

Research Paper



Presenting a Structural Model of Social Anxiety Disorder Based on the Components of Childhood Trauma and Insecure Attachment Style with the Mediation of Metacognitive Beliefs



Mojtaba Nadri ¹, Masoud Sadeghi ^{2*}, Fatemeh Rezaei ²

1. PhD Student in Psychology, Faculty of Literature and Humanities Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran.
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities Sciences, Lorestan University, Khorramabad, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16507

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.17.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16507)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16507.html



ARTICLE INFO

Keywords:

social anxiety disorder, childhood traumas, insecure attachment style, metacognitive beliefs.

Received: 2022/10/14

Accepted: 2022/11/06

Available: 2023/08/21

ABSTRACT

The purpose of this research was to Developing a structural equation model of social anxiety disorder based on the components of childhood trauma and insecure attachment style with the mediation of metacognitive beliefs. The research design was correlational and structural equations. The statistical population of the research included all students of the Islamic Azad University of Olom-tahghighat in the academic year of 2021-2022 in Tehran province which were selected as a multi-stage random sampling. The number of 306 people who scored above 40 based on the entry and exit criteria were selected as a sample. To collect data, Mohammad Khani's Traumatic Experiences Questionnaire (2003), Hazen and Shaver's Attachment Style Questionnaire (1987), Wells' Metacognitive Beliefs (2003) and Connor's Social Anxiety Questionnaire (2000) were used. Then, the obtained data were entered into the structural equation hypothesis model. In order to analyze the obtained data, SPSS19 and AMOS24 software were used. The results of the model analysis showed that the hypothetical research model has a good fit with the data. Predictive variables of childhood traumas and insecure attachment style directly ($\beta=0/34$), ($\beta=0/21$) and indirectly with the mediation of metacognitive beliefs ($\beta=0/07$), ($\beta=0/15$) had a positive and significant effect on social anxiety disorder ($p<0/01$). Also, metacognition had a direct effect ($\beta=0/39$) on social anxiety disorder ($p<0/01$). The results of the research indicate that childhood injuries and insecure attachment style can be strong predictors of social anxiety disorder, and in the meantime, metacognition as a mediating variable is a part of the influencing process in the form of Taking symptoms of social anxiety disorder. It is recommended to hold educational workshops in the field of childhood injuries, insecure attachment styles and metacognitive beliefs, and also therapeutic interventions should address these factors.



* Corresponding Author: Masoud Sadeghi

E-mail: sadeghi.m@lu.ac.ir

مقاله پژوهشی



ارائه مدل ساختاری اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مولفه‌های آسیب‌های دوران کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با میانجی‌گری باورهای فراشناخت



مجتبی ندری^۱، مسعود صادقی^{۲*}، فاطمه رضایی^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16507

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.17.7](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16507)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16507.html



مشخصات مقاله

چکیده

کلیدواژه‌ها:

اختلال اضطراب اجتماعی،
تروماهای کودکی، سبک
دلبستگی ناایمن، باورهای
فراشناخت

هدف از پژوهش حاضر ارائه مدل ساختاری اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس مولفه‌های آسیب‌های دوران کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با میانجی‌گری باورهای فراشناخت بود. طرح پژوهشی، همبستگی و به شیوه معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در استان تهران بودند که به صورت نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب گردیدند. پس از تکمیل پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور، تعداد ۳۰۶ نفر که بر اساس معیارهای ورود و خروج، نمره بالای ۴۰ را بدست آورده بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های تجارب آسیب‌زای محمدزای (۲۰۰۳)، پرسش‌نامه سبک‌های دلبستگی هازن و شیور (۱۹۸۷)، باورهای فراشناخت ولز (۲۰۰۳) و پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور (۲۰۰۰) استفاده شد. سپس داده‌های به دست آمده وارد مدل مفروضه معادلات ساختاری گردید. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از نرم افزار SPSS19 و AMOS24 استفاده شد. نتایج تحلیل مدل نشان داد که مدل فرضی پژوهش با داده‌ها برازش مطلوبی دارد. متغیرهای پیش‌بین تروماهای کودکی و سبک دلبستگی ناایمن به صورت مستقیم ($\beta=0/34$)، ($\beta=0/21$) و غیرمستقیم با میانجی‌گری باورهای فراشناخت ($\beta=0/15$) ($\beta=0/07$) بر اختلال اضطراب اجتماعی دارای تاثیر مثبت و معنادار بودند ($p<0/01$). همچنین فراشناخت دارای تاثیر مستقیم ($\beta=0/39$) بر اختلال اضطراب اجتماعی بود ($p<0/01$). نتایج پژوهش حاکی از آن است که آسیب‌های دوران کودکی و سبک دلبستگی ناایمن می‌توانند پیش‌بین‌های قوی در اختلال اضطراب اجتماعی باشند و در این میان فراشناخت به عنوان متغیر میانجی بخشی از فرآیند اثرگذاری در شکل‌گیری نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی است. برگزاری کارگاه‌های آموزشی در زمینه آسیب‌های دوران کودکی، سبک‌های دلبستگی ناایمن و باورهای فراشناخت توصیه می‌گردد و همچنین مداخلات درمانی باید به این عوامل بپردازند.

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۷/۲۲

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۸/۱۵

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۵/۳۰

* نویسنده مسئول: مسعود صادقی
sadeghi.m@lu.ac.ir
ایانامه:

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی^۱ (SAD) یا هراس اجتماعی به عنوان یک اختلال از طبقه اختلالات اضطرابی، از رایج‌ترین بیماری‌های روان‌شناختی است (گارسیا-لوپز، البور، بیدل، آلبانو، ترنر و روسا ۲۰۰۶). اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان ترس پایدار از ارزیابی منفی شناخته می‌شود که به طور معمول با پریشانی شدید یا اجتناب از موقعیت‌هایی که فرد توسط دیگران مورد ارزیابی قرار می‌گیرد، نمایان می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا ۲۰۱۳). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از امکان ارزیابی منفی دیگران نگرانی شدیدی دارند و هر قدر احساس آسیب‌پذیری آنها بیشتر باشد، سطح اضطرابشان بیشتر می‌گردد. این گونه افراد قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی را آزاردهنده می‌دانند و تا جایی که بتوانند از این موقعیت‌ها اجتناب می‌نمایند (ویکس، هاول و گلدین ۲۰۱۹). آنها همچنین از طیف وسیعی از تعاملات اجتماعی مانند مکالمه با افراد غریبه و پیوستن به گروه‌ها می‌ترسند. این تظاهرات اغلب در طول زمان بسیار مزمن بوده و با طیف گسترده‌ای از مشکلات روانی از جمله چالش‌ها در روابط با والدین، همسالان و موضوعات مربوط به مدرسه، مرتبط هستند (لی و کلارک ۲۰۱۸). شیوع کلی این اختلال تقریباً ۱۳٪ است (انجمن روان‌شناسی آمریکا ۲۰۰۰) و بعد از اختلال افسردگی اساسی و وابستگی به الکل در جایگاه سوم قرار دارد (نیکلسون ۲۰۰۸). آخرین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-V) نرخ شیوع ۱۲ ماهه اختلال اضطراب اجتماعی در مردم آمریکا را حدود ۷٪ اعلام می‌کند. نرخ شیوع ۱۲ ماهه در کودکان و نوجوانان تقریباً شبیه به نرخ شیوع در بزرگسالان است. در مورد بزرگسالان مسن‌تر، نرخ شیوع ۱۲ ماهه بین ۲ تا ۵ درصد است (گنجی ۱۳۹۴). این میزان در کشورهای توسعه‌یافته و پردرآمد نسبت به کشورهای کمتر توسعه یافته و کم درآمد بیشتر است (استین، لیم، روست و جانگ ۲۰۱۷). میانگین سنی شروع SAD از اوایل تا اواسط بلوغ است (متوسط ۱۵ سالگی)، اما می‌تواند در کودکان بسیار کوچکتر نیز رخ دهد (کسلر، پتوخووا، سمپسون، زاسلافسکی و ویچن ۲۰۱۲). در صورت عدم درمان، اختلال اضطراب اجتماعی یک دوره مزمن را طی می‌کند (بیتنر، ایگر، ارکانلی، جین کاستلو و همکاران ۲۰۰۷). اکثر مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی از یک رویداد واحد یا یک تجربه مداوم اجتماعی خبر می‌دهند، که معمولاً بر محور تحقیر، طرد و انتقاد استوار است (بورنسون، هاردسون و همکاران ۲۰۲۰). افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، از موقعیت‌هایی مانند شرکت در گروه، انجام کار تحت نظارت فرد یا افراد دیگر و صحبت یا سخنرانی در جمع واهمه دارند (بلوتی، مایرز،

وندنبوس و وشتنبرگ ۲۰۱۹). مطالعات مختلف گزارش کرده‌اند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دارای تحریف سیستماتیک ناسازگار در پردازش اطلاعات و نقایص مختلف عاطفی مرتبط با SAD هستند (کلارک و ولز ۱۱، ۱۹۹۵؛ موریس و فیلد ۱۲، ۲۰۰۸). افراد مبتلا شدت بیشتری از احساسات منفی (کارسی، هورش، اپتر، ادج و گراس ۱۳، ۲۰۱۰)، دانش هیجانی کمتر و اختلال در شناخت احساسات را نشان داده‌اند (اتول، هاگارد و منین ۱۴، ۲۰۱۳؛ مافسن و فلورین ۱۵، ۲۰۰۲). علاوه بر این اضطراب اجتماعی بالا می‌تواند با اختلالات روانی-اجتماعی قابل توجه و کاهش کیفیت زندگی همراه باشد (گینزبرگ، لاگرسا و سیلورمن ۱۶، ۱۹۹۸؛ ویچن، فوج، سانتاگ، مولر و لیوویتز ۱۷، ۲۰۰۰). همچنین کمبود توجه، تفسیر و قضاوت در افراد مبتلا به SAD گزارش شده است (کلارک و ولز ۱۹۹۵؛ موریس و فیلد ۲۰۰۸). با توجه به مشکلاتی که به واسطه اختلال اضطراب اجتماعی برای فرد ایجاد می‌شود، شناسایی مکانیزم‌های زیربنایی درگیر در اختلال اضطراب اجتماعی به منظور کمک به رفع مناسب مشکلات افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از اهمیت بسیار مهمی برخوردار است. پژوهش‌های بالینی و اپیدمیولوژی نقش فرایندهای زیستی، شناختی و اجتماعی را در شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی ثابت کرده‌اند (پینتو، کاستلو و آنا ۱۸، ۲۰۰۶) عوامل مختلفی مانند تروماهای کودکی ۱۹، سبک دلبستگی ۲۰، ناایمنی، باورهای فراشناخت ۲۱، و وجود مشکلاتی در سوگیری توجه و نقص در شناخت و هیجان می‌توانند نقش مهمی در ایجاد و تداوم این اختلال داشته باشند (فاتوح، حداد، سلامه، ساکر و همکاران ۲۲، ۲۰۲۲؛ آورامچک، پلیواچک و سووالو ۲۳، ۲۰۲۲؛ نوردال، آنیان، هیمدال و همکاران ۲۴، ۲۰۲۲؛ کنراد، فورسترنر، چانگ، ماک و جیسر ۲۵، ۲۰۲۱؛ کایا و آیدین ۲۶، ۲۰۲۰؛ احمد-لیتو، روزن‌استین، مارکزا، یونگا، کارتب و سید ۲۷، ۲۰۱۹؛ نیکولاس، آلمانا، کوپرا، نیکول و همکاران ۲۸، ۲۰۱۸؛ جی کیکا و ویتکوفسکی ۲۹، ۲۰۱۷؛ تمنایی فر و صنعت کار ۳۰، ۲۰۱۷؛ مایرز و ولز ۳۱، ۲۰۱۵).

10. Blöte, Miers, Van den Bos & Westenberg
11. Clark, Wells
12. Morris, Field
13. Karsi, Horsh, Opter, Edge, Gross
14. Atoll, Haggard, Manin
15. Mafsen, Florin
16. Ginsberg, Lagersa, Silverman
17. Vichen, Fuchs, Santag, Müller, Libowitz
18. Pinto, Costello, Anna
19. Adverse childhood experiences
20. Attachment style
21. Metacognitive beliefs
22. Fattouh, Haddad, Salameh, Sacre & et al
23. Avramchuk, Plevachuk, & Suvalo
24. Nordahl, Anyan, Hjemda & et al
25. Conrad, Forstner, Chang, Mack, Jessor
26. Kaya and Aydin
27. Ahmed-Lito, Rosenstein, Marxa, Yonga, Karteb, Sida
28. Nicholas, Germany, Cooper, Nicole & et al
29. Gkika, Vitkovsky
30. Tamnaei Far and Sanat Kar
31. Myerse & Wells

1. Social Anxiety Disorder (SAD)
2. Garcia-Lopez, Olivare, Beidel, Albano, Turner & Rosa
3. American Psychiatric Association
4. Weeks, Howell, Srivastav & Goldin
5. Leigh and Clark
6. Stein, Lim, Roest, Jonge
7. Kessler, Angmeier, Anthony, DeGraph & et al
8. Stein, Lim, Roest, Jonge
9. Bjornsson, Hardarson, et al

می‌دهد که این افراد تجارب کودکی مرتبط با سواستفاده‌های عاطفی و یا بی‌توجهی را گزارش می‌دهند. علاوه بر سواستفاده‌های عاطفی و غفلت، مطالعات حاکی از ارتباط بین سواستفاده‌های جنسی در کودکی و ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در بزرگسالی است (پریبور و دی‌ویندل، ۱۹۹۲). گزارش‌ها حاکی از نرخ بالای بزرگسالان با اختلال اضطراب اجتماعی که در کودکی مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند نسبت به گروه کنترل را دارند (افراد با اختلال اضطراب اجتماعی: ۴۶ درصد، گروه کنترل سالم: ۳ درصد) (بنده‌لو، تورنته، ویدی‌کاین، بروکس و هاژاک، ۲۰۰۴).

یکی دیگر از عوامل دخیل در به وجود آمدن اختلال اضطراب اجتماعی سبک‌های دلبستگی فرد است (فاتوح، حداد، سلامه، ساکر و همکاران، ۲۰۲۲؛ تمنای‌فر و صنعت‌کار، ۲۰۱۷). پژوهش‌های متعدد، رابطه بین دلبستگی و آسیب‌شناسی روانی در دوره کودکی، نوجوانی و بزرگسالی را بررسی کرده‌اند (کنراد و همکاران، ۲۰۲۱؛ کایا و آیدین، ۲۰۲۰؛ تمنای‌فر و صنعت‌کار، ۲۰۱۷). نتایج این پژوهش‌ها به طور کلی نشان دهنده اهمیت انکارناپذیر دلبستگی به عنوان یک عامل اساسی در سلامت روانی افراد است (مورلی و موران، ۲۰۱۱). مفهوم دلبستگی ارزش و قدرت رابطه ایجاد شده بین فرزندان و والدین آنها، نحوه شکل‌گیری این رابطه و اینکه کیفیت این رابطه چگونه می‌تواند بر رشد سالم کودکان تأثیر بگذارد را در نظر می‌گیرد (اروزکن، ۲۰۰۹). طبق تئوری دلبستگی، افراد ساختارهای شناختی یا مدل‌های کاری را توسعه می‌دهند که نمایان‌گر میزان اعتماد آنها به افراد مهم در زندگی خود است. تحقیقات گذشته نشان داده است که سبک دلبستگی یک واقعیت جامع، تأثیرگذار و تعیین‌کننده در زندگی انسان، به ویژه زندگی اجتماعی او است (پرون و رایت، ۲۰۱۰). به عقیده بالبی (۱۹۷۳) بسیاری از اشکال روان‌آزردگی‌ها و اختلالات شخصیت، نتیجه محرومیت کودک از مراقبت با کیفیت و یا عدم ثبات رابطه‌ی کودک با چهره دلبستگی است. سبک‌های دلبستگی نالایمن، محصولی از تجربه‌های فقدان با نوسان، در دسترسی به موضوع دلبستگی‌اند. سبک دلبستگی اجتنابی ناشی از نوعی تجربه عدم دسترسی است که می‌توان ظهور و بروز آن را در بروز اختلالات روانی مشاهده نمود (براماریو و کرنز، ۲۰۱۰). در خصوص اضطراب پژوهش‌هایی رابطه بین اضطراب و سبک‌های دلبستگی را بررسی کرده و به این نتیجه دست یافته‌اند که افرادی که دارای دلبستگی ایمن بوده، اضطراب کمتری را نسبت به گروه نالایمن نشان می‌دهند و نیز سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا به طور معنی‌داری با علائم اضطراب همبستگی دارند (ماناسیس، بردلی و گلدبرگ، ۱۹۹۴؛ پریستو، ۲۰۱۲؛ براون و وایت ساید، ۲۰۰۸). در مطالعه واینی^{۱۸} و

یکی از متغیرهای پایه‌ای و اساسی در شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی تروماها یا تجارب آسیب‌زای اولیه می‌باشد (آورامچک، پلیواچک و سووالو، ۲۰۲۲؛ احمد-لیتو و همکاران، ۲۰۱۹). در سال‌های اخیر تعداد زیادی از پژوهش‌گران به بررسی ارتباط بین تجارب آسیب‌زای اولیه و اختلال اضطراب اجتماعی پرداخته و نشان داده‌اند که تجارب آسیب‌زای اولیه می‌تواند موجب افزایش احتمال ابتلای فرد به اختلال اضطراب اجتماعی در آینده گردد (احمد-لیتو و همکاران، ۲۰۱۹؛ هیمبرگ، بروزیچ و ری، ۲۰۱۰). تجارب آسیب‌زا عبارت است از رویدادها و تجارب شخصی و اجتماعی آسیب‌زایی که یکپارچگی روانشناختی فرد را تهدید می‌کند و می‌تواند صدمات جسمی، هیجانی و روانشناختی شدیدی در فرد ایجاد کند (کونن، روبرتز، استون و داون، ۲۰۱۰). مدل‌های اخیر SAD نشان می‌دهد که گسترش اختلال اضطراب اجتماعی نتیجه‌ی یک آسیب‌پذیری بیولوژیکی همراه با تجارب منفی یادگیری اجتماعی است (کلارک و ولز، ۱۹۹۵؛ هیمبرگ و همکاران، ۲۰۱۰؛ ری و هیمبرگ، ۱۹۹۷). یافته‌های مطالعات خانوادگی نشان‌دهنده ارتباط قوی بین اضطراب اجتماعی در والدین و فرزندان است (لیب، ویچن، هافلر، فوچ و همکاران، ۲۰۰۰؛ بوگلز، ون اوستن، موریس و اسمالدر، ۲۰۰۱) و مطالعاتی که در حوزه اختلالات خلقی انجام گرفته است ارتباط بین خلق مهار شده در کودکی و رشد اضطراب اجتماعی در نوجوانی را نشان می‌دهد (بیدرمن، بکر، روزنبا، هیروت و همکاران، ۲۰۰۱؛ شوارتز، اسنیدمن و کاگان، ۲۰۰۰). تأثیر تجارب یادگیری اجتماعی به عنوان یک عامل کلیدی محیطی در ایجاد این بیماری مطرح شده است و مورد توجه تجربی زیادی قرار گرفته است (ری و هیمبرگ، ۱۹۹۷). مطالعات آینده‌نگر نشان داده است که محافظت بیش از حد والدین، طرد شدن و فقدان صمیمیت بین اعضای خانواده با به وجود آمدن اختلال اضطراب اجتماعی ارتباط دارد (لیب و همکاران، ۲۰۰۰؛ کناپه، بسدو، فهم، لیبو و ویچن، ۲۰۰۹). مطالعات مربوط به آسیب‌های دوران کودکی در SAD نشان می‌دهد که سوء استفاده عاطفی والدین نسبت به کودک (به عنوان مثال: فحش، توهین، تحقیر و پرخاشگری غیرجسمی) و غفلت عاطفی (محرومیت عاطفی، عدم احساس خاص بودن، بودن در یک محیط پرورشگاهی) ممکن است از عوامل مهم در توسعه SAD باشد. به عنوان مثال در مقایسه زنان دارای سطوح اختلال اضطراب اجتماعی با یک نمونه غیر بالینی، زنان دارای اضطراب اجتماعی به طور قابل توجهی طرد پدانه، غفلت پدر و مادر و نظم و انضباط سختگیرانه پدر را گزارش کردند (لیبل، کرونوسکی و داتن، ۱۹۹۰). در مطالعه دیگری لیبتال (۲۰۰۰) دریافت که طرد والدین با اضطراب اجتماعی در یک نمونه از نوجوانان ارتباط دارد. مطالعات بر روی بزرگسالان مبتلا به SAD همچنین نشان

9. Pribor and De Windel
10. Bandehlu, Torrent, Videikind, Brooks, Hajak
11. Morley and Moran
12. Erozken
13. Peron and Wright
14. Bramario & Cornce
15. Manasis, Bradley, Goldberg
16. Prispto
17. Brown, Whiteside
18. Wienie

1. Himberg, Brusovich, Rapee
2. Koenen, Roberts, Stone, Dunn
3. Lieb, Vichen, Huffler, Fuchs & et al
4. Boggles, Van Austen, Morris, Smalder
5. Biedermann, Becker, Rosenbaum, Hirot & et al
6. Schwartz, Snowden and Kagan
7. Knape, Besdo, Fahm, Libo, Vichen
8. Labels, Kronowski and Dutton

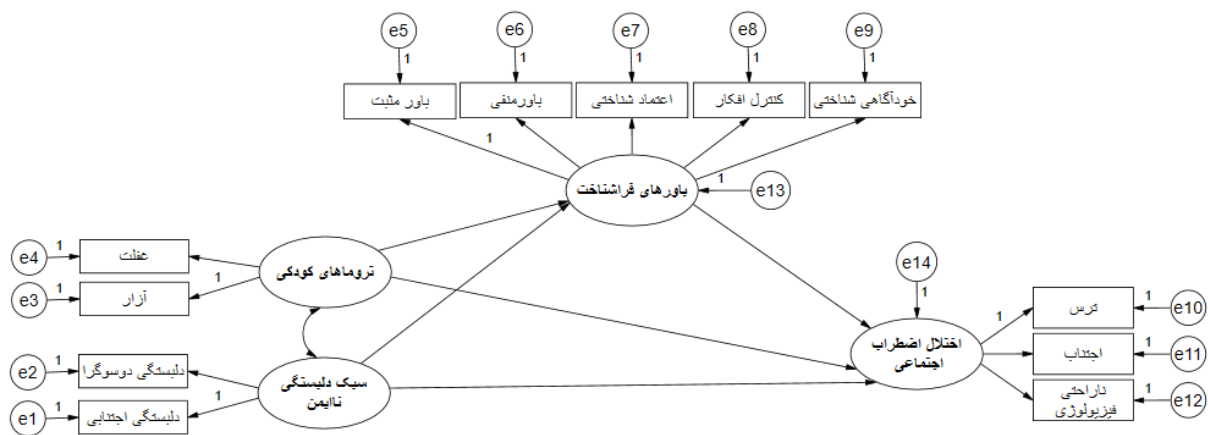
همکاران (۲۰۰۱) که بر روی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی انجام گرفت، افرادی که دارای سبک دلبستگی ناایمن اجتنابی و دوسوگرا بودند نسبت به افراد با سبک دلبستگی ایمن، افسردگی بیشتر، رضایت از زندگی کم تر و اضطراب اجتماعی بیشتری را نشان دادند.

عامل بسیار مهم و تاثیرگذار دیگر بر عملکرد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، مفهوم باورهای فراشناختی است (نوردهال، آیان، هیمدال و همکاران، ۲۰۲۲؛ جی کیکا و ویتکوفسکی، ۲۰۱۷). روانشناسی فراشناخت، حوزه اندیشه‌گری نوینی است که پیشینه آن به دهه ۱۹۷۰ می‌رسد. فلاول ۱ نخستین کسی بود که در سال ۱۹۷۹ اصطلاح فراشناخت را مطرح کرد. فراشناخت شامل دانشی پایدار در مورد باورهای مربوط به نظام شناختی و دانش مربوط به عواملی است که کارکرد، فراشناخت را تحت تاثیر قرار داده، حالت شناختی جاری را تنظیم نموده و منجر به آگاهی از آن می‌شود (اسپادا، جورجیو و ولز، ۲۰۰۸). فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم در برگیرنده دانش‌ها، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و یا کنترل می‌کند (ولز، ۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۲). مدل‌های شناختی در زمینه اضطراب اجتماعی به این نتیجه رسیده‌اند که تصویر ذهنی منفی فرد از خودش، عامل اصلی و کلیدی در ایجاد و تداوم این اختلال است. از طرفی دیگر، پژوهش‌ها بر تاثیر مخرب تصویرسازی ذهنی منفی بر سلامت و ایجاد اختلال‌های اضطرابی از جمله اضطراب اجتماعی تاکید دارند (پیکت، ۲۰۱۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی با سوگیری‌هایی در موارد زیر مشخص می‌شوند: تغییر منفی وقایع بیرونی و پردازش متمرکز بر خود، استفاده از اطلاعات درونی برای ساختن یک طرز فکر در مورد اینکه از دید دیگران چگونه به نظر می‌رسند، یادآوری اطلاعات منفی در مورد عملکردهای خود و همچنین تنوعی از پردازش‌های پس از واقعه و پیش‌بینی شکست قبل از رویارویی با موقعیت (کلارک و مک‌مانوس، ۲۰۰۲). افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اطلاعات محیط اجتماعی را به صورت انتخابی و تحریف شده پردازش می‌کنند و در این زمینه خطاهای شناختی بیشتری از خود نشان می‌دهند. این خطاها ممکن است در زمینه توجه، حافظه و یا تعبیر و تفسیر اطلاعات باشد که معمولاً به صورت ترکیبی با همدیگر تعامل می‌کنند (لی و تلچ، ۲۰۰۸).

علاوه بر نقش مستقیمی که باورهای فراشناخت در به وجود آمدن اختلال اضطراب اجتماعی دارد این متغیر می‌تواند به عنوان متغیر میانجی در رابطه بین تروما و سبک دلبستگی نقش ایفا کند. تحقیقات پیشین بر نقش میانجی باورهای فراشناخت در رابطه بین ترومای دوران کودکی و نشانه‌های اختلالات روانی مانند اختلال اضطراب اجتماعی تاکید نموده اند (مایرز و ولز، ۲۰۱۵؛ ریس و هرمان، ۲۰۰۸). توانایی‌های فراشناختی کلی، در اوایل کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرد به طوری که حتی برخی از توانایی‌های فراشناختی ناآشکار در نوزاد دو ماهه رشد یافته است (برینک،

۲۰۱۳). بنابراین منطقی است که عقاید فراشناختی مرتبط با اختلالات روان شناختی نیز در اوایل کودکی شکل بگیرد؛ به این صورت که تجربه رویدادهای تروماتیک آسیب‌زا در اوایل کودکی منجر به شکل‌گیری عقاید فراشناختی مثبت و منفی و سندرم شناختی- توجهی می‌شود (مایرز، ولز، ۲۰۱۵). به طوری که در مطالعه اسکارپا، ویلسون، ولز، پاتریک، تاناکا^۵ (۲۰۰۹)، سوءاستفاده دوران کودکی علاوه بر اثر مستقیم آن، اثر غیرمستقیمی نیز از طریق راهبردهای کنترل افکار بر نشانه‌های اضطراب داشت. همچنین در ارتباط سبک‌های دلبستگی و باورهای فراشناخت، نتایج تحقیق اسلامی و علیزاده (۱۳۹۷) نشان داد که آزمودنی‌های دارای سبک دلبستگی ناایمن بیشتر از مکانیزم‌های باورهای شناختی مختل و ناکارآمد و نوریتیک استفاده می‌کنند. فقدان اعتماد به خود از مشخصه اصلی افراد ناایمن است. فقدان اعتماد به خود با تحلیل بنیادهای درون روانی قدرت مواجهه مطلوب با موقعیت‌های تنیدگی‌زا استیصال و درماندگی روانشناختی را به فرد ناایمن تحمیل می‌کند. این استیصال و درماندگی به نوبه خود بر حسب تجربه‌های نامطلوب، به احساس حقارت و اضطراب شخص دامن می‌زند و ناتوانی فرد را در بکارگیری مکانیزم‌های شناختی کارآمد فراهم می‌سازد. همچنین افراد دلبسته ناایمن از قدرت اکتشاف‌گری کمتری برخوردارند. اختلال رفتار اکتشاف‌گری در فرایند تحول، جسارت و انعطاف پذیری فرد ناایمن را تحلیل می‌برد و فرصت‌های آزمون‌گری و تجربه‌آموزی جهت باورها و مکانیزم‌های فراشناختی فرد را باز می‌ستاند (اسلامی و علیزاده، ۱۳۹۷). با توجه به بررسی‌های صورت گرفته و نتایج بدست آمده از پژوهش‌های گذشته، در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی وجود مولفه‌های آسیب‌های دوران کودکی، سبک دلبستگی ناایمن و باورهای فراشناخت مشاهده شده است، ولیکن مطالعات پیشین با هدف بررسی روابط مستقیم و همبستگی متغیرها با اختلال اضطراب اجتماعی انجام شده و نقش میانجیگری باورهای فراشناخت مورد غفلت قرار گرفته است. همچنین مطالعه ای که تاثیر متغیرهای پژوهش را به طور همزمان و در قالب مدل بررسی کرده باشد مشاهده نشد. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر، تدوین مدل اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس متغیرهای برونزاد آسیب‌های دوران کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با میانجی‌گری باورهای فراشناخت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود.

1. Flavell
2. Spada, Georgiou & Wells
3. Pictet
4. Lee and Telch



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تجارب آسیب‌زای دوران کودکی: این پرسشنامه توسط محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) تدوین و طراحی شده است که شامل ۳۸ گویه می‌باشد و دو بعد غفلت و آزار (آزار جسمی، جنسی و عاطفی) را اندازه‌گیری می‌کند. مقیاس غفلت شامل سوالات ۱۵ تا ۲۵ و مقیاس آزار شامل بقیه سوالات پرسشنامه می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری به این صورت است که ابتدا پاسخ به سوالات ۱، ۴، ۵، ۸، ۱۵، ۱۹، ۲۲، ۲۴، ۳۳، ۳۷ باید معکوس شود و سپس پاسخ‌های آزمودنی‌ها براساس طیف لیکرت ۴ درجه-ای از هرگز (نمره صفر) تا همیشه (نمره ۳) نمره‌گذاری می‌شود. محمدخانی و همکاران (۲۰۰۳) برای بررسی پایایی مقیاس مذکور از روش آلفای کرونباخ و روش آزمون بازآزمون استفاده کردند. در پژوهش آنها ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه کودک‌آزاری ۰/۹۲ محاسبه گردید. همچنین آنها ضریب همبستگی آزمون-بازآزمون برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را از ۰/۷۹ تا ۰/۸۹ بدست آوردند (رستمی و همکاران، ۱۳۹۴). پایایی پرسشنامه موردنظر در پژوهش حاضر با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۳۸ بود.

پرسشنامه سبک دلبستگی بزرگسالان: این مقیاس توسط هازن و شیور ۱۹۸۷ تهیه شده است و در ایران توسط رحیمیان و همکاران (۱۳۸۳) بر روی پرستاران بیمارستان‌های دولتی شهر اصفهان هنجاریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۵ گویه است که به هر یک از سه سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا ۵ گویه تعلق می‌گیرد. نمرات خرده مقیاس‌های هرگز (۰) تا تقریباً همیشه (۴) صورت می‌گیرد. نمرات خرده مقیاس‌های دلبستگی توسط میانگین ۵ سوال هر خرده مقیاس به دست می‌آید و بدین صورت که برای تعیین سبک دلبستگی هر فرد ارزش‌های عددی گویه‌های مرتبط هر سطر با یکدیگر جمع و بر ۵ تقسیم می‌شود از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا سوالاتی را انتخاب کنند که سبک مشخص آنها را در روابط نزدیک بهتر توصیف می‌کند. تحلیل عاملی پرسشنامه هزن و شیور (۱۹۸۷) توسط کولینز و رید (۱۹۹۰) به استخراج سه عامل عمده دلبستگی

روش

روش تحقیق در پژوهش حاضر، همبستگی و از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در استان تهران بودند که به صورت نمونه گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب گردیدند. پس از تکمیل پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور، تعداد ۳۰۶ نفر که بر اساس معیارهای ورود و خروج، نمره بالای ۴۰ را بدست آورده بودند به عنوان نمونه انتخاب شدند. تعیین حداقل حجم نمونه برای گردآوری داده‌های مربوط به مدل‌یابی معادلات ساختاری از اهمیت زیادی برخوردار است. میرز، گامست و گارینو (۲۰۰۶) معتقدند که به ازای هر متغیر اندازه-گیری شده یا پیش‌بین بایستی حداقل تعداد ۱۰ نفر در نظر گرفته شود. همچنین کلاین (۲۰۱۰) مدعی است که حداقل حجم نمونه ۲۰۰ نفر می‌تواند قابل دفاع باشد. با توجه به اینکه تعداد متغیرهای اندازه‌گیری شده در این پژوهش ۱۲ متغیر است تعداد ۱۲۰ مورد نمونه کفایت می‌کرد ولیکن به منظور بالا بردن دقت اندازه‌گیری و برازش دقیق تر مدل تعداد ۳۰۶ نفر در نظر گرفته شد. ملاک‌های لازم برای ورود به پژوهش عبارت بودند از ۱- کسب نمره بالای نقطه برش ۴۰ در پرسشنامه اختلال اضطراب اجتماعی ۲- دامنه‌ی سنی بین ۱۸-۵۰ سال ۳- تمایل و رضایت آگاهانه برای ورود به طرح پژوهشی. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل سومصرف مواد، داشتن بیماری‌های خاص، نارضایتی و همکاری نکردن دانشجویان و وجود پرسشنامه‌های ناقص بود. ملاحظات اخلاقی که در پژوهش حاضر در نظر گرفته شد، شامل حضور داوطلبانه، نامشخص بودن نام افراد شرکت کننده، کسب رضایت آگاهانه و تعهد به حفظ اسرار شرکت کنندگان بود. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی به منظور بررسی روابط بین متغیرها از همبستگی و روش معادلات ساختاری استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار spss19 و amos24 استفاده شد.

همبستگی دنیسه آزمون ۰/۷۶ و ضریب همبستگی اسپیرمن را ۰/۹۱ گزارش کرده است. همچنین همسانی درونی در زیرمقیاس‌های ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۵ و ۰/۷۵ به دست آمده است (حسنوندعموزاده و همکاران، ۱۳۸۶). در پژوهش قدم پور، محمدخانی و حسنی (۱۳۹۸)، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴، و برای زیر مقیاس‌های ترس ۰/۹۲، اجتناب ۰/۹۴ و ناراحتی فیزیولوژی ۰/۸۹ گزارش شده است. در این پژوهش پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷۳ بود.

روند اجرا

روند اجرای پژوهش به این صورت بوده که پس از مشخص شدن جامعه آماری و تعداد نمونه پژوهش، پرسشنامه‌های پژوهش در محل دانشکده‌ها و کلاس درس (با هماهنگی عوامل مربوطه) بین دانشجویان توزیع شد تا نسبت به تکمیل ابزارهای پژوهش اقدام کنند. قبل از توزیع پرسشنامه‌ها راجع به اهمیت پژوهش علمی و وابسته بودن آن به صحت و صداقت در تکمیل ابزارهای پژوهش به دانشجویان اطلاعاتی در فضایی احترام‌آمیز منتقل شد. همچنین تأکید شد که نام و نشان افراد بررسی نمی‌شود و سایر اطلاعات نیز محرمانه خواهد ماند. همچنین از دانشجویان خواسته شد تا پرسشنامه‌ها را بعد از تکمیل در جعبه‌ای که به منظور جمع‌آوری پرسشنامه‌های پژوهش در نظر گرفته شده بود، بیاورند.

نتایج

در این پژوهش ۳۰۶ نفر حضور داشتند. میانگین سن این افراد ۲۳/۴۲ سال و انحراف استاندارد آن ۴/۶۵ بوده است. از این تعداد ۱۷۰ نفر زن و ۱۳۶ نفر مرد بودند. ۵۴ نفر در رشته‌های کشاورزی، ۵۶ نفر در رشته‌های مدیریت، ۶۵ نفر در رشته‌های علوم پایه، ۷۰ نفر در رشته‌های علوم انسانی و ۶۱ نفر در رشته‌های فنی و مهندسی مشغول به تحصیل بودند. شاخص‌های توصیفی، چولگی و کشیدگی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول شماره یک آمده است:

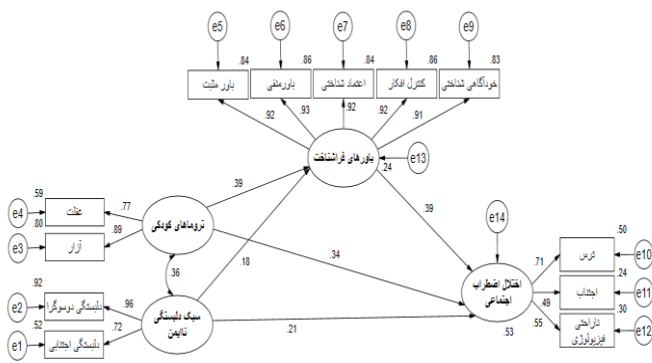
جدول ۱: آمار توصیفی، کشیدگی و چولگی متغیرهای پژوهش

میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشیدگی
سبک دلبستگی اجتنابی	۹/۷۱	۲/۵۶۸	۰/۱۷۰
سبک دلبستگی دوسوگرا	۱۰/۴۹	۲/۴۰۸	۰/۰۳۱
نمره کل سبک دلبستگی	۲۰/۱۳	۴/۵۰۱	۰/۳۰۱
ناایمن			
آزار	۳۳/۲۲	۵/۶۶۲	۰/۵۳۳
غفلت	۹/۶۲	۱/۹۱۸	۰/۷۶۲
نمره کل تروماهای	۴۲/۹۴	۷/۱۱۰	۰/۴۴۳
کودکی	۱۶/۳۹	۲/۹۹۱	۰/۵۰۱
باورهای مثبت درباره			
نگرانی	۲/۸۴۰	۰/۱۶۱	۰/۲۱۲
باورهای منفی در ارتباط	۱۶/۳۹		
با نگرانی	۲/۷۴۸	۰/۱۰۴	۰/۴۵۳
اطمینان شناختی	۱۶/۳۵	۲/۸۰۳	۰/۲۷۶
کنترل نگرانی	۱۶/۶۹	۲/۷۸۳	۰/۵۱۴
	۱۶/۸۹		

ایمن، اجتنابی و دوسوگرا منجر شد که توسط پژوهشگران به عنوان ظرفیت پیوستن به روابط صمیمی و نزدیک تفسیر می‌شود. هنز و شیور پایایی بازآزمایی کل این پرسشنامه را ۰/۸۱ و پایایی با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ را به دست آوردند. کولینز و رید هم پایایی بالایی با آلفای کرونباخ ۰/۷۸ را در مورد این پرسشنامه بدست آوردند. هنز و شیور (۱۹۸۷) روایی صوری و محتوایی را خوب گزارش نمودند و روایی سازه آن را در حد بسیار مطلوب گزارش نمودند. پایایی آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش رحیمیان و همکاران (۱۳۸۳) برای کل آزمون سبک دوسوگرا، سبک اجتنابی و سبک ایمن به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۳ و ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد که پایایی مطلوبی را نشان می‌دهد. در این پژوهش پایایی مقیاس برای سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب برابر با ۰/۸۲۱ و ۰/۸۳۲ بود.

فرم کوتاه پرسشنامه فراشناخت (MCQ-30): این پرسشنامه با ویژگی‌های روان‌سنجی مشابه فرم بلند اولیه در سال ۲۰۰۳ توسط ولز و کارترایت-هاتون ساخته شد و ابعاد فراشناختی را در پنج خرده مقیاس باورهای مثبت درباره نگرانی، اطمینان شناختی، باورهای منفی در ارتباط با نگرانی، نگرانی، کنترل و خودآگاهی بررسی می‌کند. نمره کل برای فراشناخت با مجموع نمرات زیرمقیاس‌ها به دست می‌آید و نمرات آن در دامنه ۳۰ تا ۱۲۰ قرار می‌گیرد. تحلیل عاملی نشان می‌دهد که فرم کوتاه پرسشنامه ساختار عاملی فرم بلند را حفظ کرده است. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در نمونه ایرانی نیز توسط شیرین‌زاده (۱۳۹۰) تحت بررسی قرار گرفت که ضریب همسانی درونی را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷، پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کردند. در کل نتایج حکایت از این داشت که مقیاس در جامعه ایرانی خصوصیات روان‌سنجی مطلوبی دارد. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳۴ و برای خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۲۱ تا ۰/۸۵۲ بود.

پرسشنامه اضطراب اجتماعی کانور: مقیاس اضطراب اجتماعی یک مقیاس ۱۷ گویه‌ای می‌باشد که به وسیله کانر، داویدسون، چرچیل، شروود، فوآ و وسلر (۲۰۰۰) تدوین شده است و سه زیرمقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی را می‌سنجد. خرده مقیاس ترس شامل سوالات ۱، ۳، ۵، ۱۰، ۱۴، ۱۵، خرده مقیاس اجتناب شامل سوالات ۴، ۶، ۸، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۶ و خرده مقیاس ناراحتی فیزیولوژیک شامل سوالات ۲، ۷، ۱۳، ۱۷ است. پاسخ‌های آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از به هیچ وجه (۰) تا بی‌نهایت (۴) نمره‌گذاری می‌شود. براساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰٪ و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹٪، افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا جدا می‌کند. پایایی مقیاس نیز بالا و مطلوب گزارش شده است. در ایران نیز حسنوند عموزاده (۱۳۸۶) همسانی درونی آن را با یک نمونه غیربالینی در نیمه اول آزمون ۰/۸۲ و در نیمه دوم آزمون ۰/۸۶،



شکل ۲: مدل برازش شده

به منظور بررسی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناخت در ارتباط بین آسیب‌های دوران کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با اختلال اضطراب اجتماعی از معادلات ساختاری استفاده شد. مدل مفروض بر پایه این فرض ایجاد شده است که باورهای فراشناخت در ارتباط بین آسیب‌های دوران کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با اختلال اضطراب اجتماعی نقش واسطه‌ای دارد. شاخص‌های برازش مدل در جدول ۲ آمده است:

جدول ۲: شاخص‌های برازش کلی مدل

شاخص برازش	دامنه مورد قبول	مقدار	نتیجه
AGFI	بالتر از ۰/۸	۰/۸۹۵	برازش قابل قبول
TLI	بالتر از ۰/۹	۰/۹۶۲	برازش قابل قبول
GFI	بالتر از ۰/۹	۰/۹۳۶	برازش قابل قبول
IFI	بالتر از ۰/۹	۰/۹۷۲	برازش قابل قبول
PCFI	بالتر از ۰/۵	۰/۷۰۷	برازش قابل قبول
RSMEA	کمتر از ۰/۰۸	۰/۰۷۱	برازش قابل قبول
CMIN/DF	بین ۱ تا ۳	۲/۵۲۳	برازش قابل قبول

بر اساس مندرجات جدول ۲، با ارزیابی تمام شاخص‌های برازش، شامل شاخص مجذور کای^۱، سطح معنی‌داری^۲، جذر میانگین مجذورات خطای تقریب^۳، نیکویی برازش^۴، شاخص نیکویی برازش اصلاح شده^۵، برازندگی تطبیقی^۶، شاخص توکر - لوییس^۷ و شاخص برازش افزایشی^۸، می‌توان نتیجه گرفت مدل مفروض از برازش قابل قبولی با داده‌های پژوهش برخوردار است و می‌توان برازش مدل را با توجه به شاخص‌های برازش به دست آمده قویاً تأیید کرد (میرز و همکاران، ۲۰۰۶).

در جدول ۳ ضرایب استاندارد شده مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پیش‌بین و واسطه‌ای نمایش داده شده است.

خودآگاهی	۸۲/۵۲	۱۳/۲۰۷	۰/۱۱۵	-۰/۵۵۴
نمره کل باورهای	۱۶/۴۳	۲/۶۹۵	۰/۴۷۴	۰/۰۱۵
فراشناخت	۲۱/۶۷	۲/۸۵۸	۰/۳۸۹	-۰/۳۷۵
ترس	۱۱/۵۲	۲/۳۶۷	۰/۳۸۰	۰/۵۰۶
اجتناب	۴۹/۶۵	۵/۷۹۸	۰/۶۶۸	۰/۰۳۲
ناراحتی فیزیولوژی				
نمره کل اختلال اضطراب				
اجتماعی				

پیش از تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری معادلات ساختاری ابتدا پیش فرض‌های این روش که شامل فاصله‌ای یا نسبی بودن متغیرها، نرمال بودن چند متغیره، همخطی چندگانه، استقلال خطاها و نبود داده‌های پرت چندگانه است بررسی و تأیید شد. با توجه به این که متغیرهای پژوهش با استفاده از ابزارهای فاصله‌ای سنجیده شده بودند، پیش فرض اول پژوهش که همان فاصله‌ای یا نسبی بودن متغیرها است برآورده شده است. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون‌های کجی و کشیدگی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۱ ذکر شده است. با توجه به اینکه آماره‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش همه بین ۲- و ۲+ بودند، فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید می‌شود. هم‌خطی بودن چندگانه به همبستگی‌های درونی متغیرهای برونزاد اطلاق می‌شود و همبستگی‌های بالاتر از ۰/۸ به عنوان همخطی بودن چندگانه قوی تلقی می‌شوند. در این پژوهش هیچ یک از متغیرهای برونزاد دارای همبستگی بالای ۰/۸ نبودند. همچنین برای آزمون مفروضه استقلال خطاها از آزمون دورین- واتسون استفاده شد و مقدار آن برابر با ۱/۵۷ بدست آمد که بیانگر رعایت مفروضه استقلال خطاهاست. یکی دیگر از مفروض‌های روش معادلات ساختاری عدم وجود داده‌های پرت یا دور افتاده است که روش معادلات ساختاری نسبت به وجود چنین داده‌هایی حساس است. برای بررسی داده‌های پرت از فاصله ماله‌لانوبیس استفاده شد. مقدار این شاخص بر اساس فاصله‌ای است که هر مورد از مرکز هندسی داراست. مرکز هندسی نیز بر اساس میانگین‌های مشاهده شده تعیین می‌شود. هنگامیکه این فاصله برای متغیری زیاد باشد آنگاه آن مورد دور افتاده است. بررسی‌های انجام گرفته نشان داد که در این پژوهش داده‌ی پرت وجود نداشت. با توجه به رعایت مفروضه‌ها می‌توان ضرایب مسیر و برازندگی مدل پیشنهادی بر اساس معیارهای برازندگی را ارزیابی کرد. مقدار ضرایب بتا مدل پیشنهادی در شکل ۲ آمده است.

1. Normed Chi-Squared (CMIN/DF)
2. Root means square error of approximation) RSMEA)
3. Goodness of Fit Index (GFI)
4. Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI)
5. Comparative Fit Index (CFI)
6. Tucker-Lewis Index (TLI)
7. Incremental Fit Index (IFI)

جدول ۳: برآورد ضرایب اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل

مسیر اضطراب اجتماعی از	به اثر مستقیم	اثر کل	سطح معناداری	حد بالا	حد پایین
تروماهای کودکی	۰/۳۴۱	۰/۱۵۲	۰/۴۹۳	۰/۲۴۱	۰/۰۷۵
سبک دلبستگی ناایمن	۰/۲۰۸	۰/۰۷۰	۰/۲۷۸	۰/۱۴۹	۰/۰۱۵
باورهای فراشناخت	۰/۳۸۶	---	۰/۳۸۶	---	---

با توجه به یافته‌های جدول ۳ و ضرایب استاندارد شده مدل در شکل ۲، با بررسی روابط بین متغیرها میزان ضریب بتای استاندارد مسیر تروماهای کودکی به اختلال اضطراب اجتماعی ۰/۳۴۱ است، که مثبت و معنی‌دار می‌باشد. ضریب بتای استاندارد مسیر سبک دلبستگی ناایمن به اختلال اضطراب اجتماعی برابر با ۰/۲۰۸ می‌باشد که مثبت و معنی‌دار بوده و همچنین ضریب بتای استاندارد مسیر باورهای فراشناخت به اضطراب اجتماعی ۰/۳۸۶ است که مثبت و معنی‌دار می‌باشد.

ضریب بتای مسیر غیرمستقیم بین تروماهای کودکی به اختلال اضطراب اجتماعی از طریق باورهای فراشناخت برابر با ۰/۱۵۲ می‌باشد و از آنجا که حد بالا و پایین آن به ترتیب برابر با ۰/۲۴۱ و ۰/۰۷۵ است و عدد صفر بین حد بالا و پایین قرار ندارد می‌توان نتیجه گرفت بین این دو متغیر با واسطه متغیر باورهای فراشناخت رابطه غیرمستقیم وجود دارد. همچنین ضریب بتای مسیر غیرمستقیم بین سبک دلبستگی ناایمن به اختلال اضطراب اجتماعی از طریق باورهای فراشناخت برابر با ۰/۰۷۰ می‌باشد و از آنجا که حد بالا و پایین آن به ترتیب برابر با ۰/۱۴۹ و ۰/۰۱۵ است و عدد صفر بین حد بالا و پایین قرار ندارد می‌توان نتیجه گرفت بین این دو متغیر با واسطه متغیر باورهای فراشناخت رابطه غیرمستقیم وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از این پژوهش، بررسی برازش مدل علی اختلال اضطراب اجتماعی براساس آسیب‌های دوران کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با نقش واسطه-ای باورهای فراشناخت با اختلال اضطراب اجتماعی بود تا تأثیرات مستقیم و غیرمستقیم این متغیرها بر اختلال اضطراب اجتماعی مشخص گردد. نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها حاکی از برازش قابل قبول مدل بود.

همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین تروماهای کودکی با اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مستقیم، معنی‌دار و مثبت وجود دارد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های احمد-لیتو و همکاران (۲۰۱۹)، فرخزادیان و همکاران (۱۳۹۹)، هیمبرگ و همکاران (۲۰۱۰)، کونن و همکاران (۲۰۱۰)، کلارک و ولز (۱۹۹۵)، هیمبرگ و همکاران (۲۰۱۰)، رپی و هیمبرگ (۱۹۹۷) همسو بوده است. یکی از تبیین‌هایی که برای این یافته می‌توان

ذکر کرد تبیین روانی زیستی است. طبق تحقیقات انجام گرفته استرس‌های دوره‌های اولیه زندگی فرد باعث بیش‌فعالی و تحریک‌پذیری بیشتر سیستم عصبی مرکزی و سیستم‌های دیگر انتقال‌دهنده‌های عصبی می‌شود که این در نهایت باعث افزایش پاسخ‌دهی بیش‌ازحد غدد درون‌ریز، دستگاه عصبی خودمختار و تنش‌های رفتاری می‌شود و زمانی که فرد در مراحل بعدی زندگی در معرض شرایط تنش‌زا و موقعیت‌های استرس‌آور قرار می‌گیرد دچار تنش و اضطراب می‌گردد. تبیین دیگر می‌تواند تبیین روانشناختی باشد بطوری‌که سوءاستفاده‌های دوره کودکی می‌تواند دید و نظر کودک را نسبت به خود و جهان اطراف تغییر دهد. مخصوصاً قربانی شدن در این دوره می‌تواند باعث بیش‌ازحد محتاط شدن، نگرانی بیش‌ازحد در مورد جسم خود و پیش‌بینی بیش‌ازحد خطر در مراحل بعدی زندگی شود که این خود می‌تواند ابتدا به انواع اختلالات اضطرابی خصوصاً اختلال اضطراب اجتماعی که اصلی‌ترین نشانه آن ترس و ارزیابی منفی از خود در مورد اکثر موضوعات بالقوه استرس‌زا است را در فرد پیش‌بینی کند. همچنین هرچقدر فرد در دوران کودکی مورد آزار جنسی و جسمی قرار گرفته باشد در مواجهه با شرایط سخت و دردآور زندگی، ابعادی از شخصیتش را که برایش دوست‌داشتنی نیستند مورد انتقاد سخت‌گیرانه قرار داده و به جای حمایت از خود در شرایط بحرانی، با کاستی‌هایش به ملایمت و آرامی رفتار نمی‌کند و با خود به زبانی صحبت می‌کند که از لحاظ هیجانی لحنی حمایتی ندارد و درواقع طحوراه‌های هیجانی منفی آنها در این مواقع فعال می‌شود که طبق پژوهش‌های انجام شده طحوراه‌های منفی، خود می‌تواند در فرد اضطراب ایجاد کند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین سبک دلبستگی ناایمن و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مستقیم، معنی‌دار و مثبت وجود دارد. به این معنی که افزایش نمرات در سبک دلبستگی ناایمن با افزایش نمرات اختلال اضطراب اجتماعی همراه بوده است. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های کنراد و همکاران (۲۰۲۱)، کایا و آیدین (۲۰۲۰)، تمنایی فر و صنعت-کار (۲۰۱۷) همسو بوده است. در تبیین این نتایج، طبق مبانی نظریه دلبستگی بالبی، بالبی تصریح می‌کند که یک پیوند دلبستگی اختصاصی و قطع نشده با یک شخص خاص لازمه تحول سالم و غیر مرضی فرد است و تجربه ایمنی در کودک پایه و زیربنای کنش‌وری سالم روانی و ذهنی است. پژوهشگران دلبستگی، بر تأثیر تجربه‌های نخستین بر تجسم‌های درونی در حال پدیدایی تأکید کرده‌اند و به بررسی چگونگی تأثیرگذاری الگوهای دلبستگی بر روابط آینده و راهبردهای تنظیم عاطفه در بزرگسالی پرداخته‌اند. این تجسم‌ها بر برداشت افراد از خود و دیگران مبنی بر این که آیا شایسته مراقبت هستند یا نه و آیا می‌توانند به دیگران برای فراهم سازی مراقبت اعتماد کنند یا نه، تأثیرگذارند. هنگامی که چهره دلبستگی اولیه، غیرمطمئن است، کودک با بی‌عاطفگی مراقب روبرو می‌شود و نیازهایش توسط مراقب اولیه برآورده نمی‌شود؛ لذا الگوهای درونی منفی‌ای نسبت به خود و دیگران ایجاد می‌کند و به دنبال آن، نسبت به تعامل با اجتماع و دیگران دید منفی پیدا کرده و اضطراب بیشتری را در موقعیت-های، اجتماعی تجربه می‌کند. با توجه به نظریه دلبستگی، اساس ایمنی هر

کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با اختلال اضطراب اجتماعی قرار نمی‌گیرد، می‌توان نتیجه گرفت بین متغیرها در سطح ۰/۹۵ رابطه میانجی معنی‌داری وجود دارد. پس فرض ما مبنی بر اینکه بین تروماهای کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با اختلال اضطراب اجتماعی از طریق متغیر میانجی باورهای فراشناخت رابطه وجود دارد تأیید شد. این نتایج با پژوهش‌های مایرز و ولز (۲۰۱۵)، ریس و هرمان (۲۰۰۸) و اسلامی و علیزاده (۱۳۹۷) همسو بوده است. افراد در زندگی با رویدادهای منفی و وقایع استرس‌آور گوناگونی مواجه می‌شوند. چندین عامل در تبیین تفاوت‌های فردی در واکنش به رویدادهای استرس‌آور مطرح شده است. برای مثال، شدت رویدادهای منفی زندگی، میزان حمایت اجتماعی از اشخاص در مواجهه با رویدادهای زندگی آسیب‌زا، تفاوت‌های بیولوژیکی و ویژگی‌های فیزیولوژیکی. از منظر رویکردهای شناختی، معنا و تعبیری که افراد به رویدادها می‌دهند، بازتاب ساده و آینه‌واری از یک واقعیت عینی و عناصر آن نبوده و تنها یک موقعیت معین سبکی که افراد احساس یا به لحاظ هیجانی واکنش نشان می‌دهند، مشخص نمی‌کند. بلکه آن معنایی که افراد به لحاظ ذهنی به آن موقعیت می‌دهند نیز دارای اهمیت است. بنیادی‌ترین انگاره‌ی مدل‌های شناختی این است که شناخت‌ها، روابط بین رویدادهایی که افراد تجربه می‌کنند و هیجاناتی که افراد احساس می‌کنند، میانجیگری می‌کنند. مدل‌های شناختی عموماً مبتنی بر این ایده هستند که یک پیوستاری از فرآیندهای شناختی بهنجار و غیر بهنجار در رویارویی با یک موقعیت و وضعیت مشخص وجود دارد. عموماً مدل‌های استرس-آسیب-پذیری شناختی عنوان می‌کند اختلالات هیجانی توسط یک شبکه زنجیرهای علی گسترش می‌یابند و شکل می‌گیرند. این شبکه زنجیره‌ای با تجارب آغازین زندگی بویژه سبک‌های دلبستگی و آسیب‌های دوران کودکی شروع شده که منجر به ایجاد آسیب‌پذیری‌های شناختی و متعاقباً زمینه‌ساز اختلالات هیجانی شده است. در واقع شواهدی وجود دارد که تجارب اولیه زندگی و رویدادهای تحولی به ویژه سبک‌های دلبستگی و آسیب‌های دوران کودکی می‌توانند به آسیب‌پذیری‌های شناختی و متعاقباً اضطراب منجر شوند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این بود که پژوهش ما در قالب یک پژوهش کمی و با استفاده از داده‌های جمع‌آوری شده از طریق پرسش‌نامه و در جمعیت دانشجویانی که مراجعه‌ای به مراکز درمانی نداشتند صورت گرفت؛ با استفاده از روش تحقیق کیفی، از طریق مصاحبه‌های ساخت‌یافته، نیمه ساخت‌یافته و ناساخت‌یافته و در جمعیت بالینی و افرادی که به منظور درمان به مراکز درمانی مراجعه می‌کنند می‌توان یافته‌های عمیق‌تری در رابطه با تاثیر متغیرهای پژوهش در ایجاد اختلال اضطراب اجتماعی به دست آورد. توجه بیشتر به این اختلال می‌تواند گامی در جهت جلوگیری از هدر رفتن قابلیت‌های عظیم افراد جامعه باشد، زیرا افراد زیادی علی‌رغم داشتن استعدادهای کافی، به دلیل هراس اجتماعی، قادر به شکوفا کردن استعدادهای خود در زندگی نیستند. در نگاهی کلی، با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن نقش علی متغیرهای تروماهای کودکی، سبک دلبستگی ناایمن و باورهای فراشناخت در اختلال

فرد در خصوص نگاره‌های دلبستگی در کودکی گذاشته می‌شود، در دسترس بودن و پاسخگویی عاطفی، بلوک‌های سازنده روابط ایمن هستند. در پی آن، دلبستگی ایمن، اساس اعتماد را برای فرد مهیا می‌سازد که به واسطه آن، شخص روابطی مستحکم با اشخاصی برقرار می‌سازد و هنگام درماندگی هیجانی به آن‌ها برای دریافت حمایت مراجعه می‌کند؛ لذا این افراد در کنترل عواطف منفی من جمله اضطراب توانمندتر بوده و احتمال ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در آنها کاهش می‌یابد.

بر اساس یافته‌های جدول ۳، بین باورهای فراشناخت و اختلال اضطراب اجتماعی رابطه مستقیم، معنی‌دار و مثبت مشاهده شده است. یعنی افزایش در نمرات باورهای فراشناخت با افزایش در نمرات اضطراب اجتماعی ارتباط دارد. این یافته‌ها با پژوهش‌های جی‌کیکا و همکاران (۲۰۱۷)، نوردهال و ولز (۲۰۱۷)، پیکت (۲۰۱۴)، اسپادا و همکاران (۲۰۰۸)، ذوالفقاری و هاشمی (۱۳۹۸) همسو است. بر طبق نظریه‌ی شناختی، نشانه اصلی اختلال اضطراب اجتماعی، تفسیر نادرست رویدادهای اجتماعی به صورت تهدیدآمیز است. این نشانه، چرخه معیوبی را پدید می‌آورد که باعث تداوم ترس و پرهیز می‌گردد. به بیانی دیگر، محوری بودن سوگیری شناختی در تداوم اختلال اضطراب اجتماعی که افراد مضطرب اجتماعی را به طور اغراق آمیزی بالاتر از افراد بدون اختلال اضطراب اجتماعی برآورد می‌کنند، تأیید گردید. این شرایط ممکن است باعث راه اندازی علایم فیزیولوژیکی اضطراب و الگوهای رفتاری گردد که بر تعاملات اجتماعی تاثیر گذاشته و احتمال خودداری در آینده را افزایش دهد. به طور کلی، سوگیری در تعبیر و تفسیر محیط اجتماعی منجر به ایجاد فرضیه‌های اشتباه درمورد خود و محیط اجتماعی می‌شود که این امر، ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی را به دنبال دارد و نتیجه این ارزیابی منفی، اضطراب است. باورهای فراشناختی مثبت از استفاده مداوم و مکرر از سبک‌های غیرانطباقی مانند نگرانی حمایت می‌کنند، در حالی که باورهای فراشناختی منفی به ناتوانی در تلاش برای اعمال کنترل مؤثر و ادراک رخدادهای درونی به عنوان تهدیدکننده منجر می‌شوند و از این طریق باعث افزایش پریشانی می‌شوند. باورهای فراشناختی مثبت و منفی در ارزیابی تهدید نقش دارند برای مثال باور مثبت «برای اینکه در امان بمانم، باید به خطر توجه کنم» باعث تداوم احساس تهدید در فرد می‌شود، در حالی که باور منفی «من هیچ کنترلی بر تفکر خود ندارم»، با توانایی فرد در کنار گذاشتن سبک تفکر ناسازگارانه تداخل می‌نماید. علاوه بر این، باورهای منفی مانند «فکر کردن به این فکر باعث می‌شود تا کنترل ذهنم را از دست بدهم» باعث تشدید احساس خطر جاری می‌شود. بنابراین هرکدام از این حیطه‌های باورهای فراشناختی، در پردازش مداوم و طولانی مدت تهدید یا ناهمخوانی خود، که موجب تداوم هیجان‌های منفی می‌شوند، نقش دارند.

در پژوهش حاضر در یک تحلیل اکتشافی نقش واسطه‌ای باورهای فراشناخت در ارتباط بین تروماهای کودکی و سبک دلبستگی ناایمن با اختلال اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفت. براساس یافته‌های پژوهش از آنجایی که عدد صفر بین حد بالا و پایین در رابطه بین تروماهای

اضطراب اجتماعی مشهود است. با توجه به نقش مهم خانواده در سال‌های اولیه زندگی کودک و اتفاق افتادن تروماها و شکل‌گیری سبک دلبستگی ناایمن در دوران کودکی برگزاری کلاس‌ها و دوره‌های آموزشی برای والدین توصیه می‌گردد. همچنین با توجه به وجود مولفه‌های فراشناختی بارز در بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی، می‌توان از درمان فراشناختی به عنوان شیوه روان درمانی انتخابی و مکمل درمان پزشکی، در جهت کاهش باورها و مولفه‌های فراشناختی ناکارآمد این بیماران استفاده نمود. پس در بحث درمان این اختلال، باید به تصحیح باورهای فراشناخت توجه شود.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله مولفان مقاله مراتب سپاس و قدردانی خود را از تمامی عزیزی که در تکمیل و جمع‌آوری پرسشنامه‌های پژوهش مشارکت داشتند اعلام می‌دارند.

منابع

- اسلامی، فاطمه؛ علیزاده، کبری. (۱۳۹۶). رابطه سبک‌های دلبستگی و اضطراب امتحان با نقش میانجی‌گری باورهای فراشناختی. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۲، ۸.
- رستمی، مهدی؛ سعادت، نادر؛ قزل‌سلو، مهدی. (۱۳۹۴). رابطه ی بین تجربه ی آزاردیدگی در کودکی با شیوه های مقابله با تنش و طرحواره‌های ناسازگار اولیه. *مجله اصول بهداشت روان*، ۱۷ (۶)، ۲۷۷-۲۶۹.
- فرخزادیان، علی اصغر؛ رضایی، فاطمه؛ صادقی، مسعود. (۱۳۹۹). نقش میانجی طرحواره‌های هیجانی در رابطه بین آسیب‌های دوران کودکی با اختلال اضطراب فراگیر. *نشریه علمی روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۲ (۱۷)، ۱۰۱-۸۹.
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۴). *آسیب شناسی روانی بر اساس DSM-5*. تهران: نشر ساوالان.
- قدمپور، سمانه؛ محمدخانی، شهرام؛ حسنی، جعفر. (۱۳۹۸). نقش تشخیصی ترس از ارزیابی مثبت و منفی، کمال گرایی و توجه معطوف به خود در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، پرخوری عصبی و افراد بهنجار. *مجله روانشناسی بالینی*؛ ۱ (۱۱)، ۴۱.
- ذوالفقاری، مهسا؛ هاشمی، مرضیه. (۱۳۹۸). باورهای های فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه روانشناسی و علوم رفتاری ایران*، ۱۹ (۱)، ۹۱-۸۴.
- میرز، لاورنس؛ گامست، گلن؛ گارینو، جی. (۲۰۰۶). پژوهش چند متغیره کاربردی. ترجمه حسن‌پاشا شریفی و همکاران، انتشارات رشد؛ چاپ پنجم: پاییز ۱۳۹۶.

- Avramchuk, O., Plevachuk, O., & Suvalo, O. (2022). Social avoidance as a pathogenetic link between social anxiety disorder and post-traumatic experience: *the review*.
- Ahmed Leitaao, F., Rosensteina, D., Marxa, M., Younga, S., Korteb, K., & Seeda, S. (2019). Posttraumatic stress disorder, social anxiety disorder and childhood trauma: Difference sin hippocampal subfield volume. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 284, 45-52.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed). *Washington, DC: Author*.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: *American Psychiatric Association*.
- Bandelow, B., Torrente, A., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2004). Early traumatic life events, parental rearing styles, family history of mental disorders, and birth risk factors in patients with social anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254, 397-405.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Herot, C., Friedman, D., Snidman, N., et al. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1673-1679.
- Bittner, A., Egger, HL., Erkanli, A., Jane Costello, E., Foley, DL., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *J Child Psychol Psychiatry*. 48:1174-83.
- Bjornsson, A. S., Hardarson, J. P., Valdimarsdottir, A. G., Guðmundsdottir, K., Tryggvadottir, A., Thorarinsdottir, K., et al. Social trauma and its association with post-traumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2020; 23(3): 102-228.
- Blöte, A. W., Miers, A. C., Van den Bos, E., Westenberg, P. M. (2019). Negative social self-cognitions: How shyness may lead to social anxiety. *Journal of Applied Development Psychology*. 63(1): 9-15.
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., et al. (2010). Social anxiety disorder: questions and answers for the DSM-V. *Depress. Anxiety* 27, 168-189. doi: 10.1002/da.20670
- Bowlby, J. (1988). A secure base. Clinical implications of attachmen theory. *London: Routledge*.
- Brumariu, L. E., Kerns, K. A. (2010). «Parent-child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions». *Dev Psychopathol*, 22 (1): 177-203.
- Clark, D. M., & McManus, F. (2002). Information processing in social phobia. *Biol Psychiatry*. 51:92-100.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A Cognitive model of Social Phobia. INR. Hemberg, M. Liebowit Z, D.A. Hope, F.R. Schneier (Eds.). Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment. (pp.69-93). New York: *Guilford Press*.
- Connor, K. M., Davidson, J. R., Churchill, L. E., Sherwood, A., Foa, E., Weisler, R. H. (2000). «Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN)». New self-rating scale. *Br J Psychiatry*, 176: 379-86.

- Conrad, R., Andreas, J., Man-Long, C., Martin, M., Franziska, G., & Johannes, S. (2021). Significance of anger suppression and preoccupied attachment in social anxiety disorder: a cross-sectional stud. *BMC Psychiatry*, 21:116, <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03098-1>.
- Erozkan, A.(2017). Determining the Anxiety Sensitivity Bases of Anxiety: A Study with Undergraduate Student. *Universal Journal of Educational Research* 5(1): 121-128, <http://www.hrpub.org DOI: 10.13189/ujer>.
- Fattouh, N., Haddad, C., Salameh, P., Sacre, H., Hallit, R., Soufia, M., ... & Obeid, S. (2022). A national study of the association of attachment styles with depression, social anxiety, and suicidal ideation among Lebanese adolescents. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 24(3), 41070.
- Flavel, J. H., Miller. (1998). Cognitive. In w. Domain (series ed.) a D. kuhn. R. Ziegler(vol.ed.), Hand book of child Psychology: Vol.Z. Cognition. Perception, and Language (5thed, 951-898). New York: Wiley.
- Garcia-Lopez, L.G., Olivares, J., Beidel, D., Albano, A.M., Turner, S., & Rosa, A. I. (2006). Efficacy of three treatment protocols for adolescents with social anxiety disorder: A 5- year follow-up asseement. *Anxiety Disorders*, 20, 175-191.
- Ginsburg, G. S., La Greca, A. M., & Silverman, W. K.(1998). Social anxiety in children with anxiety disorders: relation with social and emotional functioning. *J Abnorm Child Psychol*. 26:175-85.
- Gkika, S., Wittkowski, A., & Wells, A. (2017). Social cognition and metacognition in social anxiety; a systematic review. *Clin Psychol Psychother*.1-21.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). «Romantic love conceptualized and attachment process». *Journal of personality and social psychology*, 52: 511- 524.
- Hassanvand Amuzadeh, M. (2008). Checking the validity and reliability of the social phobia scale. BA thesis in clinical psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shahid University.
- Heimberg, R. G., Makris, G. S., Juster, H. R., Ost, L. G., & Rapee, R. M. (1997). Social Phobia: A Preliminary cross-national comparison. *Journal of Depression and anxiety*, 5(3), 130-137.
- Jakymyn, A. K., & Harris, L. M. (2012). Self-focused attention and social anxiety. *Australian Journal of Psychology*, 64(2), 61-67.
- Kaya, Y., Aydin, A. (2020). The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship Between Attachment and Mental Health Symptoms of University Students. *Journal of Adult Development*. <https://doi.org/10.1007/s10804-020-09352-2>.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A, Zaslavsky, A. M, & Wittchen, H. U.(2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res*. 21:169-84.
- Kline, R. B. (2005). Principles and practice of structural equation modeling .2nd Ed. New York: Guilford.
- Knappe, S., Lieb, R., Beesdo, K., Fehm, L., Low, N. C. P., Gloster, A. T., et al. (2009). The role of parental psychopathology and family environment for social phobia in the first three decades of life. *Depression and Anxiety* 26, 363-370.
- Koenen, K. C, Moffitt, T. E, Poulton, R., Martin, J., Caspi, A. (2007). Early childhood factors associated with the development of post-traumatic stress disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Psychol Med*. 37(2):181-192. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291706009019>.
- Lee, H., & Telch, M. J. (2008). Attentional biases in social anxiety: An investigation using the inattention blindness paradigm. *Behavior Research and Therapy*, 46, 819-835.
- Leigh, E., Clark, D. M. (2018). Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: applying the cognitive model of Clark and Wells. *Clinical Child Family Psychology Review*. 21(3): 388-414.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Hofler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B, Marikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles and the risk of social phobia in offspring. *Arch Gen Psychiatry*, 57:859-866.
- Manassis, K., Bradley, S., Goldberg, S., Hood, J., Swenson, R. P. (1994). mothers with anxiety disorders and their children Attachment in. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 33: 1106-13.
- Morley, T. E., Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clin Psychol Rev*, 31(7): 82-1071.
- Muris, P., & Field, A. P.(2008). Distorted cognition and pathological anxiety in children and adolescents. *Cogn Emot*. 22:395-421.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2015). Early trauma, negative affect, and anxious attachment: the role of metacognition. *Anxiety Stress Copin*; 28(6): 634-49.
- Nicholas, P., Danielle, C., Mary, E., Nicole, A., Kevin, G., & Norman, B. (2018). Lower-order anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty dimensions operate as specific vulnerabilities for social anxiety and depression within a hierarchical model. *Journal of Anxiety Disorders*. 53, 91-99.
- Nicholson, C. (2008). What to do about social anxiety disorder. *Harverd Women's Health. of Psychology*. 64(2):61-7.
- Nordahl, H., Anyan, F., Hjemdal, O., & Wells, A. (2022). Metacognition, cognition and social anxiety: A test of temporal and reciprocal relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 102516.
- Nordahl, H., & Wells, A. (2017). Social anxiety and work status: the role of negative metacognitive beliefs, symptom severity and cognitive-behavioural factors. *J Ment Health, Early Online*: 1-5. doi:10.1080/09638237.2017.1340622.
- Pictet, A. (2014). Looking on the bright side in social anxiety: the potential benefit of promoting positive mental imagery., University of Oxford Geneva, Switzerland. *Frontiers in Human Neuroscience*, 8:43.
- Pinto, J., Castilho, G., & Ana, M.(2006). Early maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognit Ther Res*; 30 (5): 571-584.
- Pribor, E. F., & Dinwiddie, S. H. (1992). Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 149, 52-56.
- Priceputu, M. (2012). Attachment style-from theory to the integrative intervention in anxious and depressive symptomatology. *Procedia Soc Behav Sci*, 33: 934-8.

- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev*, 24(7): 737-67.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., & McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behavior Research and Therapy*, 4(3): 241-248.
- Scarpa, A., Wilson, L. C., Wells, A. O., Patriquin, M. A., & Tanaka, A. (2009). Thought control strategies as mediators of trauma symptoms in young women with histories of child sexual abuse. *Behav Res Therapy*. 47(9): 809-13.
- Schwartz, C., Snidman, N., & Kagan, J. (1999). Adolescent social anxiety as an outcome of inhibited temperament in childhood. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38, 1008-1015.
- Spada, M. M., Georgiou, G., & Wells, A. (2008). The relationship among metacognitions, intentional control and social anxiety. *Cognitive behavioural therapy*, 39(1), 64-71.
- Stein, D., Lim, C. W., Roest, A., Jonge, P., & et al. (2017). the cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC Medicine*, 15(143), 1-21, doi. 10.1186/s12916-017-0889.
- Tamannaefar, M., & Sanatkarfar, M. (2017). Social Anxiety Study Based on Coping Styles and Attachment Styles. *Journal of Practice in Clinical Psychology*, 5(2), 115-122.
- Weeks, J. W., Howell, A. N., Srivastav, A., & Goldin, P. R. (2019). Fear guides the eyes of the beholder: Assessing gaze avoidance in social anxiety disorder via covert eye tracking of dynamic social stimuli. *Journal of Anxiety Disorders*; 65(2): 56-63.
- Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. London: *the Guilford Press*.
- Wittchen, H. U., Fuetsch, M., Sonntag, H., Muller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *Eur Psychiatry*. 15:46-58.