر این باورهای منفی مانند «فکر کردن به این افکار باعث می‌شود تا کنترل ذهنم را از دست بدهم» باعث تشدید توجه تثبیت شده در

¹ Hofmann

² Kimbrel

متغیرها در پیش‌بینی علایم اضطراب اجتماعی داشته، می‌تواند محل اعتنا باشد. اگر چه این مورد می‌تواند یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز باشد. البته باید توجه داشت که متغیرهایی زیادی وجود دارند که نقش آن‌ها با توجه به اختصاصات فرهنگ ایران در مورد اضطراب اجتماعی مورد بررسی قرار نگرفته است.

پژوهش حاضر تنها به نمونه دانشجویی دانشگاه ایلام بسنده کرده است در نتیجه، تعمیم یافته‌ها به جامعه عمومی بر پایه یافته‌های این بررسی باید با احتیاط انجام شود. همچنین به دلیل انجام پژوهش در جمعیت غیربالینی دانشجویی، امکان تعمیم نتایج به جامعه بالینی وجود ندارد. از سویی ابزارهای مورد استفاده، درعین ویژگی علمی، ممکن است در سنجش متغیرها با محدودیت مواجه بوده باشند. به‌ویژه متغیر ملاک تحقیق، یعنی اضطراب اجتماعی که بیشتر نوعی نشانه‌شناسی را در بر گرفته است. پیشنهاد می‌شود در آینده پژوهش‌های مشابه در گروه‌های بالینی صورت گیرد تا امکان مقایسه گروه‌های غیربالینی و بالینی فراهم آید. به‌خصوص به دلیل شیوع اضطراب اجتماعی در میان نوجوانان، بررسی آسیب‌شناسی اختلال مذکور در گستره سنی نوجوانی ضروری به نظر می‌رسد. با مد نظر قرار دادن این امر که اختلال اضطراب اجتماعی به‌عنوان یک اختلال در DSM-IV-TR دارای ملاک تشخیصی است (انجمن روان‌شناسی آمریکا، ۲۰۰۰)، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با تأکید بر مصاحبه تشخیصی محدودیت‌های احتمالی ناشی از ارزیابی نشانه‌های اضطراب اجتماعی توسط ابزارهای سنجش این اختلال (به‌ویژه برای گروه‌های بالینی) مرتفع

تفاوت‌هایی را در روابط مولفه‌های فراشناختی با متغیرهای همبسته ظاهر کند.

در پژوهش حاضر باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری فکر و خطر به‌عنوان عاملی که در مؤلفه‌های اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیکی نقش دارد، قابل مذاقه است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان عنوان کرد که: "باورکنترل‌ناپذیری فکر و خطر" به باورهای فرد در مورد کنترل‌ناپذیری افکار و اینکه افکار باید به‌منظور عملکرد خوب کنترل شوند، مربوط می‌شود. همین امر منجر به انتخاب‌گزینشی می‌شود. این یافته با یافته‌های پژوهشی ولز و کارتر (۲۰۰۱) و یلماز (۲۰۱۱) هم‌سو است. همچنین اسپادا و همکاران (۲۰۰۸) معتقدند فعال شدن باورهای فراشناختی کنترل‌ناپذیری فکر و خطر، باعث می‌شود افراد دچار تنش عاطفی می‌شوند. تجربه این تنش موجب در دسترس بودن مفاهیم "تهدید" در پردازش و تشدید اضطراب و هیجانات منفی می‌شود. در این حالت افراد تهدیدهای محیطی را بیش برآورد می‌کنند (استارسوویچ، ۲۰۰۵) و این می‌تواند علایم اضطراب اجتماعی را تشدید کند. نتایج این مطالعه حمایت بیشتری برای مدل کنش اجرایی خود تنظیمی از اختلالات روان‌شناختی ولز و میتوز (۱۹۹۶) و نیز تاییدی برای الگوهای آسیب‌شناسی اضطراب اجتماعی کلارک و ولز (۱۹۹۵)، رپی و همبرگ (۱۹۹۷) و ولز و میتوز (۱۹۹۶) است.

در ایران به‌رغم بررسی‌هایی که ارتباط متغیرها از انواع دیگر را با اضطراب اجتماعی مدنظر قرار داده‌اند، پژوهش حاضر به دلیل بررسی باورهای فراشناختی و تلاشی که در مشخص نمودن نقش این

روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. سال چهاردهم، ش ۱، صص ۴۶-۵۵.
کدیور، پ. (۱۳۸۳). روان‌شناسی تربیتی، تهران: انتشارات سمت، چاپ هشتم.
کرمی، ج، زکی‌بی، ع و رستمی، س. (۱۳۹۱). نقش باورهای فراشناخت و خود کارآمدی در پیش‌بینی هراس اجتماعی دانش آموزان پسر سال سوم متوسطه شهر کرمانشاه، *مجله روان‌شناسی*، سال اول، ش ۱، صص ۵۷-۶۲.
وزیری، ش، موسوی نیک، م. (۱۳۸۷). رابطه بین باورهای فراشناختی و فرانگری با فوبی. *اندیشه و رفتار*. سال سوم، ش ۱۰، صص ۵۹-۷۰.

Acarturk, C., Smit, F., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M., Cuijpers, P. (2009). Economic costs of social phobia: a population – based study. *Journal of Affective Disorders*, 115(3), 421-9.
Alfano, C.A., & Beidel, D.C. (Eds.) (2011). *Social anxiety in adolescents and young adults*. Washington, DC: American Psychological Association Books.
American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Press.
Barahmand, U. (2004). Meta – Cognitive Profile in anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 169, 240- 243.
Beidel, D.C., Rao, P. A., Scharfstein, L.A., Wong, N., & Alfano, C.A. (2010). Social skills and social phobia: an investigation of DSM-IV subtypes. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 992-1001.
Bögels, S.M., Alden, L., Beidel, D.C., Clark, L.A., Pine, D.S., Stein, M.B., Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 168-189.
Chen, Y.P., Ehlers, A., Clark, D, M., Mansell, W. (2002). Patients with generalized social phobia directs their attention away from

گردد. با توجه به یافته‌های مربوط به باورهای فراشناختی موثر در اضطراب اجتماعی در این اختلال باید گفت که در جهت کاهش نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی، بالینگران و متولیان بهداشت و سلامت می‌توانند با تمرکز بر روی باورهای فراشناختی ماهیت اضطراب اجتماعی را بهتر درک کند و نشانه‌های این اختلال را کاهش دهند. همچنین به کارشناسان حوزه سلامت در محیط‌های دانشگاهی پیشنهاد می‌شود جهت پیشگیری از اضطراب اجتماعی به اصلاح باورهای فراشناختی دانشجویان توجه نمایند.

منابع

افشاری، م، نشاط دوست، ح. ط، بهرامی، ف، افشاری، ح. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان رفتاری – فراشناختی بر میزان باورهای هراس بیماران زن مبتلا به اختلال هراس، *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، سال سیزدهم، ش ۱، صص ۹-۱۶.
حسنوند عموزاده، م، شعیری، م، باقری، ا. (۱۳۸۹). بررسی روایی و اعتبار سیاهه فوبیای اجتماعی SPIN بر روی نمونه‌های غیربالینی ایرانی، *خلاصه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان*. وزارت علوم، تحقیقات و فناوری، معاونت دانشجویی.
شیرین‌زاده، ص. (۱۳۸۷). مقایسه باورهای فراشناختی و مسؤولیت‌پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواس اجباری، اضطراب منتشر و افراد نرمال.

- Jon K, Maner T, Douglas T. (2010). When Adaptations Go Awry: Functional and Dysfunctional Aspects of Social Anxiety. *Social Issues and Policy Review*, 1, 111-142.
- Kashdan, T.T., Elhai, D.J., Breen, E. W. (2008). Social Anxiety and Disinhibition: An Analysis of Curiosity and Social Rank Appraisal, Approach-Avoidance Conflicts, and Disruptive Risk-Taking Behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 925-939.
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, 592-612.
- Lee, H., & Telch, M. J. (2008). Attentional biases in social anxiety: An investigation using the inattentive blindness paradigm. *Behavior Research and Therapy*, 46, 819-835.
- Marcantonio, M., Spada, G. A., Georgiou., Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39 (1), 64-71
- Martin, R. C., Dahlen, E. R. (2005). Cognition emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality And Individual Differences*, 39, 1249 - 1260.
- Moitra, M., Herbert, J. D. & Forman, E. M. (2008). Behavioral avoidance mediates relationship between anxiety and depressive symptoms among social anxiety disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1205-1213.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Roth, D. A. (2004). Cognitive theories of social phobia In B. Bandelow & D. J. Stein (Eds). *Social Anxiety Disorder* (127-141). New York.
- Sosic Z, Gieler U, Stangier U. (2008). Screening for social phobia in medical in and outpatients with germen version of social phobia Inventory (SPIN). *Journal of Anxiety Disorders*, (22): 849-859.
- Spada, M.M., Nikcevic, A.V., Moneta, G.B., Wells, A. (2008). Meta cognition, faces. *Behaviour Research and Therapy*, 40,677-687.
- Clark, D. M., Mc Manus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biological Psychiatry*, 51, 92-100
- Clark, D. M.; Wells, A. (1995). A cognition Model of Social Phobia. IN. R., Lhebowitz., D. Ahope., F. R. Shnieer (Eds). *Diagnosis, Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- Connor, K. M., Davidson, J., Churchill, L.E. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379-386.
- Ellis, D. M., & Hudson, J.L. (2010). The meta-cognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(4), 151-163.
- Farmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 105, 84- 93.
- Flavell. j. H., Miller. (1998). Cognition. in w. Domain (series ed.) & D. Kuhn., R. Ziegler (vol. eds.), *Hand book of child psychology: vol. z. cognition. Perception, and language* (5thed, 951-898). New York: Wiley.
- Garcia-Lopez, L. J., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A., M., Turner, S., Rosa, A. L. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social phobia: a 5- year follow - up assessment. *Journal of Anxiety Disorders*, 20 (2), 175-91.
- Heimberg, R. G., & Becker R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: The Guilford Press.
- Higa, C. K & Daleiden, E. L. (2008). Social anxiety and cognitive biases in non-referred children: The interaction of self-focused attention and threat interpretation biases. *Journal of Anxiety disorders* 22 (3), 441-452.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorders: a comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behavior Therapy*, 36, 193-209.

- Yilmaz, A. E., Gencoz, T. & Wells, A. (2011). The temporal precedence of meta cognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 389-396.
- perceived stress, and negative emotion. *Personality and Individual Differences*, 44 (5), 1172-81.
- Spectur, J. M. & libman, L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 22, 947-975.
- Starcevic, V. (2005). *Social anxiety disorder (social phobia). In a anxiety disorders in adults: a clinical guide*. 1st edition. Oxford University Press, 141-190.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Meta-cognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102 .
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behavior Research and Therapy*, 34, 881-888.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.K
- _____. (2003). *Anxiety disorders, meta-cognition and change*. In: Leahy RL. (editor). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford,p: 69-88.
- _____. (2009). *Emotional disorders and meta-cognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: JohnWiley & Sons, Ltd.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the Meta-cognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*, 42, 385-396.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention focus on anxiety, negative beliefs and perspective taking. *Behavior Therapy*, 29, 357-370.
- Wittchen, H. U., Beloch, E. (1996). The Impact of Social Phobia on Quality Life. *Clinical Psychopharmacology*, 11, 15 - 23.