

الگوی پیش‌بینی هراس اجتماعی در دانشجویان بر پایه مؤلفه‌های شناختی- رفتاری

زهرا طاهری فر^۱، دکتر لادن فتی^۲، دکتر بنفشه غزایی^۳

The Pattern of Social Phobia Prediction in Students Based on Cognitive Behavioral Factors

Zahra Taherifar*, Ladan Fata^a, Banafsheh Gharaie^b

Abstract

Objectives: The goal of the present study was to determine the prediction model of social phobia by investigating a number of its predictors. In this study shyness, behavioral inhibition, attentional bias, interpretation bias, social self-efficacy and attachment were assessed as predictors of social phobia. **Method:** 438 students of Tehran University participated in this study. All participants completed Social Phobia Inventory, Stanford Shyness Survey, Adult Measure of Behavioral Inhibition, Retrospective Measure of Behavioral Inhibition, Focus of Attention Questionnaire, Consequences of Negative Social Events Questionnaire, Self-efficacy for Social Situation Scale and Adult Attachment Scale. **Results:** All variables were significantly correlated with social phobia ($p < 0.001$). Stepwise multiple regression analysis suggested a predictive model for social anxiety including shyness, ambivalent attachment, avoidant attachment, adult behavioral inhibition, retrospective behavioral inhibition, social self-efficacy, negative self-evaluation and negative evaluation by others.

Conclusion: Except for attentional bias and secure attachment which cannot predict social phobia, the other studied variables (shyness, social inhibition, interpretation bias, and social self-efficacy) can predict social phobia.

Key words: social phobia; shyness; inhibition; interpretation; attention

[Received: 28 June 2009; Accepted: 29 September 2009]

چکیده

هدف: هدف از انجام این پژوهش تعیین الگوی پیش‌بینی هراس اجتماعی از راه بررسی برخی متغیرهای پیش‌بینی‌کننده هراس اجتماعی بود. در این مطالعه، کمرویی، بازداری رفتاری، سوگیری توجه، سوگیری تعبیر، خودکارآمدی اجتماعی و دلبستگی به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های هراس اجتماعی بررسی شدند. **روش:** ۴۳۸ دانشجوی دانشگاه تهران در این پژوهش شرکت کردند. این دانشجویان مقیاس هراس اجتماعی، مقیاس کمرویی استنفورد، مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان، پرسش‌نامه گذشته‌نگر بازداری رفتاری، پرسش‌نامه کانون توجه، پرسش‌نامه پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی، مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی و پرسش‌نامه سبک دلبستگی را تکمیل کردند. **یافته‌ها:** تمام متغیرها به‌طور معنی‌داری با هراس اجتماعی همبستگی داشتند ($p < 0.001$). نتایج رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام نشان داد که الگوی پیش‌بینی هراس اجتماعی شامل کمرویی، سبک دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی، بازداری رفتاری در دوران بزرگسالی، بازداری رفتاری در دوران کودکی، خودکارآمدی اجتماعی، خودارزیابی منفی و ارزیابی منفی توسط دیگران می‌باشد. **نتیجه‌گیری:** به استثنای متغیرهای سوگیری توجه و دلبستگی ایمن که توان پیش‌بینی هراس اجتماعی را ندارند، سایر متغیرهای مورد بررسی (کمرویی، بازداری رفتاری، سوگیری تعبیر و خودکارآمدی اجتماعی) می‌توانند هراس اجتماعی را پیش‌بینی کنند.

کلیدواژه‌ها: هراس اجتماعی؛ کمرویی؛ بازداری رفتاری؛ سوگیری توجه

[دریافت مقاله: ۱۳۸۸/۴/۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۷/۷]

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، خیابان ستارخان، خیابان نیایش، خیابان شهید منصور، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان، دورنگار: ۰۲۱-۶۶۵۰۶۸۵۳ (نویسنده مسئول). E-mail: ztahirifar@gmail.com؛ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی-درمانی ایران، مدیریت مطالعات و توسعه آموزش پزشکی؛ دکترای روانشناسی بالینی، استادیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان.

* Corresponding author: MS. in Clinical Psychology, Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute and Mental Health Research Centre, Shahid Mansoori Alley, Niayesh St., Sattarkhan Ave., Tehran, Iran, IR. Fax: +9821-66506853. E-mail: ztahirifar@gmail.com; ^a PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences, Medical Education & Development Center; ^b PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Iran University of Medical Sciences, Tehran Psychiatric Institute and Mental Health Research Centre.

سوگیری‌های انتخابی در توجه^{۱۵}، تعبیر^{۱۶}، حافظه^{۱۷} و داوری^{۱۸} و خودکارآمدی اجتماعی^{۱۹} را نام برد. افزون بر مؤلفه‌های شناختی یادشده پژوهشگران آسیب‌شناسی شناختی به عوامل کمرویی^{۲۰}، بازداری رفتاری^{۲۱} و دلبستگی^{۲۲} نیز پرداخته‌اند. هم‌چنین، برخی پژوهشگران بر این باورند که هراس اجتماعی را باید به‌صورت پیوستاری از شدت هراس اجتماعی دید که نمی‌توان برای آن مرزی تعیین کرد (هایمبرگ و بکر^{۲۳}، ۲۰۰۲). به‌دلیل آن‌که با افزایش شمار موقعیت‌های هراس‌آور به‌طور منظمی بر میزان کاستی‌ها افزوده می‌شود، استین^{۲۴} و همکاران (۲۰۰۰)، به‌نقل از مریکانگاس^{۲۵}، آنونولی^{۲۶}، آچاریا^{۲۷}، زانگ^{۲۸} و انگست^{۲۹}، ۲۰۰۲) این پیشنهاد را مطرح کردند که هراس اجتماعی اگر به‌صورت پیوستاری از شدت در نظر گرفته شود بهتر مفهوم‌پردازی خواهد شد تا این‌که به‌صورت یک اختلال ناپیوسته و بر پایه آستانه‌ای قراردادی مورد توجه قرار گیرد. پژوهشگران دیگری مانند فرمارک^{۳۰} (۲۰۰۰)، به‌نقل از مریکانگاس، آنونولی، آچاریا، زانگ و انگست، ۲۰۰۲) نیز از این دیدگاه پشتیبانی می‌کنند. در این راستا الگوی سبب‌شناختی رپی و اسپنس^{۳۱} (۲۰۰۴) با توجه به دیدگاه پیوستاری نسبت به هراس اجتماعی شکل گرفته است. بنابراین، این پژوهش با در نظر گرفتن عوامل سبب‌شناختی چندگانه سرشتی و محیطی و عوامل تداوم‌بخش شناختی- رفتاری و با تأکید بر دیدگاه کمی نسبت به هراس اجتماعی انجام شد.

مؤلفه‌های شناختی چندی در تبیین اختلال هراس اجتماعی مطرح شده‌اند. یکی از این متغیرها، سوگیری توجه است. سوگیری توجه بر پایه تعریف کلارک و ولز (۱۹۹۵) به‌معنی توجه‌نشان‌دادن به شیوه‌هایی ناسازگارانه می‌باشد (شولتز و هایمبرگ، ۲۰۰۸) که دربرگیرنده توجه بیرونی و درونی است (وودی^{۳۲}، ۱۹۹۶). شولتز و هایمبرگ (۲۰۰۸) بر نقش محوری

هراس اجتماعی^۱ (اختلال اضطراب اجتماعی^۲) اختلال روانی شایعی است که میزان شیوع آن در طول زندگی ۳ تا ۱۳ درصد برآورد شده است (سادوک^۳ و سادوک، ۱۳۸۵). ویژگی تشخیصی اصلی آن ترس بارز و پایدار از موقعیت‌های اجتماعی است که در آنها احتمال دست‌پاچگی برای شخص وجود دارد. الگوهای شناختی معاصر هراس اجتماعی این فرض را مطرح می‌کنند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی موقعیت‌های اجتماعی را زیان‌بار می‌دانند. این افراد بر این باورند که رفتارشان از نظر اجتماعی پیامدهای مصیبت‌باری خواهد داشت (هافمن^۴ و لو^۵، ۲۰۰۶).

با توجه به شیوع بالا و تداخل جدی با زندگی شخصی و حرفه‌ای فرد، این اختلال مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (هافمن و بارلو^۶، ۲۰۰۲). در دو دهه گذشته، افزایش چشم‌گیری در پژوهش‌های بالینی با هدف بررسی سازوکارهای زیرین هراس اجتماعی روی داده است (لی^۷ و تلج^۸، ۲۰۰۸). آسیب‌شناسی شناختی یکی از حوزه‌هایی است که اختصاصاً به جنبه‌های شناختی- رفتاری هراس اجتماعی پرداخته است. اگرچه برخی از نخستین معیارهای رفتاری هراس اجتماعی بر نبود مهارت‌های اجتماعی در افراد مبتلا تأکید داشتند، اخیراً معیارهای شناختی به نقش محوری تحریف‌های فکری معین مانند بی‌کفایتی‌های ادراک‌شده و ترس از ارزیابی منفی در این افراد روی آورده‌اند. هم‌چنین الگوهای هراس اجتماعی با درهم‌کرد برخی از این ویژگی‌ها با یکدیگر و با مفاهیم برگرفته از پردازش اطلاعات، پیش‌بینی‌های دقیق‌تری را فراهم کرده‌اند.

در دهه ۱۹۹۰، دو الگوی شناختی- رفتاری کلارک و ولز (۱۹۹۵) و رپی^۹ و هایمبرگ^{۱۰} (۱۹۹۷) در زمینه هراس اجتماعی گسترش یافتند که به‌عنوان پایه‌ای برای بیشتر پژوهش‌ها به‌شمار می‌روند (شولتز^{۱۱} و هایمبرگ، ۲۰۰۸). به نظر می‌رسد که عوامل سبب‌شناختی اختلال هراس اجتماعی به‌علت نیم‌رخ علامتی ناهمگن و به‌طور کلی، فهم ناکافی از دلایل اختلال‌های اضطرابی، گوناگون و پیچیده می‌باشند. گرچه شواهد موجود نشان می‌دهند که عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز اختلال هراس اجتماعی دخالت دارند (اروین^{۱۲}، هایمبرگ، مارکس^{۱۳} و فرانکلین^{۱۴}، ۲۰۰۶). ولی نظریه‌های معاصر در مورد اضطراب اجتماعی و جلوه بالینی آن یعنی اختلال اضطراب اجتماعی، بر نقش فرآیندهای شناختی در تداوم این اختلال تأکید داشته‌اند (هافمن، ۲۰۰۷). از مؤلفه‌های مطرح در زمینه هراس اجتماعی، می‌توان

- | | |
|---------------------------|----------------------------|
| 1- social phobia | 2- social anxiety disorder |
| 3- Sadock | 4- Hofmann |
| 5- Loh | 6- Barlow |
| 7- Lee | 8- Telch |
| 9- Rapee | 10- Heimberg |
| 11- Schultz | 12- Erwin |
| 13- Marx | 14- Franklin |
| 15- attentional bias | 16- biased interpretation |
| 17- memory bias | 18- judgment bias |
| 19- social self-efficacy | 20- shyness |
| 21- behavioral inhibition | 22- attachment |
| 23- Becker | 24- Stein |
| 25- Merikangas | 26- Avenevoli |
| 27- Acharyya | 28- Zhang |
| 29- Angst | 30- Furmark |
| 31- Spence | 32- Woody |

مایکلسون^۴، کسلر^{۱۵} و شیور^{۱۶} (۱۹۹۷) دریافتند اختلال هراس اجتماعی به‌طور منفی با سبک دلبستگی ایمن مرتبط است و به‌طور مثبت با سبک‌های اجتنابی و اضطرابی رابطه دارد. همن^{۱۷} و همکاران (۱۹۹۵) گزارش کرده‌اند که سبک دلبستگی ناایمن پیش‌بینی‌کننده بروز نابهنجاری بیشتر در پی رخداد‌های پر تنش زندگی است.

با توجه به موارد گفته شده، در این پژوهش نقش برخی از عوامل پیش‌بینی‌کننده هراس اجتماعی و شدت آن بررسی شده است. اگرچه هر یک از مؤلفه‌های یادشده به‌تنهایی در پژوهش‌هایی بررسی شده‌اند، پژوهشی که همه این عوامل را در کنار یکدیگر در ارتباط با اختلال هراس اجتماعی بررسی کند، دیده نشد. این در حالی است که الگوسازی مؤلفه‌های پیش‌بینی‌کننده یک اختلال تنها در صورتی امکان‌پذیر است که متغیرهای به‌دست آمده از پژوهش‌های گوناگون در کنار یکدیگر و در یک الگو بررسی شوند تا به این ترتیب وزن هر یک در الگوی پیش‌بینی تعیین گردد. پژوهش حاضر برای بررسی ارتباط کمرویی، بازداری رفتاری (در دوران کودکی و بزرگسالی)، سوگیری توجه (کانون توجه متمرکز بر خود^{۱۸} در برابر کانون توجه بیرونی^{۱۹})، سوگیری تعبیر (خودارزیابی منفی^{۲۰} و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران)، خودکارآمدی اجتماعی و سبک دلبستگی (دوسوگرا، اجتنابی و ایمن) با هراس اجتماعی و با هدف تعیین وزن هر یک از این مؤلفه‌ها در پیش‌بینی هراس اجتماعی در جمعیت غیربالینی دانشجویی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های پس‌رویدادی است و در آن هراس اجتماعی متغیر ملاک و متغیرهای کمرویی، بازداری رفتاری، سوگیری‌های توجه و تعبیر، خودکارآمدی اجتماعی و دلبستگی متغیرهای پیش‌بین بودند.

فرآیندهای توجهی در نگهداری هراس اجتماعی تأکید کرده‌اند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که توجه متمرکز بر خود به عملکرد افراد مبتلا به هراس اجتماعی آسیب می‌رساند (هافمن و بارلو، ۲۰۰۲). سوگیری تعبیر یعنی گرایش به تعبیر کردن اطلاعات مرتبط با تهدید به‌شیوه‌ای کاملاً منفی (تیلور^۱ و آلدن^۲، ۲۰۰۵) که دارای زیرمؤلفه‌های گوناگونی مانند خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران می‌باشد (هایمرگ و بکر^۳، ۲۰۰۲). افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی در رویارویی با موقعیت‌های اجتماعی تازه، تمایل دارند آن‌ها را به شیوه‌ای تهدیدآمیز تعبیر کنند، زیرا پیش‌داوری‌های منفی دارند و تجربه پیامدهای منفی گوناگونی مانند افزایش اضطراب و علائم فیزیکی را در موقعیت‌های اجتماعی داشته‌اند. افزون بر این، افراد مبتلا به هراس اجتماعی به‌طور انتخابی جنبه‌های منفی خود از موقعیت‌های اجتماعی را به یاد می‌آورند (هرتل^۴، بروزویچ^۵، جورمن^۶ و گاتلیب^۷، ۲۰۰۸)؛ از این رو برخی پژوهشگران بر این باورند که احتمالاً سوگیری تعبیر نیز در نگهداری هراس اجتماعی نقش دارد (بک^۸، امری^۹ و گرین برگ^{۱۰}، ۱۹۸۵).

مؤلفه مهم دیگری که الگوهای شناختی مطرح نموده‌اند، خودکارآمدی اجتماعی است. احساس کفایت در چیره‌شدن بر موقعیت ترسناک نشان‌دهنده خودکارآمدی ادراک شده است (هافمن، ۲۰۰۷). گادیانو^{۱۱} و هربرت^{۱۲} (۲۰۰۶) بر این باورند که اضطراب یک حالت هیجانی است و به‌دنبال ارزیابی اطلاعات درباره رویداد تهدیدکننده یا ادراک توانایی شخص برای رویارویی با آن پدید می‌آید. اگر یک رویداد فراتر از توانایی رویارویی شخصی ادراک شود، ناتوانی ضمنی برای رویارویی به‌طور مؤثری می‌تواند حالت اضطراب را پدید آورد (خیر، استوار، لطیفیان، تقوی و سامانی، ۱۳۸۷). آمادگی ژنتیک برای بروز اضطراب کمرویی و بازداری رفتاری از جمله مؤلفه‌هایی بودند که در این پژوهش در رابطه با هراس اجتماعی بررسی شدند. آمادگی ژنتیک برای بروز هراس اجتماعی، غیراختصاصی است و به نظر می‌رسد با متغیرهای مزاجی معینی رابطه دارد. بازداری رفتاری یک ویژگی مزاجی است که در نوزادان و کودکان دیده می‌شود. این ویژگی نسبتاً ارثی و در دوران کودکی و نوجوانی نسبتاً ثابت است. بازداری رفتاری می‌تواند عامل خطر مهمی برای بروز هراس اجتماعی باشد (کیمبرل^{۱۳}، ۲۰۰۸).

- | | |
|------------------------------|----------------|
| 1- Taylor | 2- Alden |
| 3- Becker | 4- Hertel |
| 5- Brozovich | 6- Joormann |
| 7- Gotlib | 8- Beck |
| 9- Emery | 10- Greenberg |
| 11- Gaudiano | 12- Herbert |
| 13- Kimbrel | 14- Michelson |
| 15- Kessler | 16- Shaver |
| 17- Hammen | 18- self-focus |
| 19- external focus | |
| 20- negative self-evaluation | |

گزارش شده مقیاس هراس اجتماعی (اجتناب ۰/۷۵، ترس ۰/۷۴ و ناراحتی ۰/۷۵) رضایت بخش گزارش شده است (همان جا).

مقیاس کمروبی استنفورد^۳: نسخه های کوتاه این مقیاس توسط پیلکونیس^۴ (۱۹۷۷)، به نقل از ارزیلو^۵ (۲۰۰۲) و مارولدو^۶، ایشنریخ^۷ و هال^۸ (۱۹۷۹)، به نقل از همان جا) ساخته شده است. فرم اصلی مقیاس دارای ۴۴ پرسش است. در پژوهش حاضر از نسخه ۴۰ پرسشی این مقیاس بهره گرفته شده که توسط عبادتی (۱۳۷۶)، به نقل از راستگو، (۱۳۸۳) در تهران بر روی دانش آموزان مقطع متوسطه هنجاریابی شده است. تحلیل عاملی پرسش های پرسش نامه در پژوهش یاد شده نشان داد که در این پرسش نامه ۱۱ عامل با ارزش ویژه بزرگ تر از یک استخراج شده است. عامل نخست (کمروبی) با دو روش مؤلفه های اصلی و حداکثر درست نمایی بیشترین درصد واریانس کل و واریانس مشترک را تبیین کرده (۰/۱۷) و کل عوامل در مجموع ۵۶٪ واریانس را تبیین نمودند پرسش های این مقیاس دارای چهار گزینه (از یک تا چهار) هستند. برای پاسخی که کمترین میزان کمروبی را نشان دهد نمره یک و برای پاسخی که بالاترین میزان کمروبی را در آن پرسش نشان می دهد نمره چهار در نظر گرفته می شود. در پایان هر آزمودنی یک نمره کل می گیرد. نمره کل این پرسش نامه از ۴۰ تا ۱۶۰ می تواند نوسان داشته باشد ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش ها برای دختران ۰/۸۶، برای پسران ۰/۸۳ و برای کل گروه ۰/۸۵ به دست آمده و پایایی آزمون ۰/۷۱ گزارش شده است (رستمی، ۱۳۸۳).

مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان^۹: این مقیاس یک ابزار پژوهشی است که گلدستون^{۱۰} و پارکر^{۱۱} (۲۰۰۵) برای ارزیابی گزارش ذهنی ویژگی بازداری رفتاری کنونی ساخته اند. این مقیاس ۱۶ ماده دارد و برای سنین ۱۶ سال و بالاتر به کار برده می شود. همسانی درونی به کمک آلفای کرونباخ برای نمره کل برابر با ۰/۸۷ بوده و پایایی آزمون به روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۱۸ هفته در دو گروه ۰/۸۶ گزارش شده است (همان جا). محمدی (۱۳۸۶) همسانی درونی این مقیاس را در یک نمونه ۸۰ نفری ۰/۷۸ به دست آورد. هم چنین، پایایی به

جامعه آماری پژوهش دانشجویان دانشگاه تهران بودند که در آن از پنج گروه آموزشی انسانی، فنی، پزشکی، علوم پایه و هنر به روش تصادفی - چندمرحله ای آزمودنی ها انتخاب شدند. از هر گروه به تصادف سه دانشکده انتخاب و از هر دانشکده شماری دانشجو به تصادف انتخاب گردیدند. از گروه علوم انسانی دانشکده های علوم اجتماعی، ادبیات و حقوق؛ از گروه فنی دانشکده های مهندسی صنایع، مهندسی مکانیک و مهندسی مواد؛ از گروه پزشکی دانشکده های دندانپزشکی، بهداشت و پزشکی؛ از گروه علوم پایه دانشکده های ریاضی، آمار و علوم کامپیوتر، فیزیک و زمین شناسی و از گروه هنر دانشکده های شهرسازی، طراحی صنعتی و هنرهای نمایشی به تصادف انتخاب شدند. در هر دانشکده به کسانی که داوطلب شرکت در پژوهش بودند پرسش نامه ها داده شد. نخست از افراد خواسته می شد تا رضایت نامه پژوهش را مطالعه کنند و در صورت تمایل در پژوهش شرکت کنند. از دانشجویان خواسته شد به پرسش ها به طور کامل پاسخ دهند. زمان اجرا برای هر مجموعه پرسش نامه ۲۵ دقیقه بود. به طور کلی ۵۴۰ نفر پرسش نامه ها را تحویل گرفتند، اما ۴۳۸ نفر پرسش نامه ها را در پنج گروه آموزشی به طور کامل پاسخ دادند.

برای گردآوری داده ها پرسش نامه های زیر به کار برده شد:
مقیاس هراس اجتماعی^۱: این مقیاس توسط کانور^۲ و همکاران (۲۰۰۰) برای ارزیابی هراس اجتماعی ساخته شد. این پرسش نامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) می باشد. هر ماده یا پرسش بر پایه پنج گزینه (۰= به هیچ وجه، تا ۴= بی نهایت) پاسخ و نمره گذاری می شود. پایایی این پرسش نامه به روش بازآزمایی در گروه های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ بوده و همسانی درونی با ضریب آلفا در گروهی از افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ و برای مقیاس های فرعی ترس ۰/۸۹، برای اجتناب ۰/۹۱ و برای مقیاس فرعی فیزیولوژیکی ۰/۸۰ گزارش شده است (همان جا). حسونند عموزاده (۱۳۸۶) ضریب آلفای پرسش نامه را در نمونه غیر بالینی ایرانی در نیمه اول ۰/۸۲ و در نیمه دوم ۰/۷۶، همبستگی دونیمه آزمون را ۰/۸۴ و ضریب همبستگی اسپیرمن براون را ۰/۹۱ گزارش نموده است. هم چنین محاسبه آلفای کرونباخ مربوط به کل آزمودنی ها در زیرمقیاس های

1- Social Phobia Inventory 2- Connor
3- Stanford Shyness Survey 4- Pilkonis
5- Orsillo 6- Maroldo
7- Eisenreich 8- Hall
9- Adult Measure of Behavioral Inhibition
10- Gladstone 11- Parker

روش بازآزمایی با فاصله دو هفته، همبستگی $0/79$ به‌دست داد (همان‌جا). افزون بر این، روایی همگرایی این مقیاس با پرسش‌نامه بازدارنده رفتاری گذشته‌نگر همبستگی $0/55$ به‌دست داده و همسانی درونی در یک نمونه 400 نفری از دانشجویان $0/73$ گزارش شده است (محمدی، 1386).

مقیاس گذشته‌نگر بازداری رفتاری^۱: این مقیاس ابزاری است که به‌صورت گذشته‌نگر رفتارهای بازداری کودکی (پیش از 13 سالگی) را در افراد بزرگسال اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس دارای 18 ماده چهارگزینه‌ای (از صفر تا چهار) می‌باشد. همسانی درونی برای این ابزار نیز برای نمره کل به کمک آلفای کرونباخ $0/90$ و پایایی آن به روش بازآزمایی $0/86$ گزارش شده است (گلدستون و پارکر، 2005).

محمدی (1386) همسانی درونی این ابزار را در جمعیت 400 نفری از دانشجویان ایرانی به کمک آلفای کرونباخ برای نمره کل $0/74$ ، روایی همگرایی این مقیاس را با مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان با ضریب همبستگی $0/55$ و پایایی آن را به روش بازآزمایی با فاصله دو هفته $0/71$ نشان داد.

پرسش‌نامه کانون توجه^۲ (وودی، چامبلس^۳ و گلاس^۴، 1997): این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری کانون توجه افراد مبتلا به هراس اجتماعی در تعاملات اجتماعی ساخته شده است. این پرسش‌نامه دارای دو زیرمقیاس پنج‌گویه‌ای شامل کانون توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی است. هر گویه روی یک مقیاس پنج‌گزینه‌ای از اصلاً درست نیست (1) تا کاملاً درست است (5) پاسخ داده می‌شود و نمره‌گذاری می‌گردد. وودی و همکاران (1997) ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه کانون توجه متمرکز بر خود و پرسش‌نامه کانون توجه بیرونی را به ترتیب برابر $0/76$ و $0/72$ گزارش کرده‌اند. خیر و همکاران (1386)، به‌نقل از استوار، 1386) ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب $0/75$ و $0/86$ به‌دست آوردند. خیر و همکاران (1386)، به‌نقل از همان‌جا) روایی سازه‌ای این مقیاس را با روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس بررسی نمودند و نشان دادند که دو مؤلفه جمعاً $55/85$ درصد از واریانس نمرات کانون توجه را به خود اختصاص داده‌اند.

پرسش‌نامه پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی^۵ (ویلسون^۶ و ریپی، 2005): این پرسش‌نامه برای تفسیر پیامد رویدادهای منفی اجتماعی طراحی شده است. در این

پرسش‌نامه 16 رویداد اجتماعی منفی توصیف شده و چهار زیرمقیاس خودارزیابی منفی، ارزیابی منفی توسط دیگران، پیامدهای منفی کوتاه‌مدت و پیامدهای منفی بلندمدت رویدادهای اجتماعی گنجانیده شده است. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود خودشان را در هر موقعیت تصور کنند و میزان اعتقاد خود را به هر یک از تفسیرها، بر پایه یک مقیاس 8 نُه درجه‌ای (اصلاً معتقد نیستم = 1 تا بی‌نهایت معتقد هستم = 8) درجه‌بندی کنند. ویلسون و ریپی (2005) در بررسی روایی سازه‌ای این پرسش‌نامه به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی سه عامل را استخراج کردند. هم‌چنین میزان ثبات درونی را به کمک ضریب آلفا برای زیرمقیاس‌های خودارزیابی منفی، ادراک ارزیابی منفی از خود توسط دیگران و ادراک پیامدهای منفی بلندمدت رویدادهای اجتماعی به ترتیب برابر با $0/75$ ، $0/70$ و $0/63$ گزارش کردند.

روایی و پایایی این پرسش‌نامه در نمونه ایرانی به روش تحلیل عاملی و ضریب آلفای کرونباخ به‌دست آمده است (استوار، 1386). در پژوهش یادشده تنها دو زیرمقیاس ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران و خودارزیابی منفی به کار برده شد. برای تحلیل عوامل پرسش‌نامه رویدادهای منفی اجتماعی از روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و برای تعیین شمار عامل‌ها، از تحلیل عوامل با مؤلفه‌های اصلی بهره گرفته شده است (همان‌جا). برای تعیین ساختار عاملی پرسش‌نامه سه شاخص مورد توجه قرار گرفت: 1 - ارزش ویژه، 2 - نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل و 3 - نمودار اسکری. بر پایه این سه شاخص دو عامل استخراج گردید. در این تحلیل مقدار ضریب KMO برابر با $0/90$ بود و نتیجه آزمون بارتلت نیز از نظر آماری معنی‌دار بود ($p < 0/001$). هم‌چنین عامل اول و دوم به ترتیب دارای ارزش ویژه $11/85$ و $3/43$ بودند که جمعاً $50/87$ درصد واریانس را تبیین می‌کنند (همان‌جا). همانند ویلسون و ریپی (2005) عامل‌های اول و دوم را به ترتیب ادراک ارزیابی منفی از دیگران و خودارزیابی منفی نام‌گذاری گردید. پایایی زیرمقیاس‌های خودارزیابی منفی ادراک ارزیابی منفی از دیگران به کمک آلفای کرونباخ به ترتیب $0/89$ و $0/90$ گزارش شده است (استوار، 1386).

1- Retrospective Measure of Behavioral Inhibition
2- Focus of Attention Questionnaire
3- Chambless
4- Glass
5- Consequences of Negative Social Events Questionnaire
6- Wilson

یافته‌ها

پرسش‌نامه‌های ۴۳۸ نفر (۲۱۸ مرد و ۲۲۰ زن) که به‌طور کامل پاسخ داده شده بودند، تحلیل شدند. میانگین سنی این افراد $۲۱/۳۷ \pm ۲/۴۳$ سال بود. ۹۴ درصد آنان مجرد بودند. میانگین و انحراف معیار نمره‌های دانشجویان در متغیرهای کمرویی، بازداری رفتاری، سوگیری توجه، سوگیری تعبیر، خودکارآمدی اجتماعی و سبک دلبستگی در **جدول ۱** آورده شده است.

پیش از آزمون فرضیه‌ها برای بررسی تفاوت معنی‌دار میان پرسش‌نامه‌های حذف‌شده و پرسش‌نامه‌های باقی‌مانده، آزمون t مستقل میان این دو گروه در زمینه سن و نمره‌های مقیاس هراس اجتماعی انجام شد. آزمون یادشده تفاوت دو گروه را در زمینه سن (میانگین سنی در گروه باقی‌مانده $۲۱/۳۷ \pm ۲/۴۴$ و در گروه حذف‌شده $۲۱/۶۸ \pm ۳/۲۷$) و نمرات هراس اجتماعی (میانگین در گروه باقی‌مانده $۱۲/۲۵ \pm ۱۹/۰۱$ و در گروه حذف‌شده $۱۱/۵۸ \pm ۱۸/۲۸$) از نظر آماری معنی‌دار نشان نداد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار متغیرهای کمرویی، بازداری رفتاری، سوگیری توجه، سوگیری تعبیر، خودکارآمدی اجتماعی و سبک دلبستگی در آزمودنی‌های پژوهش (N=۴۳۸)

متغیرها	میانگین (انحراف معیار)
کمرویی	۸۲/۸۶ (۱۴/۷۵)
هراس اجتماعی	۱۹/۰۱ (۱۲/۲۵)
بازداری رفتاری در بزرگسالی	۱۵/۸۹ (۴/۹۸)
بازداری رفتاری در کودکی	۲۸/۷۵ (۶/۱۳)
کانون توجه متمرکز بر خود	۱۶/۱۵ (۳/۰۹)
کانون توجه بیرونی	۱۶/۰۳ (۳/۶۲)
ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران	۳۵/۵۱ (۲۶/۶۹)
خودارزیابی منفی	۲۰/۹۰ (۲۲/۶۶)
خودکارآمدی اجتماعی	۵۵/۶۴ (۱۱/۷۵)
سبک دلبستگی اجتنابی	۸/۲۵ (۳/۵۲)
سبک دلبستگی ایمن	۹/۲۲ (۲/۵۳)
سبک دلبستگی اضطرابی	۸/۲۱ (۳/۷)

مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی^۱

(گادیانو و هربرت، ۲۰۰۳): این مقیاس برای ارزیابی خودکارآمدی افراد مبتلا به هراس اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی طرح‌ریزی شده است و دارای ۹ گویه است. آزمودنی‌ها هر گویه را بر پایه یک مقیاس ده‌گزینه‌ای (اصلاً مطمئن نیستم = ۰ تا خیلی مطمئن هستم = ۹) پاسخ می‌دهند. این مقیاس سه مؤلفه خودکارآمدی: مهارت‌های مقابله‌ای، کنترل شناختی و کنترل هیجانی را اندازه‌گیری می‌کند. روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش‌های چندی مطلوب گزارش شده است. برای بررسی عوامل مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی در نمونه ایرانی، تحلیل عاملی به روش تحلیل مؤلفه‌های اصلی و چرخش واریماکس به کار برده شد. مقدار ضریب KMO برابر با ۰/۸۹ و نتیجه آزمون بارتلت نیز معنی‌دار بود ($p < ۰/۰۰۱$). نتایج تحلیل، دو مؤلفه را نشان دادند که این مؤلفه‌ها جمعاً ۵۸/۷۸ درصد از واریانس نمرات خودکارآمدی را به خود اختصاص دادند (استوار، ۱۳۸۶).

پرسش‌نامه سبک دلبستگی^۲ (هزن^۳ و شیور، ۱۹۸۷): این

مقیاس را رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۸۵) بر روی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان هنجاریابی نموده‌اند. این پرسش‌نامه دارای ۱۵ گویه و هر یک از سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا دارای پنج گویه است. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرت از هرگز (نمره صفر) تا تقریباً همیشه (نمره چهار) انجام می‌شود. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا گزینه‌هایی را برگزینند که سبک مشخصه آن‌ها را در روابط نزدیک بهتر توصیف می‌کند. تحلیل عامل پرسش‌نامه هزن و شیور (۱۹۸۷) به استخراج سه عامل عمده دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا انجامید (کولینز و رید، ۱۹۹۰). هزن و شیور (۱۹۸۷) پایایی بازآزمایی کل این پرسش‌نامه را ۰/۸۱ و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آوردند. کولینز و رید (۱۹۹۰) پایایی این ابزار را به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش نمودند. هزن و شیور (۱۹۸۷) روایی صوری و محتوایی را خوب و روایی سازه آن را بسیار مطلوب گزارش کردند. پایایی آلفای کرونباخ این ابزار در پژوهش رحیمیان بوگر و همکاران (۱۳۸۵) برای کل آزمون، سبک دوسوگرا، سبک اجتنابی و سبک ایمن به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۳، ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به‌دست آمد.

داده‌های گردآوری‌شده به کمک تحلیل رگرسیون چندگانه خطی گام‌به‌گام تحلیل شدند.

1- Self-efficacy for Social Situation Scale
2- Adult Attachment Scale 3- Hazan

اجتنابی (۰/۳۹)، سبک دلبستگی ایمن (۰/۲-)، سبک دلبستگی اضطرابی (۰/۴۶).

گفتنی است که در ماتریس همبستگی متغیرهای پیش‌بین، هیچ هم‌راستایی بالاتر از ۰/۷ (میرز^۱، گمست^۲ و گارینو^۳، ۲۰۰۵) در بین متغیرها دیده نشد و از این رو هیچ‌یک از متغیرها از تحلیل نهایی حذف نشدند.

برای تعیین وزن هر یک از متغیرهای کمرویی، بازداری رفتاری، سوگیری‌های توجه و تعبیر، خودکارآمدی اجتماعی و دلبستگی در پیش‌بینی هراس اجتماعی، از آزمون تحلیل رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام بهره گرفته شد. نمره‌های کل مقیاس کمرویی استنفورد، مقیاس بازداری رفتاری بزرگسالان و پرسش‌نامه گذشته‌نگر بازداری رفتاری، پرسش‌نامه کانون توجه، پرسش‌نامه پیامدهای رویدادهای منفی اجتماعی، مقیاس خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی و پرسش‌نامه سبک دلبستگی به‌عنوان متغیر پیش‌بین و نمره مقیاس هراس اجتماعی به‌عنوان متغیر ملاک وارد معادله رگرسیون شدند. نتایج این تحلیل در **جدول‌های ۲ و ۳** آورده شده است.

هم‌چنین، بررسی دو گروه از نظر جنسیت و وضعیت تأهل، تفاوت دو گروه را در این دو زمینه معنی‌دار نشان نداد. در زمینه وضعیت تأهل، مجردها و متأهل‌ها به تفکیک مورد بررسی قرار گرفتند. در افراد مجرد $Z=1/66$ و در افراد متأهل $Z=-1/78$ بود که از نظر آماری معنی‌دار به شمار نمی‌رود. در این پژوهش نرخ ریزش ۱۸/۸٪ بود که قابل قبول شمرده می‌شود، زیرا در پژوهش‌هایی که پرسش‌نامه در جمعیت عمومی بخش می‌شود تا ۳۰٪ ریزش قابل انتظار است (استیونس، ۲۰۰۲).

هدف نخست این پژوهش تعیین رابطه میان متغیرهای جنسیت، سن و وضعیت تأهل با هراس اجتماعی بود. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد که این متغیرها رابطه معنی‌داری با هراس اجتماعی دارند. ضریب‌های همبستگی عبارت بودند از: کمرویی (۰/۷۹)؛ بازداری رفتاری در دوران کودکی (۰/۴۷)، بازداری رفتاری در بزرگسالی (۰/۵۶)؛ کانون توجه بیرونی (۰/۱۲)؛ ادراک ارزشیابی منفی توسط دیگران (۰/۵)، خودارزیابی منفی (۰/۵۵)؛ خودکارآمدی اجتماعی (۰/۵۶)؛ سبک دلبستگی

جدول ۲- خلاصه تحلیل واریانس و مدل رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام رابطه متغیرهای پیش‌بین و هراس اجتماعی

مدل رگرسیون	درجه آزادی	نمره F	سطح معنی‌داری	R	R ²	R ² Adj
رگرسیون	۸	۱۲۳/۵۲۰	۰/۰۰۱	۰/۸۳۵	۰/۶۹۷	۰/۶۹۲
باقی‌مانده	۴۲۹					
کل	۴۳۷					

جدول ۳- شاخص‌های آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بین بر هراس اجتماعی

مدل رگرسیون	B	Beta	نمره t	سطح معنی‌داری
عدد ثابت	-۲۴/۶۴۱		-۶/۲۲۳	۰/۰۰۱
کمرویی	۰/۳۹۸	۰/۴۷۹	۱۱/۰۱۳	۰/۰۰۱
خودارزیابی منفی	۰/۰۵۸	۰/۱۰۷	۲/۷۶۶	۰/۰۰۶
بازداری رفتاری در دوران بزرگسالی	۰/۲۳۶	۰/۰۹۶	۲/۸۰۴	۰/۰۰۵
دوسوگرا (اضطرابی)	۰/۳۲۴	۰/۰۹۸	۳/۲۲۶	۰/۰۰۱
اجتنابی	۰/۲۷۸	۰/۰۸۰	۲/۷۳۲	۰/۰۰۷
بازداری رفتاری در دوران کودکی	۰/۱۵۸	۰/۰۷۹	۲/۵۵۰	۰/۰۱۱
خودکارآمدی اجتماعی	-۰/۰۹۱	-۰/۰۸۷	-۲/۵۵۷	۰/۰۱۱
ادراک ارزشیابی منفی توسط دیگران	۰/۰۳۵	۰/۰۷۷	۲/۰۸۳	۰/۰۳۸

بحث

نخستین هدف این پژوهش تعیین ارتباط میان کمرویی، بازداری رفتاری، سوگیری‌های توجه و تعبیر، خودکارآمدی اجتماعی و دلبستگی با هراس اجتماعی در دانشجویان بود. نتایج نشان دادند که کمرویی، بازداری رفتاری (در دوران کودکی و بزرگسالی)، سوگیری توجه (کانون توجه بیرونی)، سوگیری تعبیر (خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران) و سبک دلبستگی (دوسوگرا، اجتنابی) رابطه معنی دار مثبت با هراس اجتماعی دارند و سوگیری توجه (کانون توجه متمرکز بر خود)، خودکارآمدی اجتماعی و سبک دلبستگی ایمن دارای رابطه معنی دار منفی با هراس اجتماعی هستند.

دومین هدف این پژوهش تعیین وزن هر یک از این متغیرها در پیش‌بینی هراس اجتماعی در یک الگوی پیش‌بینی بود. ترتیب ورود متغیرهای پیش‌بینی کننده در تحلیل رگرسیون با توجه به وزن آنها به ترتیب کمرویی، سبک دلبستگی دوسوگرا، سبک دلبستگی اجتنابی، بازداری رفتاری در دوران بزرگسالی، بازداری رفتاری در دوران کودکی، خودکارآمدی اجتماعی، خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران بود. این پژوهش نشان داد که خودکارآمدی اجتماعی رابطه منفی و سایر متغیرهای پیش‌بینی مورد بررسی رابطه مثبت با هراس اجتماعی داشتند. این متغیرها روی هم رفته می‌توانند ۶۹/۷ درصد هراس اجتماعی را تبیین کنند ($R^2=0/697$). متغیرهای سوگیری‌های توجه (کانون توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی) و دلبستگی ایمن از الگوی پیش‌بینی خارج شدند.

این پژوهش هم‌سو با دیدگاه غالب در زمینه ارتباط میان دو متغیر کمرویی و هراس اجتماعی (چاویرا، استین و مالکارنه^۱، ۲۰۰۲؛ هیسر^۳، ترنر^۴ و بیدل^۵، ۲۰۰۳)، رابطه معنی داری میان آنها نشان داد ($t=0/79$). افزون بر این در الگوی پیش‌بینی، وزن کمرویی از سایر متغیرها بیشتر بود.

این پژوهش نشان داد که بازداری رفتاری (در دوران کودکی و بزرگسالی) با هراس اجتماعی رابطه دارد ولی همبستگی میان بازداری رفتاری در دوران بزرگسالی با هراس اجتماعی کمی بیشتر از همبستگی میان بازداری رفتاری در دوران کودکی با هراس اجتماعی است. این یافته با یافته‌های

با توجه به نتایج تحلیل واریانس و شاخص‌های آماری رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی بر هراس اجتماعی، میزان F به دست آمده برای هشت متغیر مورد بررسی، معنی دار بود ($F=123/520, p<0/001$). از بین متغیرهای پیش‌بینی، متغیرهای کانون توجه متمرکز بر خود، کانون توجه بیرونی و سبک دلبستگی ایمن از الگوی رگرسیون خارج شدند. بر پایه الگوی رگرسیون، متغیرهای پیش‌بینی باقی مانده می‌توانند بخشی از تغییرات مربوط به هراس اجتماعی را تبیین نمایند. بین متغیرهای پیش‌بینی هشت‌گانه مورد بررسی با هراس اجتماعی رابطه معنی داری دیده شد ($R=0/835$) و در مجموع ۶۹/۷ درصد هراس اجتماعی تبیین گردید ($R^2=0/697$). هم‌چنین، در صورت تعمیم یافته‌های به دست آمده از آزمودنی‌های پژوهش به جامعه اصلی، متغیرهای پیش‌بینی توان تبیین ۶۹/۲ درصد از واریانس هراس اجتماعی را داشتند ($R^2Adj=0/692$). ضریب رگرسیون متغیرهای پیش‌بینی نشان می‌دهد که این متغیرها می‌توانند تغییرات مربوط به علائم هراس اجتماعی را به گونه‌ای معنی دار تبیین کنند. در صورت تعمیم این نتایج به جامعه پژوهش، وزن این متغیرها به ترتیب برای کمرویی، خودارزیابی منفی، بازداری رفتاری در دوران بزرگسالی، سبک دلبستگی دوسوگرا، سبک دلبستگی اجتنابی، بازداری رفتاری در دوران کودکی، خودکارآمدی اجتماعی و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران، برابر با ۰/۴۷۹، ۰/۱۰۷، ۰/۰۹۶، ۰/۰۹۸، ۰/۰۸۰، ۰/۰۷۹، ۰/۰۸۷- و ۰/۰۷۷ خواهد بود. به این ترتیب هر اندازه کمرویی، خودارزیابی منفی، بازداری رفتاری در دوران بزرگسالی، بازداری رفتاری در دوران کودکی و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران بیشتر باشد، هراس اجتماعی شدیدتر خواهد بود. هم‌چنین در صورت وجود سبک دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی، هراس اجتماعی بالاتر خواهد بود. از سوی دیگر، هر چه خودکارآمدی اجتماعی بیشتر باشد، هراس اجتماعی کم‌تر خواهد شد. فرمول پیش‌بینی هراس اجتماعی بر پایه متغیرهای پیش‌بینی عبارت است از:

(بازداری رفتاری در دوران بزرگسالی) $+0/236$ (خودارزیابی منفی) $+0/058$ (کمرویی) $+0/398$ $-24/641$ = هراس اجتماعی (بازداری رفتاری در دوران کودکی) $+0/158$ (سبک دلبستگی اجتنابی) $+0/278$ (سبک دلبستگی دوسوگرا) $+0/324$ (ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران) $+0/035$ (خودکارآمدی اجتماعی) $-0/091$

تقریباً متوسطی میان هراس اجتماعی و خودکارآمدی برای موقعیت‌های اجتماعی به‌دست آمد.

در این پژوهش رابطه میان سبک دلبستگی با هراس اجتماعی معنی‌دار بود و سبک دلبستگی ایمن با هراس اجتماعی همبستگی منفی داشت. سبک دلبستگی دوسوگرا (اضطرابی) همبستگی بیشتری نسبت به سبک دلبستگی اجتنابی با هراس اجتماعی داشت. این یافته‌ها با یافته‌های انگ و همکاران (۲۰۰۱)، به‌نقل از گادیانو و هربرت، (۲۰۰۶) که افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی فراگیر را دارای ویژگی سبک دلبستگی اضطرابی (دوسوگرا) گزارش کردند، هم‌سوئی دارد.

چنان‌چه بخواهیم متغیرهای الگوی پیش‌بینی در این پژوهش را در کنار یکدیگر و با توجه به وزنی که در این الگو به خود اختصاص داده‌اند، بررسی کنیم، به‌نظر می‌رسد ترتیب وزنی متغیرها هم‌سو با الگوی رپی و اسپنس (۲۰۰۴) باشد. الگوی رپی و اسپنس تنها الگوی اختلال هراس اجتماعی است که به پیوستاری بودن هراس اجتماعی اشاره کرده است. زیربنای پژوهش حاضر نیز بر پایه طیفی بودن یا نگاه ابعادی به هراس اجتماعی پی‌ریزی شده بود.

رپی و اسپنس (۲۰۰۴) بر این باورند که برای بیشتر افراد، اختلال هراس اجتماعی دارای دو یا چند عامل ژنتیکی است که در کنار یکدیگر فرد را به سوی سطح معینی از هراس اجتماعی هدایت می‌کنند. پرسشی که در این‌جا مطرح می‌شود این است که چرا بازداری رفتاری وزن کمتری را نسبت به کمرویی و دلبستگی ناایمن دارد؟ در پاسخ به این پرسش باید گفت از آن‌جا که بازداری رفتاری در کودکان و بزرگسالان خطر ابتلا به انواع اختلال‌های درون‌سازی‌شده مانند اضطراب را افزایش می‌دهد (گار^{۱۳}، هادسون^{۱۴} و رپی، ۲۰۰۵)، به‌نقل از دگان^{۱۵} و فوکس^{۱۶}، بازداری رفتاری پیش‌زمینه بسیاری از اختلال‌ها (از جمله اختلال هراس اجتماعی) می‌باشد (استارسوویچ^{۱۷}، ۲۰۰۵). شاید بتوان گفت که بازداری رفتاری تا اندازه‌ای مانند یک عامل آسیب‌پذیری عمومی (و نه اختصاصی) در هراس اجتماعی عمل می‌کند (هافمن و بارلو، ۲۰۰۱).

هرشفلد-بکر^۱ و همکاران (۲۰۰۳) به‌نقل از گلدستون و پارکر، (۲۰۰۶) که به بررسی رابطه میان بازداری رفتاری و هراس اجتماعی پرداخته‌اند هم‌سوئی دارد. این سازه سرشتی به‌عنوان عامل زمینه‌ساز احتمالی در مورد اضطراب بالینی مورد توجه قرار گرفته است از این رو به‌نظر می‌رسد بازداری رفتاری عامل خطر جدی برای گسترش اختلال هراس اجتماعی (به‌ویژه نوع فراگیر) است (کیمبرل، ۲۰۰۸).

در این پژوهش کانون توجه بیرونی رابطه مثبت معنی‌دار و کانون توجه متمرکز بر خود رابطه منفی معنی‌دار با هراس اجتماعی داشتند. ولز و متیوز^۲ (۱۹۹۴)، به‌نقل از استوار، (۱۳۸۶) بر این باورند که تعامل اجتماعی موفقیت‌آمیز نیازمند توازن مناسب بین توجه متمرکز بر خود و توجه متمرکز بر بیرون است و به دلیل سوگیری توجه در افراد مبتلا به هراس اجتماعی این توازن دچار اختلال می‌شود. به‌نظر می‌رسد که افراد مبتلا به هراس اجتماعی در موقعیت‌های اجتماعی توجه متمرکز بر خود را افزایش و توجه متمرکز بر بیرون را کاهش می‌دهند (ملینگر^۳ و آلدن، ۲۰۰۰، به‌نقل از هیگا^۴ و دالیدن^۵، ۲۰۰۸؛ پاینلس^۶ و مینکا^۷، ۲۰۰۵). از این رو یافته‌های این پژوهش با یافته‌های یادشده در بالا هم‌سوئی ندارد. یک احتمال در تبیین یافته‌های این پژوهش این است که، با در نظر گرفتن محدودیت‌های این پژوهش، امکان بهره‌گیری از روش‌های آزمایشی برای اندازه‌گیری سوگیری توجه وجود نداشت. بیشتر بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه، دو رویکرد رایج شناختی-تجربی را برای اندازه‌گیری فرآیندهای توجهی به کار برده‌اند که شامل الگوی نقطه-وارسی^۸ و تکلیف استروپ^۹ می‌باشد (هینریخ^{۱۰} و هافمن، ۲۰۰۱). به این ترتیب اندازه‌گیری سوگیری توجه به کمک پرسش‌نامه روش ایده‌آلی نیست. شاید بتوان گفت که یافته‌های به‌دست آمده متأثر از شیوه اندازه‌گیری باشد.

در این بررسی دو متغیر خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران رابطه مثبت معنی‌دار با هراس اجتماعی داشتند که با یافته‌های استوپا و کلارک (۱۹۹۳)، به‌نقل از هینریخ و هافمن، (۲۰۰۱) که در افراد مبتلا به هراس اجتماعی بالا، فراوانی افکار خودارزیابی منفی را بیشتر از افراد عادی گزارش کردند، هم‌سوئی دارد.

منفی‌بودن رابطه میان خودکارآمدی اجتماعی و هراس اجتماعی در بررسی حاضر با یافته‌های گادیانو و هربرت (۲۰۰۶) هم‌سوئی دارد. پژوهش‌هایی که به بررسی خودکارآمدی و اضطراب پرداخته‌اند، معمولاً همبستگی متوسط را میان این دو متغیر گزارش کرده‌اند (شوارتزر^{۱۱} و اورشلیم^{۱۲}، ۱۹۹۲، به‌نقل از گادیانو و هربرت، ۲۰۰۶). در پژوهش حاضر نیز همبستگی

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| 1- Hirshfeld-Becker | 2- Mathews |
| 3- Mellings | 4- Higa |
| 5- Daleiden | 6- Pineles |
| 7- Mineka | 8- dot-probe paradigm |
| 9- stroop task | 10- Heinrichs |
| 11- Schwarzer | 12- Jerusalem |
| 13- Gar | 14- Hudson |
| 15- Degnan | 16- Fox |
| 17- Starcevic | |

می تواند مشابه نمونه بالینی باشد. با این حال، بهتر است در تعمیم یافته‌ها احتیاط شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده بر آسیب‌شناسی هراس اجتماعی در سنین نوجوانی که سن بروز این اختلال است تأکید داشته باشند. هم‌چنین بهتر است سوگیری توجه به کمک آزمایش‌های تجربی مانند تکلیف استروپ یا الگوی نقطه واری بررسی شود و تنها به پرسش‌نامه مداد- کاغذی در این زمینه بسنده نشود.

با توجه به این که اختلال هراس اجتماعی به عنوان یک اختلال در DSM-IV-TR¹ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) دارای ملاک تشخیصی می‌باشد، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی با تأکید بر مصاحبه تشخیصی و انجام پژوهش، نمونه‌های بالینی نیز بررسی شوند.

سپاسگزاری

از دانشجویان دانشگاه تهران برای همکاری در انجام این پژوهش سپاسگزاریم.

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.]

منابع

استوار، صغری (۱۳۸۶). *تبیین نقش واسطه‌ای توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط بین هراس اجتماعی و سوگیری شناختی*. پایان‌نامه دکترای روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز.

حسنوند عموزاده، مهدی (۱۳۸۶). *بررسی روایی و پایایی مقیاس فوبی اجتماعی*. پایان‌نامه کارشناسی روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شاهد.

خیر، محمد؛ استوار، صغری؛ لطیفیان، مرتضی؛ تقوی، سیدمحمدرضا؛ سامانی، سیامک (۱۳۸۷). اثر واسطه‌گی توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان هراس اجتماعی و سوگیری‌های دوری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، سال چهاردهم، شماره ۱، ۲۴-۳۲.

راستگو، حمید (۱۳۸۳). *رابطه کمروبی و مؤلفه‌های دل‌بستگی به والدین و همسالان در دانش‌آموزان ناسنوا و عادی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.

رحیمیان بوگر، اسحق (۱۳۸۵). *رابطه‌ی سرسختی روانشناختی، خودتاب‌آوری و سبک دل‌بستگی با سلامت روان در جوانان و بزرگسالان مناطق زلزله‌زده*

از سوی دیگر با وجود تأکیدی که رپی و اسپنس (۲۰۰۴) بر تأثیر عوامل ژنتیک در گسترش هراس اجتماعی و نقطه تنظیم داشته‌اند، این مسأله را نیز خاطر نشان می‌کنند که تعامل- های والد/کودک برای بروز نگرانی اجتماعی در کودک با اهمیت است. افزون بر این، سبک فرزندپروری در رشد شناختی و نگرشی کودک مؤثر است و می‌تواند تأثیرات دیرپاتری در سال‌های اولیه زندگی با ایجاد باورهای مانند «دیگران انتقادگر هستند»، «من بی‌کفایتم» و غیره داشته باشند. رپی و اسپنس بر این باورند که اگر چه مهارت‌های اجتماعی ضعیف به‌تنهایی تأثیر زیادی بر هراس اجتماعی ندارند ولی در صورتی که به شکست‌های پی‌درپی در اجتماع بیانجامد، می‌تواند فرد را در پیوستار هراس اجتماعی به جلو حرکت داده و بر شدت آن بیفزاید.

همان‌گونه که پیش‌تر بیان شد ادراک فرد از مهارت‌ها و توانایی‌های اجتماعی مؤلفه مهمی از خودکارآمدی ادراک‌شده در اختلال هراس اجتماعی به‌شمار می‌رود (هافمن، ۲۰۰۷). از این رو خودکارآمدی اجتماعی در الگوی پیش‌بینی، در زمینه مهارت‌های اجتماعی ضعیف در الگوی رپی و اسپنس (۲۰۰۴) تبیین می‌شود و به‌نظر می‌رسد در مقایسه با سایر متغیرهای تأثیرگذار در این پژوهش، وزن کمتری را داشته باشد. با توجه به الگوی هافمن (۲۰۰۷) خودکارآمدی اجتماعی عامل کم‌اهمیتی نیست و در پژوهش حاضر بالاتر از خودارزیابی منفی و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران ایستاده است.

به‌طور کلی می‌توان گفت همه متغیرهای این پژوهش به جز سوگیری توجه رابطه معنی‌داری با هراس اجتماعی دارند. الگوی پیش‌بینی این پژوهش نیز با الگوی رپی و اسپنس (۲۰۰۴) هم‌سو بود.

متغیرهایی که در این پژوهش به‌کار برده شدند از میان متغیرهایی برگزیده شده بودند که بیشترین حمایت تجربی را به خود اختصاص داده‌اند. به‌دلیل خستگی آزمودنی‌ها وارد کردن متغیرهای بیشتر مانند سوگیری حافظه در پژوهش حاضر امکان‌پذیر نبود.

پژوهش حاضر تنها به نمونه دانشجویی دانشگاه تهران بسنده کرد. در نتیجه، تعمیم یافته‌ها به جامعه عمومی بر پایه یافته‌های این بررسی بایستی با احتیاط انجام شود. هم‌چنین، به دلیل انجام پژوهش در جمعیت غیربالینی دانشجویی، امکان تعمیم نتایج به جامعه بالینی وجود ندارد. اما به‌دلیل وجود دیدگاه کمی در زمینه هراس اجتماعی (رپی و اسپنس، ۲۰۰۴) و تأکید این پژوهش بر دیدگاه یادشده، یافته‌های این بررسی

- Degnan, K. A., & Fox, N. A. (2007). Behavioral inhibition and anxiety disorders: Multiple levels of a resilience process. *Development and Psychopathology, 19*, 729-746.
- Eng, W., Heimberg, R. G., Hart, T. A., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2001). Attachment in individuals with social anxiety disorder: The relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion, 1*, 365-380.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Marx, B. P., & Franklin, M. E. (2006). Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 896-914.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Self-efficacy for social situations in adolescents with generalized social anxiety disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 35*, 209-223.
- Gladstone, G. L., & Parker, G. (2005). Measuring a behaviorally inhibited temperament style: Development and initial validation of new self-report measures. *Psychiatry Research, 135*, 133-143.
- Gladstone, G. L., & Parker, G. B. (2006). Is behavioral inhibition a risk factor for depression?. *Journal of Affective Disorders, 95*, 85-94.
- Hammen, C. L., Burge, D., Daley, S. E., Davila, J., Paley, B., & Rudolph, K. D. (1995). Interpersonal attachment cognitions and prediction of symptomatic responses to interpersonal stress. *Journal of Abnormal of Psychology, 104*, 436-443.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 270-280.
- Heimberg, R. G., & Becker R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: The Guilford Press.
- Heinrichs, N., & Hofmann, S. G. (2001). Information processing in social phobia: Critical review. *Clinical Psychology Review, 21*, 751-770.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., & Beidel, D. C. (2003). Shyness: Relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Behavior Research and Therapy, 41*, 209-221.
- Hertel, P. T., Brozovich, F., Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2008). Biases in interpretation and memory in generalized social anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 103-113.
- شهرستان، پیمان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- رستمی، علی (۱۳۸۳). *مقایسه کمروبی دانش‌آموزان پایه اول دبیرستان مدارس عادی، نابینا و ناشنوا در شهر تهران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- سادوک، ویرجینیا؛ سادوک، بنیامین (۱۳۸۵). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری - روانپزشکی بالینی*. ترجمه: حسن رفیعی و خسرو سبحانیا. تهران: انتشارات ارجمند.
- طهماسیان، کارینه (۱۳۸۶). *اعتبار، پایایی و هنجاریابی پرسش‌نامه خودآزمایی کودکان و نوجوانان در تهران. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، سال اول، شماره ۴ و ۵، ۳۹۰-۳۷۳.
- عبدی، رضا (۱۳۸۲). *سوگیری تغییر در افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- محمدی، ابوالفضل (۱۳۸۶). *رابطه برخی مؤلفه‌های شناختی، رفتاری و هیجانی با زیرگونه‌های علائم وسواسی - اجباری در دانشجویان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th. ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic books.
- Chavira, A. C., Stein, M. B., & Malcarne, V. L. (2002). Scrutinizing the relationship between shyness and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 585-598.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Coles, M. E., Schofield, C. A., & Pietrefesa, A. S. (2006). Behavioral inhibition and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 1118-1132.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-663.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, L. E., Sherweed, A., Foa, E. B., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the social phobia (SPIN): A new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry, 176*, 379-386.

- social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 278-288.
- Higa, C. K., & Daleiden, E. L. (2008). Social anxiety and cognitive biases in non-referred children: The interaction of self-focused attention and threat interpretation biases. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 441-452.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behavior Therapy*, 36, 193-209.
- Hofmann, S. G., & Barlow, D. H. (2002). Social phobia (social anxiety disorder). In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd. ed., pp. 454-477). New York: The Guilford Press.
- Hofmann S. G., & Loh, R. (2006). The tridimensional personality questionnaire: Changes during psychological treatment of social phobia. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 214-220
- Kimbrel, N. A. (2008). A model of development and maintenance of generalized social phobia. *Clinical Psychology Review*, 28, 592-612.
- Lee, H., & Telch, M. J. (2008). Attentional biases in social anxiety: An investigation using the inattentive blindness paradigm. *Behavior Research and Therapy*, 46, 819-835.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Society of Biological Psychiatry*, 51, 81-91.
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2005). *Applied multivariate research*. London: SAGE Publications.
- Michelson, K. D., Kessler, R. C., & Shaver, P. R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1092-1106.
- Miers, A. C., Blöte, A. W., Bögels, S. M., & Westenberg, M. P. (2008). Interpretation bias and social anxiety in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1462- 1471.
- Orsillo, S. M. (2002). Social phobia: A brief overview and guide to assessment. In M. M. Antony, S. M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Practitioner's guide to empirically based measures of anxiety* (pp. 165-185). New York: Kluwer Academic Publisher.
- Pineles, S. L., & Mineka, S. (2005). Attentional biases to internal and external sources of potential threat in social anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 314-318.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 741-756.
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24, 737-767.
- Rodebaugh, T. L. (2006). Self-efficacy and social behavior. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1831-1838.
- Schultz, L. T., & Heimberg, R. G. (2008). Attentional focus in social anxiety disorder: Potential for interactive processes. *Clinical Psychology Review*, 28, 1206-1221.
- Starcevic, V. (2005). *Social anxiety disorder (social phobia). In a anxiety disorders in adults: A clinical guide*. 1st edition. Oxford University Press.
- Taylor, C. T., & Alden, L. E. (2005). Social interpretation bias and generalized social phobia: The influence of developmental experiences. *Behavior Research and Therapy*, 43, 759-777.
- Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: Changes during treatment and relationship to outcome. *Behavior Research and Therapy*, 43, 373-389.
- Woody, S. R. (1996). Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 61-69.
- Woody, S. R., Chambless, D. L., & Glass, C. R., (1997). Self-focused attention in treatment of social social phobia. *Behavior Research and Therapy*, 35, 117-129.