

مقایسه خودافشاسازی، صمیمیت و پردازش هیجانی در زنان متأهل مبتلا به فوبی اجتماعی و زنان سالم

فرشته پورمحسنی کلوری^۱، ژبلا شیرزاد^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۴/۲۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۱۰/۱۵

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه خودافشاسازی، صمیمیت و پردازش هیجانی در زنان متأهل مبتلا به فوبی اجتماعی و زنان سالم بود. پژوهش حاضر یک طرح علی مقایسه‌ای است و جامعه آماری آن شامل تمامی زنان متأهل ساکن در شهر اردبیل بودند که به مراکز مشاوره شهر اردبیل مراجعه و تشخیص اختلال فوبی اجتماعی دریافت نموده بودند. از میان این زنان، ۴۰ زن مبتلا به فوبی اجتماعی به روش نمونه‌گیری در - دسترس انتخاب شدند؛ گروه بهنجار نیز ۴۰ نفر بودند که از میان زنان متأهل ساکن اردبیل به شیوه تصادفی ساده انتخاب شدند و در متغیرهای جایگاه اجتماعی-اقتصادی، سطح تحصیلات و مدت تأهل با گروه زنان مبتلا به فوبی اجتماعی هم‌تا شدند. سپس هر دو گروه به مقیاس فوبی اجتماعی کانور و همکاران، مقیاس خودافشاسازی، مقیاس صمیمیت و مقیاس پردازش هیجانی پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که خودافشاسازی و صمیمیت در زنان متأهل مبتلا به فوبی اجتماعی در مقایسه با زنان سالم بطور معناداری کمتر است و پردازش هیجانی در زنان متأهل مبتلا به فوبی اجتماعی در مقایسه با گروه سالم بیشتر است. این پژوهش می‌تواند در زمینه پیشگیری، درمان و ارائه خدمات مشاوره‌ای به زنان مبتلا به فوبی اجتماعی سودمند باشد.

واژگان کلیدی: پردازش هیجانی، خودافشاسازی، زنان متأهل، صمیمیت، فوبی اجتماعی

۱. استادیار روان‌شناسی دانشگاه پیام نور تهران (نویسنده مسئول) ایمیل: fpmohseni@yahoo.com

۲. کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل

مقدمه

در دهه گذشته، پژوهشگران به مطالعه دشواری‌های تنظیم هیجان در اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند (کاشدان و همکاران^۱، ۲۰۱۴؛ هافمن و همکاران^۲، ۲۰۱۲). براساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی-ویرایش پنجم (DSM-5)، اضطراب اجتماعی (SAD)^۳ اختلالی است که با ترس یا اضطراب در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود. فرد مبتلا به این اختلال می‌ترسد که در موقعیت‌های اجتماعی بگونه‌ای رفتار کند که موجب شرمندگی وی شده یا ارزیابی منفی دیگران را به دنبال داشته باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۴) و به همین دلیل از این موقعیت‌ها اجتناب می‌نماید و سعی می‌کند تا در تعاملات با دیگران از ابراز آشکار هیجان‌های منفی همچون اضطراب و خشم خودداری نموده تا حداقل ارتباط و پیوند خود را با دیگران حفظ نماید (هادسون و راپی^۴، ۲۰۰۸).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، افرادی سرد و منفعل هستند و در تعامل با دیگران کسانی را انتخاب می‌کنند که شبیه خودشان باشند و کمتر برونگرا و معاشرتی باشند و بالطبع چنین ارتباطی رضایت کمتری را به دنبال خواهد داشت. همچنین این افراد ترجیح می‌دهند با افراد مقتدر و سلطه‌گر و کسانی که از پایگاه اجتماعی بالاتری برخوردار هستند، تعامل داشته باشند و افراد با ویژگی‌های گرم و صمیمی را برای معاشرت انتخاب نمی‌کنند (رودنباغ^۵ و همکاران، ۲۰۱۵). فقدان گرمی و صمیمیت در تعاملات موجب می‌شود که از سوی دیگران نادیده گرفته شوند و نتوانند بر روی روابط اجتماعی سرمایه‌گذاری نمایند و در تعاملات خود رفتار پرخاشگرانه و اضطراب بیشتری را نشان دهند (رودنباغ و همکاران، ۲۰۱۰). اضطراب اجتماعی بر روابط عاشقانه، ارتباط با جنس مخالف و انتخاب همسر نیز تأثیر می‌گذارد و این افراد در مقایسه با همسالان خود

-
1. Kashdan & et al
 2. Hofmann & et al
 3. Social Anxiety Disorder
 4. Hudson & Rapee
 5. Rodebaugh

ازدواج نمی‌کنند، دیرتر ازدواج می‌کنند و یا با اولین کسی که به آنان پیشنهاد ازدواج می‌دهد، ازدواج می‌کنند (اسپاروون و راپی^۱، ۲۰۰۹). در تعامل با همسر نیز وقتی ترس‌ها و تردیدهای اجتماعی، خشم و دیگر هیجانات منفی خود را با همسرشان در میان می‌گذارند و درباره نشخوارهای فکری خود درباره رویدادهای اجتماعی که در گذشته رخ داده‌اند یا در آینده اتفاق خواهند افتاد صحبت می‌کنند، وی را خسته و دلزده می‌کنند (ونزل و همکاران^۲، ۲۰۰۵). محتوای کلامی و غیرکلامی منفی و تکراری و تمایل فراوان فرد به اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، حمایت و سرزندگی همسر را کاهش داده و در نهایت منجر به بروز عاطفه منفی، فقدان فرصت‌هایی جهت انجام فعالیت‌های لذتبخش و سرگرم‌کننده (به دلیل اجتناب از موقعیت‌ها) و شکایت کردن از افراد و شرایط می‌گردد. اینگونه تعاملات نزدیکی-کناره‌گیری سبب می‌شود همسران بتدریج بیشتر از هم فاصله بگیرند، کمتر همدیگر را مورد لطف و حمایت خود قرار دهند و از روابط خود احساس نارضایتی نمایند (کاشدان و همکاران، ۲۰۰۷).

تعاملات افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با همسرشان را می‌توان در چارچوب الگوی تنظیم خطر^۳ (موری، هولمز و کالینز^۴، ۲۰۰۶) درک کرد. مبتنی بر این مدل، این افراد باید بین نیاز به ارتباط با همسر و نیاز به محافظت از خود در مقابل احساس درد بالقوه ناشی از طرد همسر، تعادل برقرار سازند؛ بدین ترتیب وقتی فرد مبتلا، رفتار همسرش را بگونه منفی ارزیابی می‌کند، جهت محافظت از خود در مقابل درد بالقوه ناشی از طرد همسر، ارزش ارتباط با همسر را ناچیز می‌شمارد و در مقابل وقتی رفتار همسرش را مثبت ارزیابی می‌کند، ارتباط و پیوندجویی با همسر را به عنوان منبعی ارزشمند قلمداد می‌کند. بدین ترتیب وقتی فرد، هرگونه ارتباط با همسرش را ناآرزنده‌سازی می‌کند، رفتارهای تنظیم خطر همچون کناره‌گیری فیزیکی از همسر، کاهش خودافشاسازی در تعامل با همسر، رفتار پرخاشگرانه برای دور کردن همسر از خود، اولویت‌بخشی به سایر روابط به عنوان منبع ارتباط و

-
1. Sparrevohn & Rapee
 2. Wenzel & et al
 3. Risk Regulation Model
 4. Murray, Holmes & Collins

پیوندجویی نشان می‌دهد و در نتیجه صمیمیت میان وی با همسرش کاهش می‌یابد (افرام و کاشدان، ۲۰۱۶).

همانطور که گفته شد مبتنی بر مدل تنظیم خطر، یکی از عواملی که موجب می‌شود افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در حفظ و تداوم تعاملات صمیمانه خود با مشکل مواجه گردند، کاهش خود-افشاسازی در روابط می‌باشد. خود-افشاسازی آشکار ساختن اطلاعات صمیمانه و شخصی درباره خود می‌باشد و در شکل‌گیری و تداوم روابط صمیمانه نقش مهمی دارد. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به منظور اجتناب از پیامدهای منفی تعاملات خود، رفتارهای محافظت‌کننده را در پیش می‌گیرند تا از عدم تأیید خود توسط همسرشان خودداری نمایند و همین مسأله موجب کاهش خودافشاسازی آنان می‌شود. این افراد در مقایسه با افراد عادی کمتر خودافشاسازی می‌کنند و در هنگام خودافشاسازی نیز اطلاعات غیرواقعی و منفی را با دیگران در میان می‌گذارند (گرین و همکاران، ۲۰۱۶).

متغیر دیگری که در این پژوهش و در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است، پردازش هیجانی می‌باشد. جهت مطالعه این متغیر، لازم است فرآیند تنظیم هیجان در این افراد بررسی گردد. فرآیند تنظیم هیجان شامل ۵ مرحله است که مرحله اول آن انتخاب موقعیت است که افراد مبتلا به فوبی اجتماعی به دلیل ترس از موقعیت‌های اجتماعی از این موقعیت‌ها اجتناب می‌ورزند (ورنر^۳ و همکاران، ۲۰۱۱). تلاش سرسختانه فرد جهت اجتناب از موقعیت، توجه وی را به نشانه‌های تقویت‌کننده موجود در محیط کاهش داده و به همین دلیل این افراد نمی‌توانند هیجان‌های مثبت و پاداش‌دهنده موجود در تعاملات اجتماعی را تجربه نمایند و به همین دلیل خود را در تعاملات با همسرشان افرادی بی‌کفایت و نامطلوب تصور می‌کنند (کاشدان و ساوستیانوا^۴، ۲۰۱۱؛ رداغ و شوماخر^۵، ۲۰۱۲).

-
1. Afram & Kashdan
 2. Green & et al
 3. Werner
 4. Savostyanova
 5. Rodebaugh & Shumaker

در مرحله دوم تنظیم هیجان افراد مبتلا به فوبی اجتماعی عموماً روشی را انتخاب می‌کنند که اضطرابشان را کاهش داده و احساس راحتی و کنترل آنان را افزایش دهد. به همین دلیل رفتارهایی را انتخاب می‌کنند که احتمال مورد توجه قرار گرفتن از سوی دیگران را کاهش می‌دهد؛ که می‌توان به عدم برقراری تماس چشمی یا صحبت نکردن با دیگران، آرام صحبت کردن یا اصلاً صحبت نکردن اشاره کرد (باتلر^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). مرحله سوم، آماده‌سازی توجه است که در آن فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی توجهش به سوی کنترل علائم درونی و جزئیات معطوف می‌گردد، به همین دلیل این افراد پرت کردن حواس و نشخوارگری را در مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی بکار می‌گیرند (داوانزاتو و همکاران^۲، ۲۰۱۳).

تغییر شناختی مرحله چهارم تنظیم هیجان می‌باشد که مشکل در ارزیابی مجدد هیجان‌ها به عنوان مکانیسم اصلی درگیر در این اختلال می‌باشد (کمبل-سیلس و بارلو^۳، ۲۰۰۷). در مرحله آخر تنظیم هیجان، تنظیم پاسخ، قرار دارد. بیشترین راهبرد هیجانی که افراد دارای فوبی اجتماعی در این مرحله بکار می‌گیرند، سرکوبی یا بازداری ارادی ابراز کلامی و رفتاری هیجان‌ها می‌باشد. سرکوبی اغلب بوسیله این باور برانگیخته می‌شود که هیجان‌ها و ابراز آن‌ها نامناسب است و باید کنترل گردد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با افراد غیرمضطرب بیشتر افکار خود را کنترل و سرکوب می‌کنند و ابراز هیجان‌های مثبت و منفی خود را بازداری می‌نمایند (کاشدان و استیگر^۴، ۲۰۰۶).

بنابراین، با توجه به اینکه افراد مبتلا به فوبی اجتماعی در ایجاد و حفظ تعاملات صمیمانه با دشواری‌هایی مواجه هستند؛ از سوی دیگر، این اختلال، اختلالی مزمن بوده (کیرنی و همکاران^۵، ۲۰۰۷) و بر حوزه کار و تحصیل افراد نیز تأثیر می‌گذارد و همچنین

-
1. Butler
 2. D Avanzato & et al
 3. Campbell-Sills & Barlow
 4. Kashdan & Steger
 5. Cairney et al

پژوهش‌های اندکی به مطالعه نقش صمیمیت، خودافشاسازی و پردازش هیجانی در روابط صمیمانه زنان متأهل پرداخته‌اند. بنابراین، پژوهش حاضر درصدد پاسخگویی به این سؤال است که پردازش هیجانی، خودافشاسازی و روابط صمیمانه در زنان با و بدون اختلال اضطراب اجتماعی چه تفاوتی دارد؟

فرضیه‌های پژوهش

۱. صمیمت و خودافشاسازی در زنان متأهل مبتلا به فوبی اجتماعی در مقایسه با زنان متأهل غیرمبتلا کمتر است.
۲. پردازش هیجانی در زنان متأهل مبتلا به فوبی اجتماعی در مقایسه با زنان متأهل غیرمبتلا بیشتر است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های علی-مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش، تمامی زنان متأهل مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر اردبیل و همچنین تمامی زنان متأهل شاغل در دانشگاه آزاد اردبیل بودند. نمونه مورد مطالعه ۴۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی بودند که به این مراکز مراجعه نموده و بر پایه تشخیص روانپزشک و همچنین با استفاده از مقیاس فوبی اجتماعی، مبتلا به اختلال فوبی اجتماعی تشخیص داده شده بودند. گروه بهنجار نیز شامل ۴۰ زن متأهل بودند که در دانشگاه آزاد اردبیل مشغول به کار بودند و با استفاده از خود-گزارشی و مصاحبه، عدم ابتلای آنان به اختلال فوبی اجتماعی و سایر اختلالات محور ۱ بررسی گردید. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و در مقطع زمانی فروردین ماه تا تیر ماه ۱۳۹۴ انجام گرفت.

دو گروه مورد مطالعه از نظر تحصیلات، سن و مدت تأهل با هم هم‌تا شده بودند. پس از انتخاب زنان متأهل مبتلا به فوبی اجتماعی و زنان غیرمبتلا، هدف پژوهش برای آنان توضیح داده می‌شد و سپس پرسشنامه‌ها در میان آنان توزیع می‌گردید. پس از آنکه آزمودنی‌ها پرسشنامه‌ها را تکمیل می‌کردند، جمع‌آوری و نمره‌گذاری شدند. داده‌ها با

استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۱۸ تجزیه و تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

الف-مقیاس فوبی اجتماعی: این مقیاس، نخستین بار توسط کانور^۱ و همکاران (۲۰۰۰) به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه گردید. این مقیاس خودسنجی دارای ۱۷ ماده است که دارای سه خرده‌مقیاس ترس (۶ماده)، اجتناب (۷ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) است و در آن هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای (۰=به هیچ وجه، ۱=کم، ۲=تا اندازه ای ۳=زیاد، ۴=خیلی زیاد) درجه‌بندی می‌شود، نمرات هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع ماده‌های مربوط به آن خرده مقیاس به دست می‌آید.

اعتبار مقیاس فوبی اجتماعی با روش بازآزمایی در گروه‌هایی با تشخیص اختلال فوبی اجتماعی برابر با ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و ضریب همسانی درونی آن‌ها (ضریب آلفای کرونباخ) در یک گروه بهنجار ۰/۹۴ گزارش شده است و برای خرده‌مقیاس‌های ترس ۰/۸۹، اجتناب ۰/۹۱ و ناراحتی فیزیولوژیکی، ۰/۸۰ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس در دو گروه از آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و آزمودنی‌های گروه بهنجار بدون تشخیص روانپزشکی بررسی شد که تفاوت معناداری با هم نشان دادند که این خود حاکی از اعتبار بالای سازه است. در ایران، طهماسبی مرادی (۱۳۸۴) پایایی بازآزمایی این ابزار را ۰/۸۲ و همسانی درونی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است. همچنین ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش لطفی، ابوالقاسمی و نریمانی (۱۳۹۲) ۰/۷۰ به دست آمده است.

ب-مقیاس خودافشاسازی: مقیاس خودافشاسازی توسط گلدشتاین^۲ (۱۹۹۹) برای ارزیابی بیان عاطفی و خودافشاسازی طراحی شده است و درجه‌ای که یک فرد افکار، عقاید و احساسات خود را در روابط افشا می‌کند، ارزیابی می‌نماید. این آزمون دارای ۱۵ سؤال

1. Conner
2. Goldestian

است و پاسخ‌دهنده در یک نقطه از درجه‌بندی (۷=کاملاً موافقم، ۶=موافقم، ۵=تاحدودی موافقم، ۴=نظری ندارم، ۳=تاحدودی مخالفم، ۲=مخالفم، ۱=کاملاً مخالفم) نظر خود را بیان می‌کند. در این مقیاس، حداقل نمره ۱۵ و حداکثر نمره ۱۰۵ است. گلدشتاین (۱۹۹۹) پایایی این ابزار را با استفاده از روش آلفای کرونباخ بررسی نمود و مقدار آن را ۰/۸۱ گزارش نمود.

ج- **مقیاس صمیمیت**: مقیاس صمیمیت واکر و تامپسون^۲ (۱۹۸۳) مقیاسی ۱۷ سؤالی است که به منظور سنجش مهر و صمیمیت در میان زوجین به کار می‌رود. این مقیاس جزئی از یک ابزار بزرگتر است که چندین بعد صمیمیت را در بر می‌گیرد، ولی آن را به صورت مستقل برای سنجش صمیمیت می‌توان به کار برد. نمره آزمودنی در مقیاس صمیمیت از طریق جمع نمرات سؤالات حاصل می‌شود که نمره بالاتر نشانه صمیمیت بیشتر است. واکر و تامپسون (۱۹۸۳؛ به نقل از ثنایی ذاکر، ۱۳۷۹) ضریب پایایی این آزمون را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ تا ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. همچنین برای بررسی روایی آزمون از روش روایی محتوا و روایی صوری استفاده شد. بدین صورت که چند نفر از اساتید رشته مشاوره و روانشناسی پرسشنامه فوق را بررسی و اظهار نمودند که صمیمیت زوجین را می‌سنجد (ثنایی ذاکر، ۱۳۷۹). نادری و آزادمنش (۱۳۹۱) در پژوهش خود پایایی پرسشنامه صمیمیت را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه نمودند که به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۳ به دست آمد و بیانگر ضرایب پایایی مطلوب پرسشنامه صمیمیت می‌باشد.

د- **مقیاس پردازش هیجانی**: مقیاس پردازش هیجانی توسط باکر^۳ و همکارانش (۲۰۰۷) طراحی شده است. این مقیاس ۳۸ ماده دارد که برای اندازه‌گیری سبک‌های پردازش هیجانی استفاده می‌شود. هر ماده براساس مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه تا بی‌نهایت) درجه‌بندی می‌شود. این مقیاس دارای ۸ مؤلفه مزاحمت، سرکوب، فقدان

1. Intimacy Scale
2. Walker and Linda Thampson
3. Baker

آگاهی، عدم کنترل، جدایی، اجتناب‌ها، آشفتگی‌ها و عوامل بیرونی است. ضرایب آلفای کرونباخ و بازآزمایی این مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۹ گزارش شده است. لطفی (۱۳۸۹) در تحقیقی مقدماتی که بر روی ۴۰ نفر از دانشجویان انجام داد، ضریب همبستگی این مقیاس را با مقیاس تنظیم هیجان ۰/۵۴- گزارش نمود. همچنین در پژوهش دیگری لطفی و همکاران (۱۳۹۲) پایایی این مقیاس را با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ محاسبه نمودند.

یافته‌های پژوهش

در پژوهش حاضر ۴۰ نفر زن متأهل مبتلا به فوبی اجتماعی و ۴۰ نفر زن سالم مورد مطالعه قرار گرفتند. میانگین سنی نمونه زنان مبتلا به فوبی اجتماعی ($26/3 \pm 0/91$) و گروه نمونه زنان سالم ($27/5 \pm 0/86$) سال بود. ۶۶ درصد از آزمودنی‌ها مبتلا به فوبی اجتماعی دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم، ۱۷ درصد دارای تحصیلات زیر دیپلم و بقیه لیسانس و بالاتر بودند. در ادامه شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه زنان مبتلا به فوبی اجتماعی

زنان سالم		زنان مبتلا به فوبی اجتماعی		گروه‌ها
میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	شاخص‌ها
۴/۹۷	۱۹	۶/۴۸	۴۳/۰۳	فوبی اجتماعی
۲/۲۷	۵/۱۵	۳/۴۷	۱۶/۲۵	ترس
۲/۵۶	۴/۸۵	۳/۸۲	۱۵/۷۸	اجتناب
۱/۵۷	۹/۱۲	۱/۹۱	۱۱/۱۷	ناراحتی فیزیولوژیکی
۵/۰۸	۴۱/۸۷	۸/۲۶	۲۹	خودافشاسازی
۹/۷۸	۶۱/۴۵	۶/۹۷	۴۵/۱۵	صمیمت
۱۰/۳۰	۶۶/۳۰	۱۳/۳۱	۸۱/۴۰	پردازش هیجانی

یافته‌های موجود در جدول ۱ حاکی از آن است که میانگین فوبی اجتماعی در نمونه مبتلا ۴۳/۰۳ و در گروه نمونه سالم برابر با ۱۹ است. همچنین میانگین نمرات زیر مقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بیشتر از افراد

سالم است. همچنین میانگین نمرات خودافشاسازی و صمیمیت در افراد سالم و میانگین نمرات پردازش هیجانی در افراد اضطرابی بیشتر است.

در ادامه جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده گردید. جهت استفاده از این آزمون، باید مفروضه‌های آن برقرار باشد. یکی از این مفروضه‌ها، برابری واریانس گروه‌ها و دیگری برابری ماتریس واریانس-کوواریانس است. با بررسی آزمون باکس مشخص شد همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و همگنی آزمون لوین در نمونه مورد مطالعه رعایت نشده است. در چنین شرایطی با توجه به نظر تاباچنیک و فیدل^۱ (۲۰۰۷) از شاخص پیلابی به جای شاخص لامبدای ویلکز جهت بررسی معنادار بودن آزمون تحلیل واریانس استفاده می‌گردد.

جدول ۲. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیری نمرات خودافشاسازی، صمیمیت و

پردازش هیجانی در دو گروه زنان مبتلا به فوبی اجتماعی و زنان سالم

نام آزمون‌ها	مقدار	F	سطح معناداری	مجذوراتا
اثر پیلابی	۰/۶۳	۴۳/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴
لامبدا ویلکز	۰/۳۷	۴۳/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴
اثر هتلینگ	۱/۷۱	۴۳/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴
بزرگترین ریشه ری	۱/۷۱	۴۳/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۹۴

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره در دو گروه زنان مبتلا به فوبی اجتماعی و زنان سالم در خودافشاسازی، صمیمیت و پردازش هیجانی تفاوت معناداری را نشان می‌دهد. به بیان دیگر، زنان مبتلا به فوبی اجتماعی و زنان سالم حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معناداری دارند. مجذوراتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروه‌هاست) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۹۴ درصد می‌باشد؛ یعنی ۹۴ درصد از واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در

تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد. در ادامه نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس چندمتغیری مقایسه خودافشاسازی، صمیمیت و پردازش هیجانی در دو گروه مورد مطالعه

متغیر شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه تاثیر
خودافشاسازی	۳۳۱۵/۳۱	۱	۳۳۱۵/۳۱	۷۲/۲۶	۰/۰۰۰	۰/۴۸
صمیمیت	۵۳۱۳/۸۰	۱	۵۳۱۳/۸۰	۷۳/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۴۹
پردازش هیجانی	۴۵۶۰/۲۰	۱	۴۵۶۰/۲۰	۳۲/۱۸	۰/۰۰۰	۰/۲۹

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره موجود در جدول ۳ نیز نشان می‌دهد که خودافشاسازی، صمیمیت و پردازش هیجانی در دو گروه زنان مبتلا به فوبی اجتماعی و زنان سالم با هم تفاوت معنی‌داری دارند. با مراجعه به جدول شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش موجود در جدول ۱، مشخص می‌شود که میانگین خودافشاسازی و صمیمیت در زنان مبتلا به فوبی اجتماعی نسبت به زنان سالم بطور معناداری کمتر است؛ همچنین پردازش هیجانی در زنان مبتلا به فوبی اجتماعی در مقایسه با گروه بهنجار بیشتر است؛ به بیان دیگر افراد مبتلا به فوبی اجتماعی بیشتر هیجان‌ات خود را سرکوب کرده، از هیجان‌ات خود اجتناب می‌کنند و در مواجهه با رویدادهای هیجان‌آور بیشتر دچار آشفتگی می‌گردند.

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال فوبی اجتماعی با اضطراب و نگرانی از حضور در جمع مشخص می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که زنان مبتلا به فوبی اجتماعی در مقایسه با زنان عادی، صمیمیت و خودافشاسازی کمتری دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های اسپاروین و رایه (۲۰۰۹)، کاشدان و برین (۲۰۰۸)، براون (۲۰۰۷)، افرام و کاشدان (۲۰۱۶) و گرین و همکاران (۲۰۱۶) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افراد مبتلا به فوبی اجتماعی فاقد

مهارت‌های خرد و کلان ارتباطی می‌باشند که پیامد تجربه اضطراب اجتماعی است. بنابراین این افراد در مقایسه با افراد عادی، کمتر در گفتگوها شرکت می‌کنند و کمتر صحبت می‌کنند، بنابراین خودافشاسازی کمتری دارند و به دنبال چنین رفتارهایی، در روابط صمیمانه و بویژه ارتباط با همسر، رضایتمندی و نزدیکی کمتری را تجربه می‌نمایند. تبیین دوم این یافته این است که سرکوب هیجان یک متغیر میانجی میان اضطراب اجتماعی و تجارب خوشایند می‌باشد و افراد مبتلا به فوبی اجتماعی که حداقل تعداد رویدادهای مثبت را تجربه می‌کنند، در مقایسه با افراد غیرمضطرب، سرکوبی هیجانی بیشتری دارند. به بیان دیگر، تجربه رویدادهای مثبت بیشتر در زندگی روزمره، تابعی است از اضطراب اجتماعی کمتر و تمایل فرد نسبت به پذیرش، تحمل و ابراز هیجاناتی که بطور طبیعی در موقعیت برانگیخته می‌شوند (کاشدان و برین، ۲۰۰۸). استفاده از سرکوبی به عنوان راهبرد تنظیم پاسخ با کمتر شدن روابط صمیمانه ارتباط دارد، زیرا سرکوبی اغلب موجب می‌شود که گرمی و رفتارهای صمیمانه کمتر شده و فرد رفتارهای دوستانه کمتری با دیگران داشته باشد. به باور محققان سرکوب اضطراب در فوبی اجتماعی رفتاری سالم است که برای کاهش هیجان‌های ناخوشایند در خلال تعاملات اجتماعی بکار گرفته می‌شود (وانکن، آلدن و بوگلز، ۲۰۰۶). نتیجه سرکوبی عواطف می‌تواند منجر به نتیجه متناقضی گردد و فرد به جای ارتباط بیشتر با دیگران، از سوی آنان طرد شده و هیجان‌های منفی بیشتری را تجربه نماید.

تبیین دیگری که برای این یافته می‌توان ارائه کرد این است که اگرچه اختلالات اضطرابی با عاطفه منفی مرتبط هستند، اختلال اضطراب اجتماعی، تنها اختلال اضطرابی است که با سطوح پایین تجربه عاطفه مثبت همراه است (براون، ۲۰۰۷). پذیرش و ابراز آشکار هیجان‌های مثبت، تجربه رویدادهای لذتبخش را افزایش داده و موجب شکل‌گیری خاطرات مثبتی می‌گردد که به آسانی بازیابی شده و به‌عنوان راهبردی جهت حفظ و افزایش هیجان‌های مثبت بکار گرفته می‌شود. همچنین فرد می‌تواند این خاطرات مثبت را با

دیگران در میان گذاشته و پیوندهای اجتماعی خود را افزایش داده و تحکیم بخشند و بدین ترتیب روابط با افراد مهم افزایش یافته و ارتباط صمیمانه شکل خواهد گرفت. افرادی که به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا نیستند، با ابراز آشکار هیجان‌های خویش این فرآیندهای روانشناختی مثبت را فعال می‌کنند. در حالی که در افراد مبتلا به فوبی اجتماعی، خودداری از ابراز هیجان‌ات این فرآیند را مختل کرده و موجب کاهش تجارب هیجانی مثبت و به دنبال آن کاهش روابط صمیمانه در گذر زمان می‌گردد (کاشدان و برین، ۲۰۰۸).

همچنین افراد مبتلا به فوبی اجتماعی در تعاملات خود، اضطراب، پرخاشگری و رفتاری سرد و خالی از محبت نشان می‌دهند تا از خود در مقابل پیامدهای منفی تعاملات ارتباطی محافظت نمایند. به بیان دیگر، این افراد، منتظر پیامدهای منفی در روابط بین فردی می‌باشند، شاید بدین دلیل که بر این باورند که از ویژگی‌های لازم جهت پذیرفته شدن و مورد احترام قرار گرفتن از سوی دیگران برخوردار نیستند (موسکوویچ^۱ و همکاران، ۲۰۰۹) و بدین ترتیب تلاش می‌کنند که از موقعیت‌های بین فردی اجتناب نموده و رفتار صمیمانه و خودافشاسازی کمتری نشان می‌دهند تا کمتر از سوی دیگران طرد شوند (ویکز و همکاران، ۲۰۰۹). بدین ترتیب خودافشاسازی به سبب صمیمیتی که در رابطه ایجاد می‌کند موجب پایبندی بیشتر ارتباطی می‌شود و همسرانی که برای یکدیگر بیشتر خود را فاش می‌سازند، از ازدواج خود رضایت بیشتری دارند.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که پردازش هیجانی در زنان دارای فوبی اجتماعی نسبت به زنان سالم بیشتر است؛ که با نتایج پژوهش‌های (داوانزاتو، و همکاران، ۲۰۱۳؛ کاشدان و همکاران، ۲۰۱۴) و لطفی، ابوالقاسمی و نریمانی (۱۳۹۲) همسو است. مطالعه نقش هیجان در بروز اضطراب اجتماعی در چارچوب الگوهای شناختی (همبرگ، بروزویچ و راپی^۲، ۲۰۱۰) نشان می‌دهد این افراد قبل، در خلال و بعد از مواجهه با موقعیت‌های اجتماعی واکنش‌های هیجانی مبالغه‌آمیز نشان می‌دهند و از راهبردهای

1. Moscovitch & et al
2. Heimberg, Brozovich, & Rapee

ناسازگارانه تنظیم هیجان همچون سرکوب عواطف، نشخوارگری، اجتناب تجربی و پردازش پس‌رویدادی/ نشخوارگری بیشتر استفاده می‌کنند.

یکی از راهبردهای هیجانی که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بکار می‌گیرند، اجتناب تجربی می‌باشد. در این راهبرد، فرد تلاش می‌کند تا از عواطف و افکار ناخوشایند فرار کرده، اجتناب کند، آن را تغییر دهد یا حذف نماید. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این راهبرد فعالیت شناختی فرد را در خلال مواجهه با تکالیف استرس‌آور افزایش می‌دهد (کاشدان و همکاران، ۲۰۱۳). افزایش فعالیت شناختی نه تنها موجب حفظ آرامش فرد نمی‌شود، بلکه اجتناب وی را از موقعیت‌های اجتماعی افزایش می‌دهد.

یکی دیگر از راهبردهای تنظیم هیجان در افراد با اختلال اضطراب اجتماعی، کاهش خودکنترلی می‌باشد. که به ناتوانی فرد در تنظیم توجه، انرژی و تحمل آشفتگی اشاره دارد (فینکل^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). این افراد در هر زمانی از انرژی، توجه و خودکنترلی محدودی برخوردارند و تلاشی که جهت مدیریت تأثیر خود بر دیگران در هنگام تعاملات اجتماعی بکار می‌گیرند، منابع انرژی، توجه و خودکنترلی فرد مبتلا را می‌خشکاند (وهس و همکاران^۲، ۲۰۰۵). در چنین شرایطی که فرد از منابع خودتنظیمی اندکی برخوردار است، بیشتر احتمال دارد که بر اساس احساس آرامش موقتی ناشی از فرار از موقعیت اضطراب‌برانگیز تصمیم‌گیری نماید. در چنین شرایطی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به سرنخ‌های اجتماعی پاداش‌دهنده کمتر پاسخ می‌دهند و به اهداف مطلوب همچون ارضای نیاز تعلق خاطر و معنابخشی به زندگی کمتر دست می‌یابند. به بیان دیگر افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نه تنها موقعیت‌های اجتماعی را به عنوان موقعیت‌هایی استرس‌آور در نظر می‌گیرند، بلکه از تنش‌ها و خستگی افزونی که ناشی از بکارگیری راهبرد معکوس اجتناب تجربی می‌باشند، نیز رنج می‌برند.

ترکیبی از صمیمیت، خودافشاسازی و پردازش هیجانی به استحکام بیشتر روابط زناشویی و رضایت در آن می‌انجامد؛ به عبارت دیگر افراد مبتلا به فوبی اجتماعی به دلیل

1. Finkel

2. Vohs et al

دیدگاه شخصی‌شان با ترس از ارزیابی منفی دیگران، از صمیمیت و به تبع آن خود افشاسازی خود برای دیگران اجتناب می‌کنند؛ که نتایج این تحقیق نیز آن را تأیید می‌کند. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت که می‌توان به موارد زیر اشاره کرد: با توجه به اینکه این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای است، رابطه علیت نمی‌تواند با قطعیت مطرح گردد. از سوی دیگر، انجام پژوهش حاضر در میان زنان متأهل انجام گرفته است که تعمیم‌پذیری آن را به زنان مجرد و مردان با محدودیت مواجه می‌سازد. یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی در مطالعات آتی می‌تواند میزان اعتماد ما به نتایج را جهت گسترش دایره تعمیم افزایش دهد.

نتایج پژوهش حاضر می‌تواند در زمینه پیشگیری، درمان و ارائه خدمات مشاوره‌ای موثر به زنان مبتلا به فوبی اجتماعی سودمند باشد و بدین طریق موجب تداوم روابط زناشویی و تعاملات صمیمانه آنان گردد. برنامه‌های درمانی ارائه شده برای اختلال اضطراب اجتماعی اغلب بصورت گروهی طراحی شده‌اند. از این رو به نظر می‌رسد که در آسیب‌شناسی این اختلال به عوامل بین فردی توجه ویژه‌ای می‌شود. در جلسات گروهی آموزش مهارت‌های اجتماعی همچون الگوسازی رفتارهای مناسب، مهارت برقراری تماس چشمی، مهارت گوش دادن پیام و درک آن و برقراری ارتباط با دیگران، افزایش جرأت-مندی و رک‌گویی مؤدبانه و همراهی با دیگران در بحث‌های اجتماعی و شیوه‌های مقابله با تنش عضلانی آموزش داده می‌شود تا هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی بتوانند، از اجتناب از موقعیت خودداری نمایند و تعامل مناسبی برقرار سازند. همچنین باید به این زنان آموزش داد تا به شناسایی افکار منفی که در لایه‌های زیرین ترس‌های‌شان در برقراری روابط صمیمانه وجود دارد، پردازند و در قدم بعدی این افکار را به چالش بکشند و دید واقع‌بینانه‌تری نسبت به برقراری رابطه با همسر و همچنین در موقعیت‌های اجتماعی پیدا کنند و با آرامش بیشتری به تعامل پردازند. همچنین به دلیل اینکه این اختلال بر زندگی زناشویی زنان مبتلا تأثیر می‌گذارد، لازم است همسران افراد مبتلا نیز در جلسات درمان

شرکت نمایند تا درخصوص این اختلال آگاهی‌های لازم را کسب نموده و و راهکارهای لازم درخصوص تسریع درمان همسرشان را دریافت نمایند.

منابع

انجمن روانپزشکی آمریکا، راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی *DSM-5*. ترجمه شاملو، فرهاد و همکاران. تهران: انتشارات ارجمند.
ثنایی ذاکر، محمد باقر. (۱۳۷۹). *مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج*. تهران: انتشارات بعثت.

طهماسبی مرادی، ش. (۱۳۸۴). بررسی کارآیی درمان شناختی-هیپنوتیسمی در ایجاد تصویر ذهنی مثبت از خود و تأثیر آن بر علائم هراس اجتماعی دانشجویان مبتلا به هراس. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

لطفی، صدیقه. (۱۳۸۹). بررسی مقدماتی مقیاس‌های پردازش هیجانی و قضاوت اجتماعی در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه محقق اردبیلی.

لطفی، صدیقه؛ ابوالقاسمی، عباس و نریمانی، محمد. (۱۳۹۲). مقایسه پردازش هیجانی و ترس از ارزیابی‌های مثبت و منفی در زنان دارای فوبی اجتماعی و زنان عادی، *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، شماره ۱۴ (۳)، ص ۱۱۰-۱۱۹.

نادری، فرح. آزادمنش، پونه. (۱۳۹۱). مقایسه دلزدگی زناشویی، عملکرد خانواده و صمیمیت کارکنان زن و مرد. *یافته‌های نو در روانشناسی*، شماره ۷ (۲۲)، ص ۱۱۲-

۹۲

Afram, A, & Kashdan, T. B. (2016). Coping with rejection concerns in romantic relationships: An experimental investigation of social anxiety and risk regulation. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4 (1), 151-156.

Baker, R. Thomas, S. Thomas, P.W. Owens, M. (2007). Development of an emotional processing scale. *Journal of psychosomatic Research*, 62, 167-178.

- Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM° IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 313° 328
- Butler, E.A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. c., Erickson, E. A., & Gross, J. j. (2003). The social consequences of expressive suppression. *Emotion*, 31 (1), 48-67.
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). *Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders*. In J. J. Gross (Ed), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). New York: Guilford.
- Cairney, J., McCabe, L., Veldhuizen, S., Corna, L. M., Streiner, D., Hermann, N. (2007). Epidemiology of Social Phobia in Later Life. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15 (3), 224-233.
- Conner, K.M., Davidson, J.R.T., Churchil, L.R., Sherwood, A., Foa, E., Weisler, R.H., (2000). Psychometric properties of the social phobia Inventory (spin): New self-rating scale. *British Journal of psychiatry*, 176, 379-386.
- D Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 968° 980.
- Davila, J., & Beck, J. G. (2002). Is social anxiety associated with impairment in close relationships? A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 33, 427° 446.
- Finkel, E. J., Campbell, W. K., Brunell, A. B., Dalton, A. N., Scarbeck, S. J., & Chartrand, T. L. (2006). High-maintenance interaction: Inefficient social coordination impairs self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 456° 475
- Goldstein, S. B. (1999). Construction and validation of a conflict communication scale. *Journal of Applied Social Psychology*, 29 (9), 1803-1 832.
- Green, T., & Wilhelmsen, T., Wilmots, E., Dodd, B., & Quinn, S. (2016). Social anxiety, attributes of online communication and self-disclosure across private and public Facebook communication. . *Computers in Human Behavior*, 58, 206-213.
- Heimberg, R.G., Brozovich, F. A., Rapee, R.M. (2010). Chapter 15° A Cognitive Behavioral Model of Social Anxiety Disorder: Update and Extension. In S. G. Hofmann, & P.M. DiBartolo (Eds), *Social Anxiety: Clinical, Developmental, and Social Perspectives*. (2 nd., pp. 395° 422). New York: Academic Press.

- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression & Anxiety*, 29, 409° 416.
- Hudson, J. L., & Rapee, R. M. (2008). *Familial and social environments in the etiology and maintenance of anxiety disorders*. In M. M. Antony, & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders*. New York: Oxford University Press.
- Kashdan, T. B., & Breen, W. B. (2008). Social Anxiety and Positive Emotions: A Prospective Examination of a Self-Regulatory Model With Tendencies to Suppress or Express Emotions as a Moderating Variable. *Behavior Therapy*, 39, 1° 12.
- Kashdan, T. B., Goodman, F. R., Machell, K. A., Kleiman, E. M., Monfort, S. S., Ciarrochi, J., & Nezlek, J. B. (2014). A contextual approach to experiential avoidance and social anxiety: evidence from an experimental interaction and daily interactions of people with social anxiety disorder. *Emotion*, 44, 34-44.
- Kashdan, T. B., & Savostyanova, A. A. (2011). Capturing the biases of socially anxious people by addressing partner effects and situational parameters. *Behavior Therapy*, 42, 211° 223.
- Kashdan, T. B., Volkman, J. R., Breen, W.E., & Han. S. (2007). Social anxiety and romantic relationships: The costs and benefits of negative emotion expression are context-dependent. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 475° 492.
- Kashdan, T.B., Farmer, A.S., Adams, L.M., Ferssizidis, P., McKnight, P.E., & Nezlek, J. B. (2013). Distinguishing Healthy Adults From People With Social Anxiety Disorder: Evidence for the Value of Experiential Avoidance and Positive Emotions in Everyday Social Interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 122 (3), 645° 655
- Moscovitch, D. A., Orr, E., Rowa, K., Reimer, S. G., & Antony, M. M. (2009). In the absence of rose-colored glasses: ratings of self-attributes and their differential certainty and importance across multiple dimensions in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 66° 70.
- Rapee, R. M. (2002). The development and modification of temperamental risk for anxiety disorders: prevention of a lifetime of anxiety? *Biological Psychiatry*, 52,947° 957.
- Rodebaugh, T. L., Gianoli, M. O., Turkheimer, E., & Oltmanns, T. F. (2010). The interpersonal problems of the socially avoidant: Self and peer shared variance. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 331° 340.
- Rodebaugh, T. L., & Shumaker, E. (2012). Avoidance goals for a specific social situation influence activated negative and positive affect. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 36° 46.

- Rodebaugh, T. L., Bielak, T., Vidovic, V., Moscovitch, D. A. (2016). The effects of social anxiety on interpersonal evaluations of warmth and dominance. *Journal of Anxiety Disorders*, 38 (1), 68-78.
- Sparrevoorn, R. M., & Rapee, R. M. (2009). Self-disclosure, emotional expression and intimacy within romantic relationships of people with social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 1074° 1078.
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Stucke, T. S. (2001). If you can't join them, beat them: Effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 1058° 1069.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon
- Vohs, K. D., Baumeister, R. F., & Ciarocco, N. J. (2005). Self-regulation and self-presentation: Regulatory resource depletion impairs impression management and effortful self-presentation depletes regulatory resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 632° 657.
- Voncken, M. J., Alden, L. E., & Bögels, S. M. (2006). Hiding anxiety versus acknowledgment of anxiety in social interaction: Relationship with social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1673° 1679.
- Weeks, J. W., Rodebaugh, T. L., Heimberg, R. G., Norton, P. J., & Jakatdar, T. A. (2009). To avoid evaluation, withdraw : fears of evaluation and depressive cognitions lead to social anxiety and submissive withdrawal. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 375° 389.
- Wenzel, A., Graff-Dolezal, J., Macho, M., & Brendle, J. R. (2005). Communication and social skills in socially anxious and nonanxious individuals in the context of romantic relationships. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 505° 519.
- Werner, K. H., Goldin, P.R., Ball, T. M., Heimberg, R. G., & Gross, J.J. (2011). Assessing emotion regulation in social anxiety disorder: The emotion regulation interview. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33 (3), 346-354.