

الگوی پیش‌بینی اضطراب اجتماعی در جمعیت بالینی: نقش مؤلفه‌های باورهای فراشناختی  
(توانایی شناختی، فرااورهای منفی و کنترل ذهنی)<sup>۱</sup>

*Pattern of prediction of social anxiety disorder in clinical population: the role of meta-beliefs  
(cognitive beliefs, negative meta-belief and mental control)*

Afsaneh Shahbazirad (Corresponding author)

Ph.D in Psychology, Department of Psychology, Payam  
Noor University, Tehran, Iran  
Email: Ashahbazirad2020@gmail.com

Mojgan Moadi

M.A in Psychology, Department of Psychology, Faculty  
of Humanities Sciences, Kermanshah Branch, Islamic  
Azad University, Kermanshah, Iran

دکتر افسانه شهبازی راد (نویسنده مسئول)

دکترای روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران  
Email: Ashahbazirad2020@gmail.com

مژگان معادی

کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد  
کرمانشاه، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران

**Abstract**

**Aim:** Social anxiety disorder is the most common anxiety disorders that should be of interest to researchers. **Method:** This study investigates the role of meta-beliefs (cognitive beliefs, negative meta-belief and mental control) in prediction variance of social anxiety. This study was descriptive-correlation, that and statistical population consist of all clients suffering from social anxiety disorder in Kermanshah city in 2015. For selection of sample size using available sampling number 300 people were selected. The tools for collection of data were Social Anxiety Questionnaire of Connor et al (2000), Social Anxiety Meta Cognitive questionnaire of Mahmoodi et al (2015) and Structured Interview (SCID). For analysis of data using Pearson correlation and multiple regression analysis. **Results:** The results showed that there was significant positive relationship among social anxiety and elements of cognitive ability, mental control and negative meta-beliefs ( $P < 0.001$ ). Results of regression showed that negative meta-belief and mental control could predict variance of social anxiety ( $R^2 = 21\%$ ,  $P < 0.001$ ). While the component of cognitive ability was not able to predict social anxiety variation. **Conclusion:** With regard to the role of meta-cognitive beliefs in continuity of social anxiety, it seems that changing these components can improve and reduce of social anxiety.

**Keywords:** social anxiety, meta cognitive beliefs, cognitive beliefs, negative meta-belief and mental control

**چکیده**

**هدف:** اختلال اضطراب اجتماعی از شایعترین اختلالات اضطرابی است که باید مورد توجه پژوهشگران قرار گیرد. پژوهش حاضر به بررسی نقش مؤلفه‌های باورهای فراشناختی (توانایی شناختی، فرااورهای منفی و کنترل ذهنی) در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی در جمعیت بالینی پرداخته است. روش: این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که جامعه‌ی آماری آن را کلیه مراجعان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ تشکیل می‌داد. برای انتخاب نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰۰ نفر که به مراکز مشاوره‌ای مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات مقیاس اضطراب اجتماعی کانور و همکاران (۲۰۰۰)، پرسشنامه فراشناخت اضطراب اجتماعی محمودی و همکاران (۱۳۹۳) و مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID) بود. برای تحلیل داده‌ها از روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شد. یافته: نتایج نشان داد که بین اضطراب اجتماعی و مؤلفه‌های توانایی شناختی، فرااورهای منفی و کنترل ذهنی رابطه‌ی مثبت معناداری مشاهده شد ( $P < 0.001$ ). نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که مؤلفه‌های فرااورهای منفی و کنترل ذهنی قادر به پیش‌بینی واریانس اضطراب اجتماعی بودند ( $R^2 = 0.21$ ,  $P < 0.001$ ). حال آن‌که مؤلفه‌ی توانایی شناختی قادر به پیش‌بینی واریانس اضطراب اجتماعی نبود. نتیجه‌گیری: با توجه به نقش مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در تداوم اضطراب اجتماعی، به نظر می‌رسد که تغییر این مؤلفه‌ها می‌تواند به بهبود و کاهش اضطراب اجتماعی کمک کند.

**کلید واژه‌ها:** اضطراب اجتماعی، باورهای فراشناختی، توانایی فراشناختی، کنترل ذهنی، فرااورهای منفی

## مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی این‌گونه تعریف می‌شود: ترس افراطی یا غیرمعمول از موقعیت‌هایی که رفتار یا عملکرد فرد ممکن است مورد واری و ارزیابی قرار بگیرد و این ترس ناشی از این انتظار است که فرد به طور منفی مورد قضاوت قرار خواهد گرفت و منجر به دستپاچگی و تحقیر وی شود (سوزیک و همکاران، ۲۰۰۸). اختلال اضطراب اجتماعی سومین اختلال روانپزشکی و شیوع آن حدود ۱۳٪ است (تولبور، ۲۰۱۱). منشأ آشفتگی‌های افراد مضطرب اجتماعی ممکن است ماهیت ساختاری داشته باشد و یا این‌که با استراتژی‌های بیماران برای ارزیابی و کنترل افکار مرتبط باشد (اسپکتور و همکاران، ۲۰۰۲؛ ولز، ۲۰۰۹). در همین راستا محققان نشان داده‌اند که علائم اضطرابی ممکن است ناشی از انتخاب‌های گزینشی باشد که تحت تأثیر باورهای فراشناختی قرار دارند (ولز و همکاران، ۲۰۰۱، یلماز و همکاران، ۲۰۱۱). به عبارتی الگوهای نظری بر نقش و اهمیت فرآیندهای شناختی، علی‌الخصوص فراشناخت در تداوم این اختلال تأکید دارند (حسنوند عموزاده و همکاران، ۱۳۹۲). فراشناخت به ساختارهای روان‌شناختی، اطلاعات، رویدادهایی اشاره دارد که در کنترل، اصلاح و تفسیر تفکر نقش دارند (گولدین و همکاران، ۲۰۱۴).

ولز به تعیین باورهای فراشناختی در شکل‌گیری اضطراب اجتماعی پرداخته است (بک، ۱۹۷۶). وی به یک سندرم در این افراد یعنی سندرم توجهی - شناختی اشاره کرد که شامل فکری است که به صورت تکراری و با مشکل در کنترل در شکل نگرانی و نشخوار ذهنی و رفتار خودبازنگری نمایان می‌شود. فعالیت و پایداری این سندرم در پاسخ به استرس بستگی به عقاید فراشناختی ناسازگار دارد. وی همچنین دریافت که بیماران در مورد استفاده از نگرانی به عنوان یک وسیله مقابله‌ای، برخی فراشناخت‌های مثبت و در مورد کنترل‌ناپذیری و احتمال تأثیرات منفی، برخی فراشناخت‌های منفی را دارا هستند (ساریاهو و همکاران، ۲۰۰۹). فراشناخت شامل سه بعد کنترل ذهنی، فراباورهای منفی و توانایی شناختی است (محمودی و همکاران، ۱۳۹۳). منظور از کنترل ذهنی پاسخ‌هایی است که افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی خود نشان می‌دهند (بیابانگرد، ۱۳۸۱). فراباورهای منفی یا باورهای فراشناختی منفی به کنترل‌ناپذیری، اهمیت و معنی رخدادهای شناختی درونی مثل افکار و باورهای معمولی مربوط می‌شوند (ولز، ۲۰۰۷). و منظور از توانایی شناختی، استعداد پردازش، فراگیری، دستکاری ذهنی اطلاعات و به طور خلاصه به توانایی یادگیری اطلاق می‌شود (عسکری‌پور، ۱۳۸۸).

در خصوص رابطه‌ی باورهای فراشناختی و اضطراب اجتماعی مطالعات اندکی بر روی جمعیت غیربالیینی صورت گرفته است که در زیر به مواردی از آنان اشاره می‌شود: برهمند (۲۰۰۴) و مارکانتانی و همکاران (۲۰۱۰) بین باورهای فراشناختی به خصوص استراتژی کنترل فکر با افکار اضطرابی در بیماران اضطراب اجتماعی و بیماران اضطراب فراگیر همبستگی قوی‌تری نسبت به گروه کنترل مشاهده کرده‌اند.

ولز و همکاران (۲۰۰۴) گزارش کردند که برخی از ابعاد فراشناختی مثل باورهای منفی در خصوص کنترل‌ناپذیری افکار و خطر، اعتماد شناختی و باورهای مربوط به کنترل افکار با اضطراب رابطه مثبت دارند. نتایج مطالعه بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) نشان داد که بین باورهای فراشناختی و اضطراب اجتماعی همبستگی مثبت معناداری وجود داشت و ابعاد باور مثبت در مورد نگرانی، نیاز به کنترل فکر و توان حل مسئله اجتماعی نقش معناداری در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی داشتند، اما وقوف شناختی، اطمینان شناختی و کنترل-ناپذیری نقش معناداری در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی نداشتند. مطالعه‌ی گل محمدی و همکاران (۱۳۹۵) حاکی از رابطه باورهای فراشناختی با اضطراب اجتماعی بود. وزیری و همکاران (۱۳۸۷) به رابطه باورهای فراشناختی و فوبی اشاره کرده‌اند. حال آن‌که پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۱) رابطه‌ای بین باورهای فراشناختی و اضطراب اجتماعی گزارش نکرده‌اند.

با عنایت به مطالعات اندکی که بیشتر بر روی جمعیت غیربالینی انجام شده و همچنین با توجه به شیوع بالای اختلال اضطراب اجتماعی و آسیب‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی (وونگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ دیمر و همکاران، ۲۰۱۳) ناشی از این اختلال و اثرات آن بر کاهش کیفیت زندگی (ویدمن و همکاران، ۲۰۱۲؛ روم و همکاران، ۲۰۱۲)، شناخت عوامل مؤثر در اضطراب اجتماعی می‌تواند منجر به تدارک بهتر اقدامات درمانی شود، لذا قبل از هرگونه پیشنهادی، این پژوهش در راستای بررسی نقش مؤلفه‌های باورهای فراشناختی (توانایی شناختی، فراباورهای منفی و کنترل ذهنی) در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بود تا در عین مشخص کردن روابط متغیرهای فراشناختی با نشانه‌های اضطراب اجتماعی، تا حدودی زمینه‌ی شکل‌گیری اضطراب اجتماعی در بستر عوامل تأثیرگذار و گستره‌ی همبسته‌های مرتبط با آن را مشخص نماید.

### روش

جامعه‌ی این پژوهش کلیه مراجعان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراکز مشاوره‌ای سطح شهر کرمانشاه در سال ۱۳۹۴ بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای انجام پژوهش مذکور ابتدا کسانی را که در مقیاس اضطراب اجتماعی کانور<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۰) نمره بالای ۱۹ و همچنین در مصاحبه ساختاریافته (SCID-I) واجد ملاک‌های شرکت در پژوهش بودند، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش؛ گرفتن نمره‌ی ۱۹ و بالاتر در مقیاس اضطراب اجتماعی، دریافت تشخیص اضطراب اجتماعی با توجه به مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته، استفاده نکردن بیمار از هر گونه داروی اعصاب و روان و ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: عدم تمایل به همکاری در پژوهش و وجود بیماری‌های جسمانی و روانی دیگر. در این پژوهش جنبه‌های اخلاقی شامل موارد زیر در نظر گرفته شدند: شرکت‌کنندگان در این پژوهش از اختیار لازم برای همکاری برخوردار بودند، رضایت آنان به صورت شفاهی جلب شد، اطلاعات مربوط به شرکت‌کننده‌ها محفوظ نگه داشته شد و این اطمینان به آنان داده شد که اطلاعات محرمانه بوده و به صورت گروهی گزارش خواهد شد. جهت تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های آمار توصیفی از شاخص‌های آمار استنباطی شامل ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان استفاده شد. در نهایت پس از گردآوری اطلاعات و ورود آن‌ها به رایانه، تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۱۹ انجام شد.

### ابزار

- **مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک (SCID-I):** SCID-I برای سنجش محور یک کاربرد دارد و دارای دو نسخه‌ی بالینگر (SCID-CV) و نسخه‌ی پژوهشی می‌باشد که در این پژوهش از نسخه‌ی بالینگر استفاده شد. این نسخه اختلال‌هایی را که در کلینیک‌ها شایع‌تر هستند، پوشش می‌دهد و نسبت به نسخه‌ی پژوهشی کوتاه‌تر است و با یک مصاحبه‌ی باز درباره‌ی بیماری فعلی و دوره‌های قبلی بیماری آغاز می‌گردد. در این نسخه هر کدام از ماده‌ها به سه صورت:؟ (اطلاعات نکافی درباره‌ی نشانه، - (عدم وجود نشانه) و + (وجود نشانه) علامت‌گذاری می‌گردند و شش حوزه‌ی نشانگان روان‌پریشی، دوره‌های خلقی، اختلال‌های روان‌پریشی، اختلال‌های خلقی، اختلال‌های مصرف مواد و اضطراب را پوشش می‌دهد (محمدخانی، ۱۳۸۹). شریفی و همکاران (۱۳۸۷) توافق تشخیصی متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالای ۰/۶۰) را برای تشخیص‌های کلی و خاص به دست آورده‌اند. آنان همچنین کاپای کل تشخیص‌های فعلی را ۰/۵۲ و کاپای کل تشخیص‌های طول عمر را ۰/۵۵ برآورد کرده‌اند (نقل از حسنی و همکاران، ۱۳۹۳). شاخص توافق کاپا برای تشخیص‌های مقوله‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۹۸ و برای تشخیص‌های درون طبقه‌ای از

<sup>1</sup> Connor

۰/۹۰ تا ۰/۹۸ برآورد گردیده است. همچنین ضریب همسانی درونی آن از ۰/۷۱ تا ۰/۹۴ گزارش گردیده است (مافی و همکاران، ۱۹۹۷).

- **پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SPIN)**<sup>۱</sup>: این پرسشنامه به منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی تهیه گردیده است و شامل ۱۷ ماده و سه زیرمقیاس فرعی ترس<sup>۲</sup> (۶ ماده)، اجتناب<sup>۳</sup> (۷ ماده) و علائم فیزیولوژیک<sup>۴</sup> (۴ ماده) است و در آن، هر ماده بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت، نمره‌گذاری می‌شود. این ابزار با دارا بودن ویژگی‌های باثبات روانسنجی می‌تواند به عنوان یک ابزار برای سنجش شدت علائم اختلال اضطراب اجتماعی به کار رود و با توجه به این که نسبت به کاهش علایم در طی زمان حساس است، می‌تواند به عنوان یک ابزار غربالگری و نیز برای آزمودن پاسخ به درمان اختلال اضطراب اجتماعی و یا تمیز دادن درمان‌های با کارایی متفاوت به کار گرفته شود (کانور و همکاران، ۲۰۰۰). در این پرسشنامه، نقطه‌ی برش ۱۹ با کارایی یا دقت تشخیصی ۰/۷۹، افراد با اختلال اضطراب اجتماعی و بدون این اختلال را از هم تشخیص می‌دهد (دیویدسون و همکاران، ۱۹۹۷). حسونند عموزاده (۱۳۸۶) ضریب آلفای پرسشنامه را در نمونه‌ی غیربالینی ایرانی در نیمه‌ی نخست؛ ۰/۸۲ و در نیمه‌ی دوم؛ ۰/۷۶، همبستگی دو نیمه‌ی آزمون را ۰/۸۴ و ضریب همبستگی اسپیرمن براون را ۰/۹۱ گزارش نموده است. همچنین محاسبه‌ی آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی‌ها در زیرمقیاس‌های مختلف گزارش شده مقیاس اضطراب اجتماعی یعنی اجتناب، ترس، ناراحتی، رضایت‌بخش گزارش شده است.

- **پرسشنامه فراشناخت اضطراب اجتماعی محمودی و همکاران (۱۳۹۳)**: این مقیاس برای سنجش بُعد فراشناختی اضطراب اجتماعی تدوین شده است و فراشناخت‌های مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی را ارزیابی می‌کند که تعیین این باورهای فراشناختی می‌تواند در درمان اختلال اضطراب اجتماعی ثمربخش باشد. این پرسشنامه خودگزارشی شامل ۳۰ سؤال است که در طیف چهار درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است به این صورت که ۱=مخالف، ۲=کمی موافق، ۳=نسبتاً موافق و ۴=خیلی موافق درجه‌بندی شده است. عبارات ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس شامل سه قسمت کنترل ذهنی، ذهن مشغولی یا فراباورهای منفی و توانایی شناختی است (محمودی و همکاران، ۱۳۹۳).

#### یافته‌ها

از ۳۰۰ پرسشنامه تکمیل شده ۶۹ درصد زن و ۳۱ درصد مرد بودند. از نظر تحصیلات ۲۴/۳ درصد زیر دیپلم، ۶۸/۷ درصد لیسانس و ۷ درصد بالاتر از لیسانس بودند. میانگین سنی در شرکت‌کنندگان ۲۹/۳۸ و انحراف معیار ۱۲ بود. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱- شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار
اضطراب اجتماعی	۳/۳۱	۰/۹۴۶
باورهای فراشناختی کلی	۲/۶۱	۰/۹۷۴
توانایی شناختی	۳/۲۷	۰/۸۷۱
فراباورهای منفی	۳/۱۷	۰/۹۶۷
کنترل ذهنی	۳/۲۶	۰/۸۶۸

<sup>۱</sup> Social Phobia Inventory (SPIN)

<sup>۲</sup> fear

<sup>۳</sup> avoidance

<sup>۴</sup> physiological symptom

نتایج ضریب همبستگی پیرسون نشان داد که متغیر اضطراب اجتماعی با باورهای فراشناختی کلی ( $r=0/521$ )، توانایی شناختی ( $r=0/368$ )، فراباورهای منفی ( $r=0/389$ ) و کنترل ذهنی ( $r=0/399$ ) همبستگی مثبت معناداری در سطح  $P < 0/001$  داشت (جدول ۲).

جدول ۲- نتایج ضریب همبستگی پیرسون متغیرهای پژوهش

متغیرها	اضطراب اجتماعی	باورهای فراشناختی کلی	توانایی شناختی	فراباورهای منفی	کنترل ذهنی
اضطراب اجتماعی	۱				
باورهای فراشناختی کلی	*0/521	۱			
توانایی شناختی	*0/368	*0/257	۱		
فراباورهای منفی	*0/389	*0/311	*0/579	۱	
کنترل ذهنی	*0/399	*0/232	*0/622	*0/515	۱

\* $P < 0/001$ 

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان نشان داد که کنترل ذهنی و فراباورهای منفی ۲۱ درصد واریانس متغیر اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کرد، نتایج ضریب رگرسیونی بتا نشان داد که کنترل ذهنی ( $\beta=0/224$ ) و فراباورهای منفی ( $\beta=0/213$ )  $t=3/291$  و  $t=3/262$  در سطح  $P < 0/001$  توانستند پراکندگی متغیر اضطراب اجتماعی را پیش‌بینی کنند، حال آن‌که توانایی شناختی قادر به تبیین واریانس متغیر اضطراب اجتماعی نبود (جدول ۳).

جدول ۳- نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بر اساس کنترل ذهنی، فراباورهای منفی و توانایی شناختی

متغیرهای پیش‌بین	R	R <sup>2</sup>	F	P-value	B	B	T	P-value
کنترل ذهنی	0/46	0/21	26/41	0/001	0/224	0/244	3/291	0/001
فراباورهای منفی	0/46	0/21	26/41	0/001	0/213	0/208	3/262	0/001
توانایی شناختی	0/106	0/01	1/487	0/1	0/106	0/115	1/487	0/1

\* $P < 0/001$ 

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به بررسی پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بر اساس مؤلفه‌های باورهای فراشناختی (توانایی شناختی، فراباورهای منفی و کنترل ذهنی) در بین مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی شهر کرمانشاه پرداخته است. نتایج حاکی از نقش مؤلفه‌های فراباورهای منفی و کنترل ذهنی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی بود. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های بیرامی و همکاران (۱۳۹۲)، برهمند (۲۰۰۴) و مارکانتانی و همکاران (۲۰۱۰) همسویی داشت. در تبیین این موضوع باید اشاره کرد که الگوهای شناختی اضطراب اجتماعی مثل مدل ری و همکاران (۱۹۹۷)، هافمن (۲۰۰۷) و کیمبرل (۲۰۰۸) باورهای شناختی ناسازگارانه را عامل مهمی در جهت احساس اضطراب در موقعیت‌های جدید می‌دانند. به عبارتی باورهای فراشناختی منفی موجب ایجاد سوگیری در تعبیر و تفسیر موقعیت‌های اجتماعی و همچنین منجر به ایجاد ارزیابی‌های منفی از موقعیت‌های اجتماعی می‌شود، لذا این امر منجر به تجربه اضطراب بیشتر می‌شود. از سویی عدم کنترل ذهنی باعث تنش عاطفی می‌شود، تجربه این تنش موجب ایجاد تهدید در پردازش و تشدید اضطراب و هیجانات منفی می‌شود و این امر اضطراب بیشتری برای افراد رقم می‌زند. در خصوص علت عدم معناداری توانایی شناختی و اضطراب اجتماعی استفاده از ابزار خودسنجی در این مطالعه ذکر کرد، چون پرسشنامه‌های خودسنجی تحت تأثیر سوگیری قرار دارند و باعث می‌شود افراد خود را به صورت واقعی توصیف نکنند (هاپرچ، ۲۰۰۶).

نتایج همچنین حاکی از ارتباط باورهای فراشناختی با اضطراب اجتماعی بود که نتایج این یافته با مطالعات وزیر و همکاران (۱۳۸۷)، گل‌محمدی و همکاران (۱۳۹۵) و بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) همسویی داشت و با پژوهش کرمی و همکاران (۱۳۹۱) همسویی

نداشت. سندرم شناختی - توجهی موجود در افراد مبتلا که شامل فکری تکراری است و با دشواری در کنترل به شکل نگرانی و نشخوار ذهنی رفتار خودبازنگری نمایان می‌شود، منجر به بروز عقاید فراشناختی ناسازگار و تداوم و فعالیت این سندرم شده و اضطراب اجتماعی بیشتری در مبتلایان رقم می‌زند.

نتایج نشان داد که بین فرااورهای منفی و اضطراب اجتماعی رابطه مثبت معناداری مشاهده شد. نتایج این یافته با پژوهش‌های ولز و همکاران (۲۰۰۴) همسویی داشت. روث (۲۰۰۴) معتقد است که وجود باورهای شناختی منفی در مورد خویش می‌تواند به عنوان عامل خطر در جهت ترس و اجتناب افراد مستعد به اضطراب اجتماعی در ورود به موقعیت‌های اجتماعی باشد. به عبارتی فرااورهای منفی از مهم‌ترین مؤلفه‌های فراشناختی هستند که باعث اجتناب می‌شود. افراد مبتلا به سبب داشتن فرااورهای منفی درگیر سندرم شناختی - توجهی می‌شوند که این امر به تداوم نشانه‌های اضطراب اجتماعی منجر می‌شود.

نتایج نشان داد که بین عدم کنترل ذهنی و اضطراب اجتماعی همبستگی مثبت معناداری مشاهده شد. نتایج این یافته با مطالعات ولز و همکاران (۲۰۰۴) همسویی داشت. مؤلفه‌ی پایش تهدید سندرم شناختی - توجهی باعث تمرکز توجه بر منابع بالقوه‌ی تهدید می‌شود و احساس خطر ذهنی را افزایش می‌دهد و از این طریق فعال‌شدگی هیجانی را افزایش داده و موجب احساس عدم کنترل بر وقایع و رخدادها می‌شود.

نتایج همچنین نشان داد که بین عدم توانایی شناختی و اضطراب اجتماعی همبستگی مثبت معناداری مشاهده شد. نتایج این یافته تا حدودی با مطالعات ولز و همکاران (۲۰۰۴) و بیرامی و همکاران (۱۳۹۲) همسویی داشت. در تبیین این موضوع باید اشاره کرد که مبتلایان اختلال اضطراب اجتماعی به سبب نقص در پردازش اطلاعات، چندان فرصت سازگاری مناسب با موقعیت را ندارند، لذا همین امر موجب تداوم اضطراب بیشتر در بین مبتلایان می‌شود. از سویی فرایند پردازش اطلاعات موجب تقویت برنامه‌ای برای هدایت سیستم شناختی می‌شود که فرد را به کشف‌کننده‌ی ماهر و حساس تهدید مبدل می‌سازد و فرد توانایی سازگاری مناسب با موقعیت اجتماعی را ندارد.

نتایج پژوهش حاضر بر نقش مؤلفه‌های فراشناختی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی در بین مبتلایان اختلال اضطراب اجتماعی تأکید دارد. با توجه به نقش مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در تداوم اضطراب اجتماعی، به نظر می‌رسد که تغییر این مؤلفه‌ها می‌تواند به بهبود و کاهش اضطراب اجتماعی کمک کند و این که درمان‌گران و مسئولین و کارشناسان حوزه سلامت جهت پیشگیری از اضطراب اجتماعی به اصلاح باورهای فراشناختی و مؤلفه‌های آن توجه نمایند و مورد استفاده قرار دهند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود از جمله این که پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و نمی‌توان از آن نتایج علت و معلولی گرفت و لذا بهتر است پژوهش‌های مداخلاتی برای بررسی رابطه‌ی علت و معلولی انجام شود و با توجه به این که پژوهش حاضر بر روی مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی شهر کرمانشاه صورت گرفته، لذا باید جانب احتیاط را در تعمیم نتایج به سایر افراد رعایت کرد. استفاده از پرسشنامه‌های خوداظهاری یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

از بعد پژوهشی می‌توان پیشنهاد کرد که مطالعه حاضر در بین گروه‌های مختلف اعم از بیمار و سالم صورت گرفته و نتایج با هم مقایسه شود، همچنین به بررسی دیگر مؤلفه‌های فراشناخت در تداوم و پیش‌بینی اضطراب اجتماعی نیز پرداخته شود.

#### منابع

بیابانگرد، اسماعیل. (۱۳۸۱). تحلیلی بر فراشناخت و شناخت‌درمانی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۴ (۴)، ۳۲-۳۹.



- بیرامی، منصور، موحدی، یزدان، و میناشیری، عبدالخالق. (۱۳۹۲). الگوی پیش‌بینی هراس اجتماعی بر پایه باورهای فراشناختی و توان حل مسئله اجتماعی. *دوفصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۲(۴)، ۳۸-۴۶.
- حسنوند عموزاده. مهدی. (۱۳۸۶). *بررسی روایی و پایایی مقیاس فوبی اجتماعی*. (پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد). تهران: دانشگاه شاهد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، گروه روانشناسی.
- حسنوند عموزاده، مهدی، حسنوند عموزاده، علی، قدم‌پور، مصطفی. (۱۳۹۲). پیش‌بینی نشانه‌های اضطراب اجتماعی (ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژی) بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۸(۳۲)، ۹۴-۱۱۵.
- حسنی، جعفر، تاج‌الدینی، امراه، قاعدنیای جهرمی، علی، و فرامانی شهررضا، شیوا. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱(۲۱)، ۹۱-۱۰۱.
- عسکری‌پور، نسترن. (۱۳۸۸). *بررسی توانایی‌های شناختی و ویژگی‌های شغلی با پهنای نقش در میان مدیران چهار شرکت صنعتی*. (پایان‌نامه چاپ نشده کارشناسی ارشد)، اصفهان: گروه روانشناسی صنعتی و سازمانی.
- کرمی، جهانگیر، زکی‌ئی، علی، رستمی، سمیرا. (۱۳۹۱). نقش باورهای فراشناخت و خودکارآمدی در پیش‌بینی هراس اجتماعی دانش‌آموزان پسر سال سوم متوسطه شهر کرمانشاه. *روانشناسی مدرسه*، ۱(۱)، ۷۵-۶۲.
- گل محمدی، کریم، منتشلو، سمیه، توانا، زهرا. (۱۳۹۵). نقش باورهای فراشناختی و حساسیت اضطرابی در پیش‌بینی اضطراب اجتماعی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۶(۱۳۶): ۱۷۹-۱۸۴.
- محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۹). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های DSM-IV-TR*. تهران: انتشارات دانژه.
- محمودی، محمدرضا، گودرزی، محمدعلی، و سلطانی، آزاده. (۱۳۹۳). تدوین و بررسی ساختار عاملی، روایی و پایایی مقیاس فراشناخت هراس اجتماعی. *مجله علوم رفتاری*، ۱۲(۳)، ۴۴۳-۴۵۴.
- وزیری، شهرام، و موسوی نیک، مریم. (۱۳۸۷). رابطه‌ی بین باورهای منفی فراشناختی و فرانگرانی با فوبی. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۳(۱۰): ۵۹-۷۰.
- Barahmand, U. (2004). Meta-cognitive Profile in anxiety disorders. *Psychiatry Research*, 169, 240-243.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Connor, K. M., Davidson, J. R.T., Churchill, 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.
- Davidson, J. R. T., Miner, C. M., De Veaugh-Geiss, J., Tupler, L. A., Colket, J. T., & Potts, N. L. S. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 27, 161-166.
- Demir, T., Karacetin, G., Eralp Demir, D., & Uysal, O. (2013). Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *European Psychiatry*, 28, 64-69.
- Goldin, P.R., Lee, I., Ziv, M., Jazaieri, H., Heimberg R.G., Gross, J.J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behavior Research Therapy*. 56T 7-15.
- Haprich, S. (2006). *Rorschach assessment of the personality disorders* (p 28). Mahwah: London.
- Hofman, S.G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implication. *Cognition and Behavior Therapy*, 36(4), 195-209.
- Kimbrel, N.A. (2008). A Model of Development and Maintenance of Generalized Social Phobia, *Clinical Psychology Review*, 28, 592-612.

- Maffei, C., Fossati, A., Agostoni, I., Donati, D., Namia, C., Novella, L., & Petrachi, M. (1997). Inter-rater reliability and internal consistency of the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID-II), version 2.0. *Journal of Personality Disorders*, 11, 279-284.
- Marcantonio, M., Spada, G.A., Georgiou, Wells, A. (2010). The relationship among metacognitions, attentional control, and state anxiety. *Cognitive Behavior Therapy*, 39 (1), 64-71.
- Rapee, R.M., & Heimberg, R.G. (1997). A Cognitive Behavioral Model of Anxiety in Social Phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Romm, K.L., Melle, I., Thorsen, C., Andreassen, O.A., & Rossberg, J.I. (2012). Severe social anxiety in early psychosis is associated with poor pre morbid functioning, depression, and reduced quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 434-440.
- Roth, D.A. (2004). Cognitive theories of social phobia In B. Bandelow & D.J. Stein (Eds). *Social Anxiety Disorder*, 127-141. New York.
- Saariaho, T., Saariaho, A., Karilab, I., & Joukamaa, M. (2009). The Psychometric properties of the Finnish Young schema Questionnaire in chronic pain patients and a non-clinical sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 158-168.
- Sosic, Z., Gieler, U., Stangier, U. (2008). Screening for social phobia in medical in and outpatients with German version of social phobia Inventory (SPIN). *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 849-859.
- Spectre, J.M., Libman, L. (2002). Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clinical Psychology Review*, 22, 947-975.
- Tulbure, B.T. (2011). The efficacy of Internet supported intervention for social anxiety disorder: A brief meta-analytic review. *Journal of Social and Behavioral Sciences*, 30, 552-557.
- Vaziri, Sh., & Mousavi Nik, M. (2009). The relation between meta worry and meta cognition beliefs with phobia. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 3 (10); 59-70. [Persian].
- Weidman, A.C., Fernandez, K.C., Levinson, C.A., Augustine, A.A., Larsen, R.J., & Rodebaugh, T.L. (2012). Compensatory internet use among individuals higher in social anxiety and its implications for well-being. *Personality Individual Difference*, 53, 191-195.
- Wells, A. (2007). Cognition About Cognition: Meta-cognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 18-25.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press. 1-22.
- Wells, A., & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of Generalized Anxiety Disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and non-patients. *Behavior Therapy*, 32, 85-102.
- 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.
- Wong, N., Sarver, D.E., & Beidel, D.C. (2012). Quality of life impairments among adults with social phobia: The impact of subtype. *Journal of Anxiety Disorder*, 26, 50-57.
- 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.