

احساس کهنتری در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری

**Inferiority Feeling in Social Phobia and  
Obsessive Compulsive Disorder Patients**

Rahim Yousefi

PhD Candidate

Shahid Beheshti University  
Azarbayjan Teacher Training  
University

Mohammad A. Mazaheri, PhD

Shahid Beheshti University

Elham Adhamyan

B. A. in Educational Science

دکتر محمدعلی مظاهری

دانشیار دانشگاه شهید بهشتی

الهام ادهمیان

کارشناس علوم تربیتی

رحیم یوسفی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی

دانشگاه شهید بهشتی

مربی دانشگاه تربیت معلم آذربایجان

**Abstract**

Inferiority feeling of two groups of outpatients with social phobia (16 females, 16 males, mean age=31 years) and obsessive compulsive disorder (20 female, 16 males, mean age=38 years) were compared to inferiority feelings of a non-clinical group (20 females, 20 males, mean age=38 years). In order to do the comparison, all three groups were administered the Inferiority Scale (Yao et al, 1997). Results showed that the scores of inferiority were higher in social phobia and OCD patients than in the non-clinical group. There was no significant difference between the inferiority feeling of social phobic and the OCD patients.

**Key words:** inferiority feeling, social phobia, obsession – compulsion.

Contact information : r.yousefi1386@gmail.com

**چکیده**

احساس کهنتری دو گروه از بیماران سرپایی مبتلا به هراس اجتماعی (۱۶ زن، ۱۶ مرد، میانگین سن : ۳۱ سال) و وسواس-بی‌اختیاری (۲۰ زن، ۱۶ مرد، میانگین سن : ۳۸ سال) با یک گروه بهنجار (۲۰ زن، ۲۰ مرد، میانگین سن : ۳۱ سال) مقایسه شد. به منظور این مقایسه هر سه گروه مقیاس کهنتری (یائو و دیگران ۱۹۹۷) را تکمیل کردند. نتایج نشان دادند که نمره‌های کهنتری بیماران واجد اختلال‌های هراس اجتماعی و وسواس-بی‌اختیاری در مقایسه با گروه بهنجار بالاتر بودند، در حالی که احساس کهنتری دو گروه هراسی و وسواسی تفاوت معناداری نداشت.

**واژه‌های کلیدی :** احساس کهنتری، هراس اجتماعی، وسواس - بی‌اختیاری.

received : 16 Feb 2008

دریافت : ۸۶/۱۱/۲۸

accepted : 23 Sep 2008

پذیرش : ۸۷/۷/۲

## مقدمه

سازه کهتری<sup>۱</sup> یک باور عمیق، غیرواقعی و دائم در مورد پائین بودن تواناییهای عقلانی و جسمانی است که به کاهش سطح ارزشها و نازرنده‌سازی فرد منجر می‌شود (واینر و موهل، ۱۹۹۶؛ یائو، کاتراکس و بووارد، ۱۹۹۵). کهتری یک احساس متداول در افراد مضطرب است که در بیماران مبتلا به اختلالهای هراس اجتماعی<sup>۲</sup> و وسواس - بی‌اختیاری<sup>۳</sup>، خصیصه‌ای شناختی در نظر گرفته می‌شود (یائو، کوترو، مارتن، مولار، گرین، هانوتز و لادوسور، ۱۹۹۷).

بیماران اضطرابی تنها جنبه‌های منفی تجربه‌ها را حفظ می‌کنند و جنبه‌های مثبت آنها را در نظر نمی‌گیرند. این بیماران به‌طور مداوم به تحریفهای شناختی می‌پردازند؛ مانند استنباط شخصی<sup>۴</sup>: «تصور می‌کنم که افراد به اشتباههای من توجه می‌کنند تا از ارزش من بکاهند»؛ گزینش منفی<sup>۵</sup>: «من فقط ضعفهایم را می‌بینم و سپس احساس بی‌ارزشی و کهتری می‌کنم»؛ فزون‌تعمیم‌دهی<sup>۶</sup>: «اگر برای اولین بار مرتکب اشتباه شوم، همیشه آن اشتباه را تکرار خواهم کرد و خطر ایجاد تصویر منفی از خودم به‌وجود می‌آید»؛ بزرگ‌سازی<sup>۷</sup>: «اگر در انجام کاری موفق نشوم، در انجام هر کاری احساس بدی خواهم کرد»؛ ریزسازی<sup>۸</sup>: «همیشه احساس بی‌ارزشی می‌کنم حتی اگر ارزش زیادی داشته باشم»؛ شخصی‌سازی<sup>۹</sup>: «همیشه از اینکه دیگران مرا کمتر بیسندند، می‌ترسم»؛ دو قطبی - سازی<sup>۱۰</sup> (تفکر سیاه و سفید): «اگر همیشه نتوانم با موقعیت مقابله کنم شخص کهتری هستم» (ویلسون و رابی، ۲۰۰۶). این سبکهای شناختی می‌توانند نشانگر احساسهای منفی مرتبط با تفسیرهای مبتنی بر کهتری باشند که در موقعیتهای اضطراب‌انگیز خاص بیماران را به سوی داشتن افکار منفی خودکار، هدایت می‌کنند (ویلسون و رابی، ۲۰۰۵). برای مثال، یک فرد مبتلا به هراس اجتماعی هنگامی که در میان جمع قرار می‌گیرد با خود می‌اندیشد

که «من احمق و مسخره به نظر می‌رسم»؛ یا افکار منفی فرد بیمار در اختلال وسواس - بی‌اختیاری هنگام تماس با یک شیء که به‌طور غیرواقعی کثیف به نظر می‌رسد، به هیجانهای منفی (اضطراب، افسردگی، خشم و ...) و رفتارهای نایمن مانند اجتناب در هراس اجتماعی و رفتارهای آئینی<sup>۱۱</sup> در وسواس - بی‌اختیاری منجر می‌شوند.

مطالعات نظام‌دار اندکی به بررسی و سنجش روان - بنه‌های شناختی<sup>۱۲</sup> یا تحریفهای شناختی در اختلالهای اضطرابی پرداخته‌اند. برای فهم عمیق و دقیق مسائل و مشکلات شناختی در اختلالهای اضطرابی به ویژه هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری باید روان بنه‌های شناختی و تحریفهای شناختی منعکس‌کننده کهتری در اختلالهای اضطرابی را مورد توجه قرار داد و ارتباط بین احساس کهتری با هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری را بررسی کرد.

پژوهشگران (لارنتی، بروچ و هاس، ۲۰۰۸) گزارش می‌کنند که ارزشیابیهای سازش‌نا یافته در موقعیتهای بین فردی می‌توانند با ویژگیهای کمال‌گرایانه بیماران اضطرابی، به‌ویژه مبتلایان به هراس اجتماعی مرتبط باشند؛ ویژگیهایی که در اثر تداوم و تکرار به ایجاد ارزشیابیهای منفی نسبت به خود منجر می‌شوند. بیماران مبتلا به اختلالهای اضطرابی دارای خودگوییها و خودسنجیهای<sup>۱۳</sup> منفی بیشتری هستند و در مقایسه با آزمودنیهای بهنجار نسبت به کنش‌وری اجتماعی، ارزیابیهای منفی بیشتری دارند. این وضعیت در زمینه‌های اجتماعی مبهم و چالش - برانگیز با وضوح بیشتری مشاهده می‌شود (کیم - پرل، ۲۰۰۸؛ ابوت و رابی، ۲۰۰۴). ویلسون و رابی (۲۰۰۵) معتقدند که بیماران مبتلا به اختلالهای اضطرابی، به‌ویژه مبتلایان به هراس اجتماعی، در پی رویدادهای اجتماعی منفی، بی‌ارزشی بیشتری را احساس می‌کنند و در مقایسه با افراد بهنجار اسنادهای خود - انتقادی<sup>۱۴</sup> بالاتر، خودسنجیها و دیدگاه منفی‌تری نسبت به خود دارند و فرضیه‌های

1. inferiority  
2. social phobia  
3. obsessive-compulsive  
4. arbitrary inference  
5. negative selection

6. over-generalization  
7. magnification  
8. minimization  
9. personalization  
10. bipolarization

11. ritualistic behavior  
12. cognitive schemas  
13. self-evaluations  
14. self-criticism

این بیماران هموار سازد و فرضیه زیر را بررسی کند: احساس کهتری در بیماران مبتلا به اختلالهای هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری در مقایسه با گروه بهنجار بیشتر است.

### روش

گروههای نمونه پژوهش از ۳۲ بیمار دارای اختلال هراس اجتماعی (۱۶ مرد و ۱۶ زن) بدون سابقه اختلال وسواس-بی‌اختیاری یا اختلال شخصیت وسواسی با میانگین سنی ۳۱ سال و انحراف استاندارد تقریبی ۹/۴، ۳۶ بیمار دارای اختلال وسواس-بی‌اختیاری (۱۶ مرد و ۲۰ زن) بدون سابقه هراس اجتماعی و اختلال شخصیت اجتنابی با میانگین سنی ۳۸ سال و انحراف استاندارد تقریبی ۱۲/۱ و گروه بهنجار (۲۰ زن و ۲۰ مرد) با میانگین سنی ۳۱ سال و انحراف استاندارد تقریبی ۹/۶ تشکیل شدند. مصاحبه تشخیصی با بیمارانی که از مراجعه کنندگان به یک کلینیک خصوصی بودند، براساس ملاکهای<sup>۴</sup> DSM-IV-TR به عمل آمد و هر یک از آنها پس از دریافت تشخیصهای هراس اجتماعی و وسواس-بی‌اختیاری به شیوه نمونه‌برداری در دسترس وارد پژوهش شدند. ابزار پژوهش حاضر مقیاس کهتری<sup>۵</sup> (یائو و دیگران، ۱۹۹۷) بود، که ابتدا به فارسی ترجمه و سپس توسط یک کارشناس ارشد زبان انگلیسی دوباره به انگلیسی برگردانده شد و نواقص ترجمه اصلاح شد. مقیاس کهتری (یائو و دیگران، ۱۹۹۷) دارای ۳۴ گویه شامل افکار منفی است که به‌طور مکرر به‌وسیله بیمارانی که از اختلالهای اضطرابی (به‌ویژه هراس اجتماعی و وسواس-بی‌اختیاری) رنج می‌برند، گزارش شده است.

این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهی است که ۱۷ گویه آن ارزیابی فرد از کهتری خویشتن و ۱۷ گویه دیگر آن کهتری مرتبط با قضاوت‌های دیگران را می‌سنجد. از لحاظ محتوایی، از ۳۴ گویه مقیاس ۱۵ گویه آن با رویدادهای منفی نظیر ضعف<sup>۶</sup>، خستگی<sup>۷</sup>، اشتباه<sup>۸</sup> و انتقاد<sup>۹</sup> و ۱۵ گویه دیگر با رویدادهای مثبت نظیر ارزشمندی،

سازش‌نا یافته آنها درباره خود در خلال موقعیتهای اجتماعی فعال می‌شوند. این بیماران در مقیاسهای حرمت خود نمره‌های پایین‌تری را به‌دست می‌آورند و در توصیف خود از ویژگیهای شخصیتی منفی بیش از خصیصه‌های مثبت استفاده می‌کنند (ویلسون و راپی، ۲۰۰۶) این ویژگیها می‌توانند فرد را به سوی احساس کهتری برانند و یا نشانه‌ای از احساس کهتری باشند.

در بررسی دیگری نشان داده شد که توجه بیماران اضطرابی بر خود متمرکز می‌شود، خودآگاهی<sup>۱</sup> افزایش می‌یابد و در نتیجه محرکها و اطلاعات اضطرابی سریعتر پردازش می‌شوند. برای مثال تمرکز مبتلایان به وسواس فکری بر محتوای ذهنی، پردازش سریع افکار مزاحم و بروز نشانه‌های اضطرابی را در پی دارد (زو، هودسن و راپی، ۲۰۰۷). همچنین بیماران مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری در مقایسه با آزمودنیهای بهنجار تغییر و تفسیرهای مبتنی بر کهتری بالاتری را نسبت به افکار مزاحم‌شان دارند (یائو و دیگران، ۱۹۹۷).

جورج و استوپا (۲۰۰۷) در پژوهشی که در مورد بیماران طیف اختلالهای اضطرابی به‌ویژه هراس اجتماعی، وسواس - بی‌اختیاری، اضطراب تعمیم‌یافته<sup>۲</sup> و ... انجام دادند، متوجه شدند که این گروه از بیماران سوگیریهای منفی در مورد قضاوت‌های مرتبط با خود را به نمایش می‌گذارند و از منظر مشاهده‌گر بیرونی، دارای تصور از خود<sup>۳</sup> منفی هستند.

بدین ترتیب مشاهده می‌شود که به‌رغم پژوهشهای متعددی که به مشکلات شناختی متنوع مبتلایان به هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری پرداخته‌اند، هیچ کدام به‌طور مستقیم سازه کهتری را بررسی نکرده‌اند. با توجه به کنش‌وری اجتماعی مبتلایان به هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری و ارتباط آن با کهتری و روان-بینه‌های شناختی در پژوهش حاضر به بررسی احساس کهتری در مبتلایان به این اختلالها پرداخته می‌شود تا بتواند راه را برای مداخله‌های متمرکز بر احساس کهتری

1. self-awareness

2. generalized anxiety disorder

3. self-image

4. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorder-IV-TR

5. Inferiority Scale

6. weakness

7. tiredness

8. error

9. criticism

## نتایج

با تکیه بر نتایج آزمون لوین، پیش فرض تساوی واریانسهای گروهها در جامعه مورد تأیید قرار گرفت ( $F=1/540$ ,  $P=0/219$ ). نتایج تحلیل واریانس نمره‌های گروه نمونه در متغیر کهتری در جدول ۱ گزارش شده‌اند و نشان می‌دهند که تفاوت بین نمره‌های گروهها در مقیاس کهتری معنادار است ( $P=0/001$  و  $F=46/535$ ). به عبارت دیگر بین مبتلایان به اختلالهای هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری و همچنین گروه بهنجار از نظر میزان کهتری تفاوت معناداری وجود دارد.

موفقیت<sup>۱</sup>، تحسین<sup>۲</sup> مرتبطاند و ۴ گویه دیگر منعکس کننده اصول موضوعه بی‌قید و شرط<sup>۳</sup> هستند. ضریب اعتبار مقیاس کهتری برای پژوهش حاضر از طریق بازآزمایی  $r=0/76$  و همابستگی درونی گویه‌های مقیاس از طریق آلفای کرونباخ  $\alpha=0/89$  به دست آمد. همچنین همبستگی نمره‌های مقیاس کهتری با پرسشنامه افسردگی بک و استیر (۱۹۸۷) و پرسشنامه اضطراب بک (۱۹۹۰) در گروه هراسی به ترتیب ( $r=0/41$ ,  $P<0/001$ )، ( $r=0/15$ ,  $P<0/05$ ) و در گروه وسواسی به ترتیب ( $r=0/55$ ,  $P<0/001$ ) و ( $r=0/37$ ,  $P<0/001$ ) بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک‌راهه<sup>۴</sup> استفاده شد.

جدول ۱.  
نتایج تحلیل واریانس نمره‌های مقیاس کهتری

متغیر	مجموع مجزورها	درجه آزادی	میانگین مجزورها	F	مجذور اتا
بین گروهها	۵۲۲۶۳/۹۵۰	۲	۲۶۱۳۱/۹۷۵	۴۶/۵۳۵*	۰/۴۷۰
درون گروهها	۵۸۹۶۳/۷۹۱	۱۰۶	۵۶۱/۵۶۰		
کل	۱۱۱۲۲۷/۷۱	۱۰۸			

\* $P < 0/05$ .

استفاده شد. نتایج این تحلیل که در جدول ۲ ارائه شده، مبین معناداری تفاوت گروه بیماران با گروه بهنجار در میزان کهتری تجربه شده است.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های گروههای نمونه در متغیر کهتری نشان داده شده است. به منظور مقایسه میانگینهای سه گروه در اختلالهای هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری از آزمون شفه

جدول ۲.  
میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های کهتری و نتایج مقایسه بیماران با گروه بهنجار

گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تفاوت	خطا
هراس اجتماعی	۱۰۶/۲۵	۲۵/۷۵	۴۷/۵*	۵/۶
وسواس - بی‌اختیاری	۱۰۲/۷۸	۲۷/۷۸	۴۴/۵*	۵/۴
گروه بهنجار	۵۸/۲۹	۱۸/۶۳		

\* $P < 0/05$ .

## بحث و نتیجه‌گیری

بهنجار، کهتری بیشتری را تجربه می‌کنند. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های کیم برل، (۲۰۰۸)، لارنتی و دیگران (۲۰۰۸)، زو و دیگران (۲۰۰۷)، جورج و

یافته‌ها نشان دادند که بیماران مبتلا به اختلالهای هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری در مقایسه با گروه

و باورهایی را به وجود می‌آورند که خود-سنجیهای منفی درباره خود را در پی دارند. همچنین در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی در مقایسه با بهنجاران، باورهای فرا-شناختی دارای کژکاری هستند و تمرکز افراطی<sup>۳</sup> بر افکار خود-سنجی منفی وجود دارد که به وسیله فرایندهای فراشناختی راه‌اندازی می‌شوند (یوسفی، جنگی اقدم و سیوانی‌زاده، ۱۳۸۶). به نظر می‌رسد که باورهای فراشناختی مطرح شده در دیدگاههای جدید از عوامل اساسی پدید-آورنده و نگهدارنده باورها و ارزیابیهای مبتنی بر کهتری باشند.

یافته جالب توجه دیگر در این پژوهش، وجود همبستگی بالا بین نمره‌های مقیاس کهتری با نمره‌های پرسشنامه افسردگی بک در دو گروه هراسی و وسواسی بود. این یافته شاید حاکی از ارتباط کهتری با نشانه‌های افسردگی در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و وسواس-بی‌اختیاری باشد. از آنجا که افسردگی یک واکنش رایج در آسیب-شناسی روانی است، می‌توان فرض کرد که افسردگی بیماران اضطرابی پیامد کشمکشها و چالشهایی است که این بیماران در جریان بیماری و در موقعیتهای اضطراب‌انگیز برای مقابله با شرایط از خود نشان می‌دهند و بروز افسردگی در آنها حاکی از ناکارآمدی تلاشها و در نتیجه بروز احساس ناامیدی و درماندگی است. در یک مطالعه کنترل شده توسط کوترو، نوت، آلبوئیسون، یائو، اکمجیان و ژالنگ (۱۹۹۷) در بیماران مبتلا به هراس اجتماعی نشان داده شد که افزایش خود-سنجیهای مثبت، مؤلفه‌ای اثر-بخش و کارآمد در مداخله‌های شناختی - رفتاری است که نسبت به مداخله‌های حمایتی برتری بیشتری دارد.

پژوهش حاضر با دو محدودیت روش شناختی مواجه بوده است: اول اینکه در گردآوری داده‌های پژوهش تنها از ابزار خود - گزارش‌دهی استفاده شده و گردآوری اطلاعات به شیوه‌های دیگر مانند یک مصاحبه معتبر و ... میسر و در دسترس نبود؛ دوم اینکه به علت اندک بودن جمعیت بیماران با تشخیصهای هراسی و وسواسی، حجم نمونه‌ها در گروه بیماران اندک بود و به همین دلیل اتخاذ شیوه نمونه‌برداری در دسترس، فرایند گردآوری داده‌های پژوهش

استوپا (۲۰۰۷) و ابوت و راپی (۲۰۰۴) مبنی بر این که بیماران دارای تشخیص اختلال اضطرابی به ویژه هراس اجتماعی دارای خود-سنجیهای منفی هستند و در مقایسه با آزمودنیهای بهنجار نسبت به کنش‌وری اجتماعی<sup>۱</sup> خود ارزیابیهای منفی بیشتری دارند، با یافته‌های یائو و دیگران (۱۹۹۷) که کهتری بیماران مبتلا به وسواس - بی‌اختیاری در مقایسه با آزمودنیهای بهنجار را بیشتر ارزیابی کردند؛ و همچنین با نتایج پژوهش ویلسون و راپی (۲۰۰۵) مبنی بر اینکه بیماران اضطرابی در مقایسه با جمعیت بهنجار احساسهای مبتنی بر بی‌ارزشی را نشان می‌دهند، هماهنگ و همسو هستند.

نکته قابل توجه در یافته‌های پژوهش حاضر عدم وجود تفاوت معنادار بین نمره‌های کهتری گروه هراسی با گروه وسواسی است (جدول ۲). شاید بتوان وجود یک روان‌بنه شناختی مشترک مبتنی بر کهتری در هر دو گروه را علت مشابهت آنها دانست (یائو و دیگران، ۱۹۹۷). به عبارت دیگر به نظر می‌رسد که خود-سنجیهای منفی در موقعیتهای اضطرابی، که به احساسهای کهتری دامن می‌زنند، وجه مشترک عمده این دو گروه از بیماران است. در واقع طرد جنبه‌های مثبت اطلاعات حاصل از تجربه‌ها و گزینش انتخابی جنبه‌های منفی آنها، فعال شدن فرضیه‌های ناکارآمد و پدیدآیی خود-سنجیهای منفی و در نهایت ظهور تحریفهای شناختی است که بیماران مبتلا به اختلالهای اضطرابی به ویژه هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری را مستعد تجربه احساس کهتری می‌کند (یائو و دیگران، ۱۹۹۷).

براساس دیدگاههای جدید شناختی، باورها در اختلالهای روان‌شناختی به ویژه اختلالهای اضطرابی از مؤلفه‌های فراشناختی که هدایت‌کننده کنش‌وری تفکر و سبک مقابله هستند، تشکیل شده‌اند و از آنها تأثیر می‌پذیرند. براساس این دیدگاه یکی از شکلهای وسواس - بی‌اختیاری تمایل به تمرکز توجه<sup>۲</sup> بر فرایندهای تفکر است، که خودآگاهی شناختی را افزایش می‌دهد و به کشف افکار ناخواسته و یا شروع افکار مزاحم منجر می‌شود. افکار وسواسی، باورهای فراشناختی را در ارتباط با معنای فکر فعال می‌کنند؛

1. social function

2. attention focus

3. heightened attention focus

American Psychiatric Association.

- George, L., & Stopa, L. (2007).** Private and public self-awareness in social phobia anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 39, 57-72.
- Kimbrel, N. A. (2008).** A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, 592-612.
- Laurenti, H. J., Bruch, M. A., & Haase, R. F. (2008).** Social anxiety and socially prescribed perfectionism: Unique and interactive relationships with maladaptive appraisal of interpersonal situations. *Personality and Individual Differences*, 45, 55-61.
- Weiner, M. F., & Mohl, P. C. (1996).** *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th ed). Baltimore : Williams & Williams.
- Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2005).** The interpretation of negative social events in social phobia with versus without comorbid mood disorder. *Anxiety Disorders*, 19, 245-274.
- Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2006).** Self-concept certainty in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 44, 113-136.
- Yao, S. N., Cottraux, J., & Bouvard, M. (1995).** *Validation study of the French Version of the social interaction self-statement test*. presented at the 6th world congress of cognitive behavioral therapy, July 1995, Copenhagen.
- Yao, S. N., Cottraux, J., Martin, R., Mollard, E., Guerin, J., Hanauer, M. T., & Ladouceur, R. (1997).** Inferiority, guilt and responsibility in OCD, social phobics and controls. *Psychotherapies Cognitive e Compartmental*, 3 (2), 210-211.
- Zou, J. B., Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2007).** The effect of attentional focus on social anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2326-2333.

در چندین کوشش انجام گرفت.

با توجه به جنبه‌های بالینی یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان پیشنهاد کرد که در چهارچوب درمانگری شناختی بیماران مبتلا به اختلال‌های هراس اجتماعی و وسواس - بی‌اختیاری، به احتمال وجود روان‌بنه کهنتری در این بیماران توجه شود، همبستگی بین تغییرات در رفتارها و کهنتری مورد کنکاش قرار گیرد، تا با غلبه بر احساسهای کهنتری و باورهای زیربنایی به راه اندازنده و نگهدارنده آنها فرایند بهبود و درمان در این گروه از بیماران تسهیل شود. همچنین به نظر می‌رسد که مقایسه بیماران مبتلا به افسردگی یک قطبی با بیمارانی که دارای تشخیص اختلال اضطرابی بدون نشانه‌های افسردگی هستند، بتواند به یافته‌های ارزشمندی منجر شود. به علت ارتباط احتمالی حرمت خود با احساس کهنتری، بررسی روایی همگرایی مقیاس کهنتری با مقیاسهای حرمت خود نیز اطلاعات غنی و مفیدی را در مورد بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی و بیماران افسرده در اختیار قرار خواهد داد.

## منابع

- یوسفی، ر.، جنگی اقدام، ح. و سیوانی‌زاده، م. (۱۳۸۶). مقایسه فراشناختها در بیماران مبتلا به اسکیزوفرنیا، اختلال اضطرابی و گروه کنترل غیر بیمار، *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، (دریافت پذیرش).
- Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2004).** Post event rumination and negative self-appraisal in social phobia before and after treatment. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 136-144.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1987).** *Manual for Revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990).** *Manual for the Beck Anxiety Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cottraux, J., Note, I., Albuissou, E., Yao, S. N., Etkmedjian, N., & Jalencques, I. (1997).** *Cognitive behavior therapy versus supportive therapy in social phobia : A controlled study*. San Diego :