

## باورهای های فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

مهسا ذوالفقاری<sup>۱</sup>، مرضیه هاشمی<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی رشته روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد یادگار امام خمینی (ره).

<sup>۲</sup> دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

نام نویسنده مسئول:

مهسا ذوالفقاری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۵/۳

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۱۰

### چکیده

اختلال اضطراب اجتماعی یکی از شایع ترین اختلالات اضطرابی است و با اختلالات دیگر همایندی بالایی دارد. این اختلال سبب پدیدایی مشکلات بسیاری برای فرد و سیستم سلامت می شود و با تاثیرگذاری منفی گسترده و عمیق بر فرآیند تحصیل، شغل و زندگی فرد مبتلا، تخریب معنادار عملکرد را به دنبال دارد. پژوهش حاضر با هدف مطالعه ی باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت. تحقیق حاضر به لحاظ هدف، از نوع مطالعات کاربردی و به لحاظ روش تحقیق، از نوع مطالعات توصیفی- تحلیلی از نوع روش کتابخانه ای می باشد. در روش گردآوری اطلاعات با مطالعه کتاب ها، مقالات و تحقیقات مرتبط با موضوع تحقیق، به بررسی اهداف پرداخته شده است. نتیجه گیری: باورهای فراشناختی از عوامل موثر در سلامت روانی هستند و می توان با تغییر فراشناخت هایی که شیوه ناسازگارانه افکار منفی را زیاد می کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می گردند، به بهبود وضعیت سلامت روانی افراد کمک کرد.

واژگان کلیدی: اختلال اضطراب اجتماعی، باورهای فراشناختی.

## مقدمه

با پیشرفت جوامع و تمدن، بشر از رفاه بیشتری برخوردار می شود، ولی عوارض و معضلاتی نیز در این روند پیش می آید. بروز و شیوع بیماری های روانی و سیر تدریجی آن، منجر به ایجاد رفتارها و عادت هایی در انسان می گردد که بعضا کنترل و ترک آن بسیار مشکل خواهد بود. از آنجا که یکی از مسائل و مشکلات اجتماعی در جوامع امروزی، ناهنجاری رفتاری و روش های مقابله با آنها است، تردیدی نیست که مسئله بهداشت روانی، پیشگیری و درمان ناهنجاری های رفتاری، روز به روز اهمیت بیشتری پیدا می کند. یک مشکل جزئی که رفع آن مستلزم آگاهی های مقدماتی و کوشش های خانواده و جامعه است، با مرور زمان به یک مشکل حاد تبدیل می گردد (احمدی و همکاران، ۱۳۹۶).

اضطراب<sup>۱</sup> به منزله بخشی از زندگی آدمی است، اما زمانی مایه نگرانی می شود که شدت آن به گونه ای باشد که توانایی عمل کردن در زندگی روزمره را مختل کند (رزرنهام و سلیگمن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). یکی از بیماری های روانی، اختلال اضطراب است که تعداد قابل توجهی از جوانان از آن رنج می برند و یکی از شایع ترین گروه های اختلال روانی<sup>۳</sup> را تشکیل می دهد (آمستادتر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). این نوع اختلال، انواع مختلفی از اضطراب را شامل می شود که یکی از آنها اضطراب اجتماعی است. اضطراب اجتماعی، شامل ترس مقاومتی از یک یا چند موقعیت عملکردی یا اجتماعی است که در آن، فرد با افراد غریبه یا نظارت احتمالی توسط دیگران مواجه می شود. این ترس های فردی که شخص به طرق مختلف بر مبنای آنها عمل می کند (یا با نشان دادن علائم اضطراب)، شرم آور و تحقیر کننده خواهند بود (انجمن روانپزشکی آمریکا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳). اختلال اضطراب اجتماعی<sup>۶</sup>، یک اختلال روانی رایج، آزاردهنده و مقاوم (هافمن<sup>۷</sup>، ۲۰۰۷) و به طور بالقوه ناتوان کننده است (لیدارد<sup>۸</sup>، ۲۰۰۱). از طرفی دیگر، این اختلال یکی از رایج ترین نوع مشکلات سلامت روانی است و غالبا باعث ناتوانی کارکردی مهمی می شود (راویندران<sup>۹</sup>، ۲۰۱۰). اختلال اضطراب اجتماعی با برخی ویژگی های جسمانی (مانند سرخ شدن گونه ها، تعرق و خشکی دهان)، ویژگی های روان شناختی (شرم، خجالت، ترس از ارزیابی منفی و ترس از انتقاد) و ویژگی های رفتاری (کناره گیری، اجتناب از تماس چشمی، و ترس از صحبت کردن در جمع یا مورد خطاب واقع شدن) مشخص می شود (وطن خواه و همکاران، ۲۰۱۳).

اختلال اضطراب اجتماعی در عین ایجاد نوعی انزوا و فاصله، در برگیرنده نگرانی فرد از نوع نگاه و نظر دیگران در این مورد است که چیزی بگوید یا کاری انجام دهد که خجالت آور باشد (وایلد<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). جوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، به طور کلی مرادفات اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و درمواجه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبه رو می شوند (گارسالیوپز و همکاران، ۲۰۰۶). این اختلال، با کاهش زیاد کیفیت زندگی رابطه دارد (آلفانو و بیدل، ۲۰۱۱؛ فارمارک، ۲۰۰۲). اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان یکی از شایع ترین اختلال های اضطرابی در طول عمر (اندرسون و هپ<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۹)، با تاثیرگذاری منفی گسترده و عمیق بر فرآیند تحصیل، شغل، و زندگی فرد مبتلا، تخریب معنادار عملکرد را به دنبال دارد (بار-هایم<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷) افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، ترس زیادی از ارتباط رو در رو با دیگران نشان می دهند (اسکولیز<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). از سویی دیگر، هنگامی که چنین افرادی با یک موقعیت یا چالش اجتماعی مواجه می شوند، توجه خود را به نگرانی معطوف کرده و به خود به صورت منفی نگاه می کنند و نتایج منفی تعامل و ارتباط اجتماعی را به صورت اغراق آمیز می نگرند. آنها مهارت های اجتماعی خود را برای رویارویی با این شرایط، مناسب نمی بینند و برای جلوگیری از حوادث ناگوار و بد شناسی اجتماعی، به راهبرد های مقابله ناسازگارانه مانند پرهیز و اجتناب از روبرو شدن با آن موقعیت و یا رفتار های محافظه کارانه روی می آورند و بعد از آن به فکر فرو می روند که این مسئله موجب افزایش نگرانی اجتماعی آنها می شود (هافمن<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۷).

مشخصه اصلی اختلال اضطراب اجتماعی، ترس یا اضطراب محسوس در مورد یک یا چند موقعیت اجتماعی است که در آنها فرد احتمال دارد مورد بررسی دقیق دیگران واقع شود. از جمله نمونه های چنین حالتی می توان به موارد ذیل اشاره نمود: تعاملات اجتماعی (مثل داشتن

<sup>1</sup> Anxiety

<sup>2</sup> .Rozrnham & seligman

<sup>3</sup> Mental Disorder

<sup>4</sup> Amstadter

<sup>5</sup> American Psychiatric Association

<sup>6</sup> Social anxiety disorder

<sup>7</sup> Hofman

<sup>8</sup> Lydiard

<sup>9</sup> Ravindran

<sup>10</sup> Wild

<sup>11</sup> Anderson, Hope

<sup>12</sup> Bar-Haim

<sup>13</sup> Schulze

<sup>14</sup> Hofman

گفتگو، ملاقات کردن با افراد ناآشنا)، مورد مشاهده قرار گرفتن (مثل خوردن یا نوشیدن)، و عمل کردن جلوی دیگران (مثل ایراد سخنرانی). این اختلال باید از سایر اختلالات تفکیک گردد. بعنوان مثال، در اختلال وحشتزدگی، احساس اضطراب معمولا به موقعیت های اجتماعی محدود نمی شود و ویژگی آن این است که قبل از سایر نشانه ها، حملات وحشتزدگی<sup>۱۵</sup> غیر منتظره اتفاق می افتد.

در اختلال اضطراب اجتماعی، کانون ترس فرد، قرار گرفتن زیر ذره بین دیگران است یا به عبارتی دیگر، کانون نگرانی ها صرفا روی کیفیت عملکرد اجتماعی و ارزیابی از سوی دیگران متمرکز است. این در حالیست که در اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی از موقعیت های اجتماعی است و کانون تمرکز آن بیشتر روی ماهیت روابط میان فردی در آن موقعیت ها است، نه روی ترس از ارزیابی منفی دیگران. اختلال اضطراب اجتماعی همچنین باید با فوبیا خاص، اختلال اضطراب جدایی، اختلال نافرمانی مقابله ای، و اختلال طیف اوتیسم که هر کدام نشانه های خاص خود را دارند، اشتباه گرفته نشده و تشخیص افتراقی آن به درستی صورت گیرد (فرست، ۲۰۱۴).

اختلال اضطراب اجتماعی، از دوران کودکی و معمولا از نوجوانی شروع می شود. مطالعات گسترده ای در مورد آسیب شناسی و درمان این اختلال انجام شده است. براساس این پژوهش ها، مدل های سبب شناسی متعددی ارائه شده است، عواملی چون عوامل ژنتیکی و سرشتی، عوامل محیطی و تجربه های یادگیری در این زمینه مطرح شده اند. نقص در مهارت های اجتماعی، عوامل شناختی، تاثیرات فرهنگی و تکاملی، مدل های سبب شناسی با رویکرد های مختلف عوامل فوق را در شکل گیری و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی به کار برده اند (محمدی و همکاران، ۱۳۹۳).

پژوهشگران در دو دهه اخیر، در عین پرداختن به جنبه های آسیب شناختی و نشانه شناختی اختلال مزبور، به زمینه های عالی یا ارتباطی متغیرهای دیگر مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی توجه جدی نشان داده اند، به طوری که این پژوهشگران با مسائل متعددی در ارتباط با متغیرهای یاد شده روبرو بوده اند. در این رابطه، الگو های شناختی و در پی آن، الگو های فراشناختی سازوکارهای زیرین اضطراب اجتماعی را مورد بررسی قرار داده اند (لی و تلچ<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۸). برخی از نخستین معیارهای رفتاری اضطراب اجتماعی، بر نبود مهارت های اجتماعی در افراد مبتلا تاکید داشتند، سپس معیار های شناختی با تاکید بر بی کفایتی ادراک شده و ترس از ارزیابی منفی و اخیرا دانش (باورها)، فرایند ها و راهبردهایی که شناخت را ارزیابی، نظارت و کنترل می کنند مطرح گردیده است.

### باورهای فراشناختی

یکی از مفاهیم بسیار مهم و تاثیرگذار بر عملکرد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، مفهوم باورهای فراشناختی<sup>۱۷</sup> است. روانشناسی فراشناخت، حوزه اندیشه گری نوینی است که پیشینه آن به دهه ۱۹۷۰ می رسد. فلاول، نخستین کسی بود که در سال ۱۹۷۹ اصطلاح فراشناخت را مطرح کرد. فراشناخت، شامل دانشی پایدار در مورد باورهای مربوط به نظام شناختی و دانش مربوط به عواملی است که کارکرد نظام شناختی را تحت تاثیر قرار داده، حالت شناختی جاری را تنظیم نموده، و منجر به آگاهی از آن می شود (اسپادا<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۰۸). به اعتقاد فلاول و میلر<sup>۱۹</sup> (۱۹۹۸)، فراشناخت دانش یا فرآیند شناختی است که در ارزیابی بازبینی یا کنترل شناخت بیماری مشارکت دارد. فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم در برگیرنده ی دانش، فرآیند ها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می کنند (ولز<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۹، ترجمه محمد خانی، ۱۳۹۲). فراشناخت<sup>۲۱</sup> به ساختارها، دانش و فرآیند های روانشناختی اشاره می کند که با کنترل، تغییر و تفسیر افکار و شناخت ها سروکار دارد. همچنین فراشناخت به عنوان آگاهی از این که فرد چگونه یاد می گیرد، آگاهی از این چگونگی استفاده از اطلاعات موجود برای رسیدن به یک هدف، توانایی قضاوت درباره فرایند های شناختی در یک تکلیف خاص، آگاهی از این که چه راهبردهایی را برای چه اهدافی مورد استفاده قرار دهد، ارزیابی پیشرفت خود در حین عملکرد و بعد از اتمام عملکرد تعریف شده است (سالاری فر و پور اعتماد، ۱۳۹۰). باورهای فراشناختی، به بخشی از دانش فراشناخت اطلاق می گردد که باورهای شخصی را درباره شناخت و تجربه های شناختی و هیجانی مرتبط می سازد (ولز<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۹، ترجمه محمد خانی، ۱۳۹۲).

مطالعات و پژوهش هایی که اخیرا انجام شده اند، عوامل روان شناختی زیادی را شناسایی کرده اند که درباره تداوم این اختلال توضیح می دهند (هافمن، ۲۰۰۷<sup>۲۳</sup>). مدل های شناختی در زمینه اضطراب اجتماعی به این نتیجه رسیده اند که تصویر ذهنی منفی فرد از

15. Panic Attack

16. Lee, Telch

17. Metacognitive beliefs

18. Spada

19. Flavel, Miller

20. Wells

21. Meta-analysis

22. Wells

23. Hofman

خودش، عامل اصلی و کلیدی در ایجاد و تداوم این اختلال است. از طرفی دیگر، پژوهش‌ها بر تاثیر مخرب تصویرسازی ذهنی منفی بر سلامت روانی<sup>۲۴</sup> و ایجاد اختلال‌های اضطرابی از جمله اضطراب اجتماعی تاکید دارند (پیکتت<sup>۲۵</sup>، ۲۰۱۴). این مطالعات نشان داده اند که تصویر ذهنی منفی از خود، به طور مشخص بر اضطراب، عملکرد (از دید خود و دیگران) و افکار منفی افراد، تاثیر منفی داشته است (نک و همکاران، ۲۰۱۴).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، با سوگیری‌هایی در موارد زیر مشخص می‌شوند: تغییر منفی وقایع 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 پیش بینی شکست قبل از رویارویی با موقعیت (کلارک و مک مانوس<sup>۲۶</sup>، ۲۰۰۲). ولز به یک سندرم توجهی شناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اشاره کرد که شامل فکری است که به صورت تکراری و با دشواری در کنترل در شکل نگرانی و نشخوارذهنی<sup>۲۷</sup> رفتار خود با نگرانی، نمایان می‌شود. او اعلام داشت که فعالیت و پایداری این سندرم در پاسخ به تنش، بستگی به عقاید فراشناختی ناسازگار دارد. همچنین وی دریافت که افراد، برخی فراشناخت‌های مثبت در مورد کنترل ناپذیری و احتمال تاثیرات منفی را دارا هستند (ولز<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۳). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اطلاعات محیط اجتماعی را به صورت انتخابی و تحریف شده پردازش می‌کنند و در این زمینه خطاهای شناختی بیشتری از خود نشان می‌دهند. این خطاها ممکن است در زمینه توجه، حافظه و یا تغییر و تفسیر اطلاعات باشد که معمولاً به صورت ترکیبی با همدیگر تعامل می‌کنند (لی و تلچ<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۸).

## درمان

درمان اختلال اضطراب اجتماعی در دو طبقه درمان‌های دارویی و غیر دارویی جای می‌گیرد. درمان دارویی شامل مهارکننده‌های انتخابی بازجذب سروتونین، مهارکننده‌های منوآمینوآکسیداز و بنزودیازپین‌ها می‌باشد و درمان مطرح دیگر، درمان روانشناختی است که شامل رفتاری شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مواجهه‌سازی و آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌باشد (شایگان منش، ۱۳۹۵). در مراحل پیشرفته اختلال، با مراجعه به متخصص، روش‌های دارو درمانی و روان درمانی به عنوان راهبرد‌های موثر به کار گرفته می‌شوند. نوع استفاده از روش‌های درمانی توسط متخصصان تعیین می‌شود. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، به درمان‌های دارویی بخوبی جواب نمی‌دهند. بنابراین متخصصان، راهبردهای دارو درمانی و روان درمانی را به همراه یکدیگر مورد استفاده قرار می‌دهند (راویندران، استین<sup>۳۰</sup>، ۲۰۱۰). برگشت زود هنگام بیماری پس از درمان، شدت بیماری، توام بودن یا همبودی با سایر اختلالات اضطرابی از جمله اختلال فراگیر و هراس ساده و انتظار بیش از حد از نقش فرد درمانگر، عواملی هستند که اثربخشی درمان را تهدید می‌کنند (مالولو<sup>۳۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۲).

برای بهبود این اختلال باید نشانه‌های روان شناختی آن را در نظر گرفت. رویکرد شناختی در تبیین اختلال اضطراب اجتماعی نقش اساسی داشته است و به همین جهت، برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی، حمایت‌های پژوهشی گسترده‌ای از درمان شناختی \_ رفتاری<sup>۳۲</sup> وجود دارد (هایمبرگ<sup>۳۳</sup>، ۲۰۰۲). درمان شناختی \_ رفتاری گروهی، بیش از هر درمان دیگری در این اختلال مورد بررسی قرار گرفته است و بیشترین حمایت تجربی را در این زمینه دریافت نموده است (چمبلس و اولندایک<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۱؛ هافمن<sup>۳۵</sup>، ۲۰۰۷). درمان شناختی \_ رفتاری از طریق بازسازی شناختی، موجب کاهش میزان توجه متمرکز بر خود و ترس از ارزیابی منفی شده و همچنین موجب کاهش نشانه‌های جسمانی، رفتاری، و شناختی و رفتارهای ایمن می‌گردد (گلدین و همکاران، ۲۰۱۲). بررسی مطالعات اخیر در زمینه اثربخشی روان درمانی

24 Mental Health

25 Pictet

26 Clark, Makmanus

27 Mental Rumination

28 Wells

29 Lee, Telch

30 Ravindran, Stein

31 Muluo

4. Cognitive-Behavioral Therapy

5. Heimberg

6. CHambless, Ollendick

7. Hofman

8. Goldin

9. Sakano

10. Ellis, Hudson

11. Wells, King

برای اختلال اضطراب اجتماعی نشان می دهد که درمان شناختی \_ رفتاری ( CBT ) موثرترین اقدام برای کاهش اضطراب بوده که اثربخشی آن دراز مدت است، از بروز مجدد پیشگیری می کند، و کیفیت زندگی فرد مبتلا را بهبود می بخشد (ساکانو، ۲۰۱۲).

الیس وهاسون، درمان فراشناختی را درمان موثری در زمینه اختلالات اضطرابی معرفی نموده اند (الیس وهاسون، ۲۰۱۰). درمان فراشناختی موجب تعمیق و پایداری تاثیرات درمان می شود (ولز و کینگ، ۲۰۰۶). در درمان فراشناختی، سعی می شود از طریق شناسایی فراپاورهای مثبت و منفی فرد درمورد نظارت همیشگی و نشخوارگونه برعلایم طبیعی برانگیختگی و آموزش های رفتاری، ارائه اسنادها و تصحیح شیوه توجه، باورهای ناکارآمد فرد درمورد اضطراب مبتلایان در موقعیت های اجتماعی کاهش یابد. ولز معتقد است این شیوه درمانی از طریق برطرف کردن نگرانی و نشخوار فکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی مخدوش شده است، هموار می سازد (ولز، ۲۰۰۹).

مهم ترین مسئله ای که از مطالعات اضطراب اجتماعی برداشت می شود، اهمیت قابل توجه تشخیص و درمان زود هنگام است. در دو دهه ی اخیر، حجم زیاد تحقیقات به عمل آمده، موجب شده است که برای درمان این اختلال تضعیف کننده، راهبردهای درمانی موثری ابداع شود. بنابراین در حال حاضر مطالعه کارایی و تداوم تاثیر درمان ها از اهمیت بسزایی برخوردار می باشد (سلگی، ۱۳۹۳).

### بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مطالعه ی باورهای فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت. اختلال اضطراب اجتماعی یکی از شناخته شده ترین اختلالات روانی و یکی از شایع ترین اختلالات اضطرابی به شمار می رود که عده ی قابل توجهی از جوانان از آن رنج می برند. همه ی افراد در بعضی زمان ها و مکان ها، احساس خجالت یا اضطراب را تجربه می کنند. بعنوان مثال، ملاقات کردن با افراد جدید و ناآشنا یا سخنرانی کردن در حضور جمع ممکن است هر کسی را عصبی و مضطرب نماید، اما افراد مبتلا به این اختلال در مورد این مسایل و مسایل دیگر، از چند هفته پیش از اینکه اتفاقی بیفتد، احساس نگرانی می کنند. بنابراین احساس خجالت و یا ناراحتی در موقعیت های معین در بین برخی از افراد به خصوص در کودکان، نشانه های اختلال اضطراب اجتماعی نیست. سطح تعامل در موقعیت اجتماعی به ویژگی های شخصیتی و تجربه های زندگی فرد بستگی دارد. بعضی افراد ذاتا تودار و بعضی نیز اجتماعی تر هستند. بنابراین باید بین اضطراب معمولی که در زندگی امروزی اجتناب ناپذیر است و اختلال اضطراب اجتماعی تفاوت قائل شد. بر خلاف اضطراب معمولی، هراس اجتماعی شامل ترس، اضطراب، وحشت و اجتناب است که در زندگی عادی فرد مثل کار، مدرسه یا دیگر فعالیت های روزانه وی اختلال ایجاد می کند. بر طبق نظریه ی شناختی، نشانه اصلی اختلال اضطراب اجتماعی، تفسیر نادرست رویدادهای اجتماعی به صورت تهدید آمیز است. این نشانه، چرخه معیوبی را پدید می آورد که باعث تداوم ترس و پرهیز می گردد. به بیانی دیگر، محوری بودن سوگیری شناختی در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی که نوجوانان مضطرب اجتماعی را به طور اغراق آمیزی بالاتر از نوجوانان بدون اختلال اضطراب اجتماعی برآورد می کنند، تایید گردید. این شرایط ممکن است باعث راه اندازی علایم فیزیولوژیکی اضطراب و الگوهای رفتاری گردد که علایم فیزیولوژیکی اضطراب و الگوهای رفتاری گردد که بر تعاملات اجتماعی تاثیر گذاشته و احتمال خودداری در آینده را افزایش دهد. به طور کلی، سوگیری در تعبیر و تفسیر محیط اجتماعی منجر به ایجاد فرضیه های اشتباه درمورد خود و محیط اجتماعی می شود که این امر، ارزیابی منفی از موقعیت های اجتماعی را به دنبال دارد و نتیجه این ارزیابی منفی، اضطراب است. توجه بیشتر به این اختلال می تواند گامی در جهت جلوگیری از هدر رفتن قابلیت های عظیم افراد جامعه باشد، زیرا افراد زیادی علی رغم داشتن استعداد های کافی، به دلیل هراس اجتماعی، قادر به شکوفا کردن استعدادهای خود در زندگی نیستند. در نگاهی کلی، با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش های همسو با آن و مولفه های فراشناختی بارز در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی، می توان از درمان فراشناختی به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش باورها و مولفه های فراشناختی ناکارآمد این بیماران استفاده نمود. پس در بحث درمان این اختلال، باید به تصحیح باورهای فراشناخت توجه شود.

بر پایه الگوی شناختی توصیف شده، به شکل های تخصصی به شناخت درمانی دست یافته شده است. در این شیوه درمانی، آمیزه ای از فنون شناختی و رفتاری طراحی شده است که افراد مبتلا به اختلال اجتماعی را در راستای شناسایی و اصلاح افکار و باورهای تحریف شده و اضطراب زا، یاری می رساند. این روش درمانی می تواند کاهش احتمال وقوع و پیامد رخدادهای منفی اجتماعی را به دنبال داشته باشد. افراد با نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی، از باورهای فراشناختی مختل تر، و توان حل مساله اجتماعی ضعیف تری برخوردارند. به مدیران، درمانگران، و سایر افراد پیشنهاد می شود که از راهبردهای ارائه شده در این پژوهش، برای حل مشکلات دانش آموزان، درمانجویان و... بهره ببرند.

## منابع و مراجع

- [۱] احمدی، زهرا، عصاران، مهدی، سید محرمی، فاطمه، سید محرمی، ایمان (۱۳۹۶). تعیین رابطه پرخاشگری آشکار و رابطه ای با میزان امیدواری در کودکان دبستانی، فصلنامه سلامت روان کودک، دوره چهارم، شماره ۳، صفحه ۱۵۴-۱۴۳.
- [۲] سلگی، زهرا (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی و تداوم تاثیر درمان فراشناختی و طرحواره درمانی به شیوه گروهی بر کاهش علائم، کیفیت زندگی و سلامت اجتماعی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، پایان نامه دکتری، روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام نور.
- [۳] سالاری فر، محمدحسین و پوراعتماد، حمیدرضا (۱۳۹۰). رابطه باورهای فراشناختی با اختلال افسردگی و اضطراب. مجله یافته، ۱۳(۴)، ۳۸-۲۹.
- [۴] شایگان منش، زهرا (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر علائم اضطراب اجتماعی، پایان نامه دکتری، رشته روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- [۵] فرست، مایکل (۲۰۱۴). تشخیص افتراقی اختلالات روانی (مترجم، گنجی، مهدی)، ۱۳۹۳، نشر ساوالان، تهران.
- [۶] کرمی، جهانگیر، زکی بی، علی، رحمانزاده، صباح، علیخانی، مصطفی (۱۳۹۱). نقش باورهای فراشناخت و خودکارآمدی در پیش بینی هراس اجتماعی دانش آموزان پسر سال سوم متوسطه شهر کرمانشاه، مجله روان شناسی، سال اول، ش ۱، صص ۵۷-۶۲.
- [۷] محمدی، ابوالفضل، زرگر، فاطمه، امیدی، عبدالله، باقریان سراوردی، رضا (۱۳۹۳). مولفه های سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی، دو ماهنامه تحقیقات علوم رفتاری، سال یازدهم، شماره ۱ (پیاپی ۲۹).
- [۸] محسنی، نیکچهره (۱۳۸۲). ادراک خود "از کودکی تا بزرگسالی". تهران: انتشارات بعثت.
- [۹] ولز، آدریان (۱۳۹۲). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه شهرام محمدخانی. تهران: انتشارات وراي دانش.
- [10] Amstadter A.(2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*.;22:211221 [PMC free article ][PubMed]
- [11] American psychiatric Association(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.5<sup>th</sup> edition (DSM5)*. New school library, Washington, DC London, England.
- [12] Alfano, C.A. and Beidel, D.C. (Eds)(2011). *Social Anxiety in Adolescents and Young Adults*. Washington, DC: American Psychological Association Book.
- [13] Anderson RE, Hope D. A. relationship among Social Phobia, physiological reactivity and anxiety sensitivity in an adolescent population, *J Anxiety Disorder*,(2009)(1): 18\_26
- [14] Aderka, I. M. ,Hofmann, S.G. , Nickerson, A. ,Hermesh , H, Gilboa\_schechtman, E., & Marom, S.(2012).Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorder*,26,393 400
- [15] Bar-Haim, Y,Lamy ,D, Pergamin, L, Bakermans –kranenburg M,Van Ijzendoorn, M, Threat-related attentional bias in anxious and honanxious individuals: Ameta-analytic Study.*Psychology Bull.* 2007;133:1 24.
- [16] Clark,D.M.,& Wells, A.(1995).A Cognitive model of Social Phobia. INR. Hemberg,M. Liebowit Z,D.A. Hope,F.R. Schneier(Eds.). *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment*. (pp.69-93).New York :Guilford Press.
- [17] Chambless,D.L, Ollendick,T.H., (2001). Empirically supported psychological intervention: Controversies and evidence, *Annu Rev Psychol*,52:685-716.
- [18] Counture,S.M.(2010). *How to reading and teach children and teenager with dyslexia*. Joss Ey Bass. United States: San Francisco.
- [19] Cebula,K.R., aWishart, J.G.(2008). *Social Cognition in Children with Down Syndrome and Learning Disabilities*. *International Review of Research in Mental Retardation*, 35,43-86.
- [20] Ellis, D.M., Hudson, J.L., *The meta cognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents*. *Clin child fam psycho rev.* (2010);13:151-63.

- [21] Flavel. J.H., Miller.(1998). Cognitive. In w. Domain (series ed.) a D.kuhn. R.Ziegler(vol.ed.), Hand book of child Psychology: Vol.Z. Cognition. Perception, and Language (5thed, 951-898). New York: Wiley.
- [22] Farmark,T.(2002). Social Phobia: Over view of Community Surveys, Acta Psychiatric Scandinavia. 105,(2),84-93.
- [23] Garcia-Lopez, L.J. Olivares, J. Beidel, D. Albano, A.M. Turner, S. a Rosa, A.L.(2006). Efficacy of Three Treatment Protocols for Adolescents with Social Phobia : A 5- Year Follow - up Assessment, Journal of Anxiety Disorder, 20, (2),175-91.
- [24] Goldin,P.R, Ziv, M., Jazaieri, H.,Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R.G.,&Gross,J.J. (2012) Cognitive reappraisal self- efficacy mediates the effects of individual cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder,Journal of consulting and clinical psychology, 80,1034-1040, doi:10.1037/a 0028555.
- [25] Hofman,S.G.(2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: a comprehensive model and its treatment implications. Cognitive Behavior Therapy,36,193-209.
- [26] Heimberg,R.G.(2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder:Current status and future directions, Biological Psychiatry,51,101-108.
- [27] Lydiard,R.B.(2001). Social anxiety disorder:comorbidity and its implications The Journal of Clinical Psychiatry [2001,62 Suppl 1:17-23; discussion 24].
- [28] Lee,H.J.,Telch,M.J., Attentional biases in social anxiety:an investigation using the inattention blindness paradigm. Behav Res Ther.2008;46(7):819-35.
- [29] Lampe,L.A.(2009).Social anxiety disorder:recent developments in Psychological approaches to conceptualization and treatment. Australian and Newzeland Journal of Psychiatry, 43:887-898.
- [30] Mululo,S.C.,Menezes,G.B.,Vigne,P.,Fontenelle,L.F.,(2012).Areview on predictors of treatment outcome in social anxiety disorder.Revista Brasileira de Psiquiatria (Sao Paulo,Brazil;1999)[2012,34(1):92-100].
- [31] Ng,A.S.,Abbott,M.J.,Hunt,C.,(2014) The effect of self-imagery on symptoms and processes in social anxiety :A systematic review.Clinical Psychology Unit,School of Psychology,The University of Sydney,Australia. Clinical Psychology Review[2014,34(8):620-633].
- [32] Pictet,A.,(2014)Looking on the bright side in social anxiety:the potential benefit of promoting positive mental imagery.,University of Oxford Geneva,Switzerland. Frontiers in Human Neuroscience, 8:43.
- [33] Ravindran,L.N.,Stein,M.B.,(2010)The Pharmacologic treatment of anxiety disorder:a review of progress. The Journal of Clinical Psychiatry 71(7):839-854.
- [34] Razza,R.A., a Blair, C.,(2014). Association among false-belief understanding,executive Function, and Social competence:A longitudinal analysis.Journal of Applied Develop psychology,30(30),332-343.
- [35] Schulze L,Renneberg B,Lobmaier JS.(2013).Gaze perception in Social anxiety and social anxiety disorder.Frontiers in Human Neuroscience [2013,7:872].
- [36] Spada,M.M.,Georgiou,G.,& Wells,A(2008). The relationship among etacognitins,intentional control and social anxiety.Cognitive behavioural therapy,39(1),64-71.
- [37] Stopa,L.,Clark,D.L., Social Phobia and the interpretation of social events, Behaviour Research and Therapy(2000);38:273-283.
- [38] Sakano,Y.,(2012). Cognitive behaviour therapy for anxiety disorderst,Seishin Shinkeigaku Zasshi=Psychiatria et Neurologia Japonica [2012,114(9):1077-1084].
- [39] Shaffer,D.R.,(2000).Social and Personality development(4<sup>th</sup> ed).Wadsworth,Belmont,USA.
- [40] Vatankhah,H.,Daryabari,D., Ghadami,V., Naerifar,N.,(2013). The effectiveness of communication skills training on self-esteem and assertiveness of female students in guidance school in Rasht.Procedia-social and Behavioral science.;1(84):884-885.

- [41] Wild, J. Clark, D.M. Ehlers, A. & McManus, F. (2008). Perception of Arousal in Social Anxiety: Effects of False Feedback during a Social Interaction. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 102-116
- [42] Wells, A. (2003). Anxiety disorders, metacognition and change. In: Leahy R.L. (editor). *Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford: 69-88.
- [43] Wells, A., & King, P. (2006). Meta-Cognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-612.
- [44] Wells, A. (2009). *Meta-cognitive therapy for anxiety and depression*. 1th ed. the guild ford press London.