**اختلال اضطراب اجتماعی**

**تعریف اختلال اضطراب اجتماعی**

**اجتناب و پريشانی اجتماعی:**

**ترس از ارزيابی منفی**

**:**

**ملاک¬های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی براساس DSM-IV-TR:**

**شیوع اختلال اضطراب اجتماعی**

**دوره یا سن شروع اختلال اضطراب اجتماعی**

**نشانگان روانشناختي اختلال اضطراب اجتماعي**

**نشانگان شناختي**

**2- نشانگان رفتاري**

**3- نشانگان فيزيولوژيکي**

**اضطراب اجتماعي در نوجوانان**

**ديدگاه¬هاي نظري دربارة اضطراب**

**ديدگاه روان پويايي**

**ديدگاه رفتارگرايي**

**ديدگاه شناختي**

**ديدگاه زيست شناختي**

**ديدگاه انسان¬گرايي**

**ديدگاه اجتماعي**

**سبب شناسی اضطراب اجتماعی**

**نظریه¬های روانپویشی**

**نظریه¬های رفتاری**

**نظریه¬های زیستی**

**دستگاه عصبی خودمختار**

**انتقال دهنده¬های شیمیایی:**

**عوامل ارثی:**

**الگوهای نظری اضطراب اجتماعی**

**نظریه طرحواره بک (1988):**

**نظریه شبکه متداعی باور(1981):**

**الگوی شناختی کلارک و ولز(1995):**

**الگوی شناختی اضطراب اجتماعی راپی و هیمبرگ (1997):**

**مدل شناختی اضطراب اجتماعی بک،امری و گرینبرگ (1985):**

**تحقیقات انجام شده در خارج از کشور**

**تحقیقات انجام شده در داخل کشور**

**منابع فارسی**

**References**

**اختلال اضطراب اجتماعی**

**تعریف اختلال اضطراب اجتماعی**

در تعریفی که رینگولد و همکاران (2003) ازاضطراب اجتماعی داشته­اند، آمده است که اضطراب یا فوبی­ای اجتماعی به ترس آشکار و مستمر از موقعیت­های اجتماعی یا عملکردی اشاره دارد و از این باور فرد ناشی می­شود که او در این موقعیت­ها به طرز خجالت­آور یا تحقیرآمیزی عمل خواهد کرد و همچنین در موقعیت­های اجتماعی یاعملکردی ترس­آور،افراد مبتلا به این اختلال نگران این موضوع هستند که مبادا افراد دیگر آنها را به عنوان افرادی مضطرب، ناتوان،آشفته و گیج قلمداد کنند. علاوه بر این،آنها ممکن است به دلیل نگرانی در مورد اینکه دیگران متوجه، لرزش در صدایشان خواهند شد از صحبت در جمع بترسند یا ممکن است در زمان گفتگو با دیگران به دلیل ترس از آشکار شدن ناتوانی در بیان ضعفشان اضطراب شدیدی احساس کنند.

بر طبق چهارمين ويرايش راهنمای تشخيصی و اختلالات روانی تهيه شده توسط انجمن روا­ن­ پزشكی آمريكا ( 2002) اضطراب اجتماعی، ترس شديد از ارزيابی منفی همراه با رفتاراجتنابی شخص از موقعيت های اجتماعی تعريف شده است.

فردی كه دچار اضطراب اجتماعی است، هيچ گونه تمايلی به آغاز ارتباط باديگران ندارد و با احساسی از ترس و پايداری غير معمول، از هر موقعيتی كه ممكن است در معرض داوری ديگران قرار گيرد، اجتناب می‌ورزد (امالی،1373).

اضطراب اجتماعی دارای دو خرده مقياس به قرار زير است:

**اجتناب و پريشانی اجتماعی:** يعنی دوری گزينی از جمع و كناره­گيری از مردم و داشتن احساس منفی در ارتباط­های اجتماعی (مشاک، 1385).

**ترس از ارزيابی منفی:** ترس بارز و مستمر از يک يا چند موقعيت يا عملكرداجتماعی كه در آن شخص با افراد ناآشنا مواجه است يا ممكن است موضوع كنجكاوی آن ها قرار بگيرد (کاپلان؛سادوک،1994؛ ترجمه پورافکاری،1376).

فوبی اجتماعی به دو نوع منتشر و غیرمنتشر تقسیم می­شود، در نوع منتشر فرد تقریباً از تمام موقعیت­های اجتماعی می­ترسد و در نوع غیرمنتشر شامل ترس از یک یا تعداد کمی از موقعیت­های اجتماعی است(انجمن روانپزشکی آمریکا،2000). از دیگر ویژگی­های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می­توان به 1- تعیین استانداردهای افراطی برای عملکرد اجتماعی 2- ارزیابی منفی از عملکردشان در موقعیت­های اجتماعی 3- توجه به اشتباهاتی که در تعامل اجتماعی مرتکب شده اند 4- و نادیده گرفتن عملکردهای مناسب خود 5- اشتغال ذهنی درباره اینکه دیگران چگونه آنان راارزیابی می کنند 6-در افراد زیر 18 سال نشانه­ها باید به مدت حداقل 6 ماه قبل از تشخیص اضطراب اجتماعی دوام داشته باشد (کلارک و ولز[[1]](#footnote-1)، 1995).

**ملاک­های تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی براساس DSM-IV-TR:**

**الف-**ترس آشکار و مستمر از یک یا چند موقعیت اجتماعی یاعملکردی که شخص در معرض دید اشخاص ناآشنا یا احتمالاً در معرض توجه دیگران قرار می­گیرد. فرد از این واهمه دارد که کاری انجام خواهدداد (یانشانه های اضطراب را ظاهر خواهد کرد)که موجب تحقیر یا شرمندگی او خواهد شد. در کودکان، باید شواهدی از توانایی برای برقراری روابط اجتماعی متناسب با سن با افرادآشنا وجود داشته باشد و اضطراب باید در محیط­های همراه با همسالان، نه اینکه تنها در تعامل با بزرگسالان روی دهد (سادوک؛ سادوک،1387).

**ب-**قرار گرفتن در معرض موقعیت­های اجتماعی ترس­آور تقریباً همیشه به اضطراب منجر می­شود که ممکن است به شکل حمله هراس وابسته به موقعیت یا با زمینه موقعیتی ظاهر شود. توجه: در کودکان اضطراب ممکن است به شکل گریه کردن، قشقرق، سفت کردن اندام­ها، یا کناره گیری یا بیزاری از موقعیت­های اجتماعی که در آن افراد نا آشنا حضور دارند ابراز شود (همان منبع).

**ج-**شخص می­داند که ترسش مفرط یا غیرمنطقی است. توجه: در کودکان این ویژگی ممکن است وجود نداشته باشد (همان منبع)

**د-**شخص از موقعیت­های اجتماعی یا عملکردی ترس آور اجتناب کرده یا آنها را با اضطراب یا پریشانی شدید تحمل می­کند (همان منبع).

**ه-**اجتناب،اضطراب انتظاری یا پریشانی که در موقعیت اجتماعی یا عملکردی به طور قابل ملاحظه­ای با فعالیت­های عادی، کارکرد شغلی (تحصیلی) یا فعالیت­ها یا روابط اجتماعی تداخل می­کند یا پریشانی آشکاری درباره ابتلا به هراس وجوددارد (همان منبع).

**و-**درافراد زیر 18 سال مدت نشانه ها حداقل 6 ماه است (همان منبع).

**ز-**ترس یا اجتناب ناشی از تأثیر فیزیولوژی مستقیم یک ماده (مانند سوء مصرف دارو یا دارودرمانی) یا یک بیماری جسمانی نیست و بر حسب یک اختلال روانی دیگر (مانند اختلال وحشتزدگی همراه یا بدون گذرهراسی، اختلال اضطراب جدایی،اختلال بدشکلی بدن،اختلال فراگیر رشد یا اختلال شخصیت اسکیزویید) توجیه بهتری ندارد (همان منبع).

**ح-**اگر یک بیماری جسمانی یا یک اختلال روانی دیگر وجود داشته باشد ترس موجود در ملاک تشخیصی الف مرتبط با آن نیست برای نمونه این ترس ناشی از لکنت زبان، رعشه در بیماری پارکینسون یا رفتار غذا خوردن غیرعادی در بی­اشتهایی روانی یا پراشتهایی روانی نیست (همان منبع).

**شیوع اختلال اضطراب اجتماعی**

اختلال اضطرابی شایع تزین اختلالات روان­پزشکی هستند. در ایالات متحده حدود 30 میلیون نفر دچار این اختلال هستند (کاپلان،2007).

مطالعات همه­گیرشناسی نرخ شیوع فوبی اجتماعی را در کودکان، 5/0 تا 4/0 درصد (کاویران[[2]](#footnote-2) و همکاران،2000)، در نوجوانان 7 درصد (استین و همکاران، 2001)، و 3 الی 13درصد در طی زندگی(انجمن روان پزشکی آمریکا،2000) گزارش نمودند. راپی[[3]](#footnote-3) و همکاران (2004) شیوع این اختلال را در جوامع غربی 7 تا 13 درصد گزارش نمودند. کسلر[[4]](#footnote-4) و همکاران (1994) شیوع این اختلال را 13 درصد گزارش کرده و آن را در جایگاه سومین اختلال روان­پزشکی پس از اختلال افسردگی اساسی وابستگی به الکل قرار دادند. اختلاف در برآورد شیوع اضطراب اجتماعی تعیین این حقیقت است که برآورد و شیوع این اختلال موضوع پیچیده است.

**دوره یا سن شروع اختلال اضطراب اجتماعی**

اختلال اضطراب معمولاً در دوران نوجوانی شروع می­شود. شروع اختلال اضطرابی به طور معمول در اواخر کودکی یا اواسط نوجوانی می­باشد (اسکینر[[5]](#footnote-5) و همکاران،1992). راپی و همکاران،2004) صورت پذیرفت سن شروع اکثر افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی را 18 سالگی و به طور متوسط بین 10-13 سالگی گزارش کرده­اند.

طبق نظر انجمن روان­پزشکی آمریکا (2000) شروع فوبی اجتماعی بعد از سن شروع خیلی کم است شروع ممکن است بطور ناگهانی و به دنبال یک تجربه تنش­زا یا تحقیر کننده بروز یا بتدریج یا پیوسته و مداوم باشد. ولی اغلب سیری پیوسته و مداوم دارند و ممکن است در بزرگسالی کاهش یابد.

تعدادی از پژوهش­ها نشان داده است که زنان بیشتر از مردان دارای ملاک­های فوبی اجتماعی هستند(راپی و اسپنس،2004). زنان با شیوع 5/30 و مردان با شیوع 2/19 درصد بیشتر دچار اختلال می‌شوند و برای با افزایش طبقه اجتماعی و اقتصادی از شیوع این اختلال کاسته می­شود و بررسی نشان می‌دهد که اضطراب اجتماعی در طبقات کم درآمد و بزرگسالی بیشتر است (گودرزی،1388). میزان شیوع این اختلال در ایران در زنان 3/1 درصد و در مردان 4 درصد است (محمدی و همکاران،2006).

**نشانگان روانشناختي اختلال اضطراب اجتماعي**

معمولا" سه سيستم پاسخدهي مجزا شناختي- کلامي، سيستم رفتاري- بياني و سيستم فيزيولوژيکي \_ بياني، براي تحليل رفتار هيجاني استفاده مي شود (خير، استوار، 1385). تمايز بين جنبه­هاي شناختي، رفتاري و فيزيولوژيکي اضطراب اجتماعي ممکن است براي درک اين اختلال حائز اهميت فراواني باشد. نشانگان ويژه اين اختلال ممکن است در موقعيت ترس­آور، قبل از موقعيت و پس از ترک موقعيت آشکار شوند (کلارک، ولز،1977). در ذيل به شرح نشانگان اختلال اضطراب اجتماعي پرداخته مي­شود:

**1- نشانگان شناختي**

بطورکلي همه مدل هاي شناختي اضطراب اجتماعي (بک، امري، گرينبرگ[[6]](#footnote-6)، 1985، کلارک و ولز، 1995، راپي و هيمبرگ[[7]](#footnote-7)، 1997) تأکيد مي کنند که افراد مضطرب اجتماعي نگران اين موضوع هستند که چگونه آنها بوسيله ديگران ادراک و ارزيابي مي شوند. در ديدگاه شناختي، اضطراب اجتماعي ممکن است از طريق افکار منفي، تعيين استانداردهاي افراطي براي عملکرد شخصي و يا باورهاي غيرواقعي درباره استانداردهايي که افراد براي ارزيابي ديگران استفاده مي کنند پديد آيد (به نقل از استوار، 1386).

**2- نشانگان رفتاري**

مطابق با اصول شرطي سازي عاملي ( اسکينر[[8]](#footnote-8)، 1972) اضطراب اجتماعي از طريق رفتارهاي اجتنابي و ايمني تداوم مي يابد. اجتناب ممکن است به شيوه­هاي مختلفي بروز نمايد.

براي مثال زماني که يک دانش آموز سرآمد از ورود به دانشگاه به دليل ترس از صحبت کردن در کلاس و يا ارائه کنفرانس هاي کلاسي اجتناب نمايد.

همچنين کلارک و ولز (1995) معتقدند که اضطراب اجتماعي از طريق رفتارهاي ايمني تداوم مي يابد. اجتناب از تماس هاي چشمي موقع صحبت کردن در کلاس، تلاش براي مورد توجه قرار نگرفتن و تلاش براي خوب به نظر رسيدن مثال هايي از رفتارهاي ايمني و اجتنابي هستند. اين رفتارها به عنوان راهبرد هايي براي کاهش خطر اجتماعي بکار مي روند، اما در واقع آنها به تائيد شدن باورهاي منفي کمک مي­کنند ( به نقل از استوار و خير، 1386).

**3- نشانگان فيزيولوژيکي**

راپي[[9]](#footnote-9)(1995) بيان کرده است که نشانگان فيزيولوژيکي اضطراب اجتماعي که افراد مضطرب اجتماعي در موقعيت هاي تهديد کننده تجربه مي کنند، دقيقا" همانند علايمي است که در ديگر اختلالات اضطرابي مشاهده مي شود. براي مثال ، سرخ شدن، لرزش، تپش قلب، و غيره است ( به نقل از استوار و خير، 1386).

**اضطراب اجتماعي در نوجوانان**

اختلال اضطراب اجتماعي يکي از شايع ترين اختلال هاي کودکي و نوجواني است. اين اختلال در 1/1% تا 7/3% از جمعيت کلي کودکان و نوجوانان ديده مي شود. اضطراب اجتماعي ، يکي از عواملي است که در روند رشد و تکامل اجتماعي نوجوانان خلل ايجاد مي کند و مانع شکوفايي استعدادها و اثبات وجود افراد مي شود اين پديده اثرات بازدارنده اي درکارايي و پويايي نوجوانان برجاي مي گذارد و باعث تخريب عملکرد شخصي و اجتماعي آنان در زمينه هاي گوناگون مي گردد. انسان ها دوست ندارند که بخشي از رفتار يا جنبه‌هاي مختلف شخصيتشان توسط ديگران مورد ارزيابي قرار گيرند، اما آن دسته از نوجواناني که به طور عادي دچار ترس يا اضطراب اجتماعي هستند کمترين تمايلي براي حضور در موقعيتهاي اجتماعي و ارتباط با ديگران ندارند، چرا که همه موقعيتهاي اجتماعي و تعامل بين فردي را صحنه هاي ارزيابي و انتقاد تلقي مي‌کنند. (نيسي، شهني ييلاق، فراشبندي، 1384).

به طورکلي اين اختلال در نوجوانان به عملکرد تحصيلي ضعيف، مشکلات روان شناختي مانند افسردگي و در مواردي سوء مصرف مواد منجر مي شود. افزون براين نوجوانان مبتلا به اضطراب اجتماعي در خطر ناپختگي اجتماعي قرار دارند؛ اختلالي که درماندگي و اجتناب از روابط اجتماعي را در پي دارد و مي تواند به نارساکنش وري اجتماعي[[10]](#footnote-10) و روان شناختي و حتي بروز شخصيت اجتنابي[[11]](#footnote-11) در بزرگسالي منتهي شود. انجمن روانپزشکي امريکا APA)) اختلال اضطراب اجتماعي را يک الگوي پايدار ترسهاي اجتماعي مي داند (اناري، دادستان، صالح صدق پور، 1386).

برخي محققان اعتقاد دارند که ترس از ارزيابي منفي علت اصلي اضطراب اجتماعي است. ترس از ارزيابي منفي، افراد مضطرب را وادار مي کند که از برخورد با ديگران پرهيز کنند و بدين طريق ترس خود را کاهش دهند. به طور خلاصه، سبک تعامل افراد مضطرب نوعي استراتژي حفاظت از خود مي باشد (مهرابي زاده، هنرمند، 1378). نوجوانان مضطراب اجتماعي ويژگيهايي دارند که آنان را از ديگران متمايز مي سازند. اين افراد اغلب درباره اشتباه کردن، ناداني و حرف هاي احمقانه فکر مي کنند. ترس دارند که ديگران آنها را ضعيف پندارند و به آنها بازخورد منفي بدهند.

آنها انتظار دارند که در تعاملات اجتماعي به صورت ضعيف عمل کنند، لذا در پي راهي هستند که نشان دهند ديگران آنان را قبول ندارند و اين امر را به خود تلقين مي‌کنند. اين افراد ممکن است احساس عدم اعتماد به نفس کنند.

زيرا تصور مي­کنند که ديگران آنان را دوست ندارند. علاوه بر آن، اين افراد ترس از انتقاد، اجتناب از تماس چشمي و ترس از ابراز وجود دارند (هرمزي نژاد، 1380).

اضطراب اجتماعي ممکن است تحت تاثير متغيرهاي مختلفي قرار گيرد که عده اي از آنها از قبيل اضطراب عمومي زمينه را براي اضطراب اجتماعي مساعد و عده­اي ديگر از قبيل مهارتهاي اجتماعي نقش بازدارنده بر اين پديده داشته باشند. (مهرابي زاده، نجاريان، 1378).

در حوزه علت شناسي و درمانگري اختلال اضطراب اجتماعي در نوجوانان، تنوع و تعدد ديدگاههاي نظري و به تعاقب آن شيوه هاي درمانگري بسيار است. آنچه در همه اين روي آوردها مورد تاکيد قرار گرفته است. تشخيص زودهنگام و سپس انتخاب شيوه درمانگري متناسب در کودکان و نوجوانان به منظور پيشگيري از آسيبهاي وخيم در بزرگسالي است (دادستان، اناري، صالح صدق پور، 1386).

**ديدگاه­هاي نظري دربارة اضطراب**

**ديدگاه روان پويايي**

نظريه پردازان روان پويشي معتقدند تعيين‌کننده‌هاي عمده اختلالات اضطراب، حوادث درون فردي و انگيزه‌هاي ناخودآگاه هستند. آنها بر اين باورند که وقتي «خود» در معرض خواسته‌هاي محيطي افراطي قرار مي‌گيرد يا وقتي در نظام نهاد- خود- فراخود تنش وجود دارد، اضطراب تجربه مي شود. آنها اين تفسير را بر مشاهدات و استنباطهاي باليني پايه مي‌گذارند. در اين ديدگاه، اضطراب به عنوان واکنش هشداردهنده‌يي تعبير مي‌شود که وقتي بروز مي‌کند که شخص مورد تهديد قرار مي‌گيرد.

اينکه فرد چطور با هشدار اضطراب انطباق حاصل مي‌کند، به شدت آن و جرياني که آن را ايجاد مي‌کند و شخصيت فردي که به هشدارها پاسخ مي‌دهد بستگي دارد. تجربه بعضي اضطرابهاي آشکار طبيعي است اما ميزان اضطراب و ماهيت تهديد، طبيعي بودن يا غيرطبيعي بودن حالت اضطراب را تعيين مي‌کند. ويژگي متمايز کننده اضطراب باليني آن است که در غياب منبع خطر شناخته شده آگاهانه، هشداري بطور مرتب به صدا در مي آيد که خطري وجود دارد، اما اساس آن مبهم يا کلاً پنهان از نظر است (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381).

در واقع مهمترين عاملي که در اين ديدگاه علت تمام بيماريهاي رواني محسوب مي شود، اضطراب است. مفهوم اضطراب در مکتب تحليل رواني نقش برجسته‌اي دارد. فرويد[[12]](#footnote-12) اضطراب را درد رواني ناميده است يعني به همان صورت که اگر بدن دچار زخم، التهاب و بيماري گردد، اولين نشانه آن به صورت اضطراب جلوه گر مي­شود. اضطراب هم علت محسوب مي شود هم معلول. همچنين هرگاه شخص با يک مسئله و مشکل رواني مواجه گردد که موجب بهم خوردن تعادل رواني وي گردد، احساس اضطراب مي کند (آزاد، 1376). فرويد اضطراب را به سه نوع تقسيم کرده است: الف- اضطراب واقعي، هنگامي تجربه مي­شود که شخص با خطرات يا تهديدهاي بيروني مواجه باشد. ب- اضطراب نوروتيک، زماني بروز مي کند که تکانه هاي نهاد موجب تهديد فرد در برابر قطع کنترل هاي من و ظهور رفتارهايي که منجر به تنبيه وي خواهند گرديد، مي شوند.

ج- اضطراب اخلاقي، وقتي ظاهر مي شود که فرد عملي برخلاف وجدان اخلاقي يا ارزشهاي اخلاقي خويش انجام داده، يا حتي در نظر دارد و انجام بدهد و به اين دليل احساس گناه بکند (کلمن، به نقل از آزاد، 1376). فرويد معتقد است، اضطراب بهايي است که بشر کنوني براي تمدن مي­پردازد (آزاد، 1376).

**ديدگاه رفتارگرايي**

روانشناسان يادگيري بجاي صحبت از علائم ايجاد شده بوسيله رويدادهاي زيربنايي، از پاسخ‌هاي کسب شده و گرايش پاسخ صحبت به ميان مي‌آورند. آنها معتقدند که اصول کلي يادگيري مي‌توانند براي فهم کليه رفتارها از جمله اختلالات اضطرابي بکار گرفته شوند. طبق نظريه‌پردازان يادگيري، اضطرابي که به حد باليني مي رسد پاسخي آموخته شده يا اکتسابي است، يا علامتي است که بوسيله شرايط محيطي و اغلب در خانه شکل مي گيرد (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381).

درمانگران و نظريه پردازان رفتارگرا، اختلالات اضطرابي را نتيجه يادگيري هاي غلط و شرطي شدن مي‌دانند. يک موقعيت استرس‌زا که با موقعيتهاي استرس‌زاي قبلي شبيه است ممکن است موجب برانگيختن اضطراب در فرد بشود. توقعات و مدل‌هاي نادرست والدين به عنوان علت اضطراب در ديدگاه يادگيري مورد تاکيد واقع شده است. والديني که انتظارات خارق العاده يا بيش از اندازه از کودکان خود دارند، موجب ايجاد اضطراب در آنان مي شوند. به همين ترتيب اگر والدين داراي واکنشهاي اضطرابي در برابر موقعيتهاي بي‌اهميت باشند، کودکانشان مي آموزند که در برابر مسائل جزئي و بي اهميت واکنش هاي اضطرابي شبيه به واکنش هاي والدين خود ظاهر سازند (آزاد ، 1376). قصور در آموختن شايستگيهاي لازم نيز مي تواند علت اضطراب محسوب شود. زيرا شخصي که شايستگي هاي لازم را آموخته است در سازگاري و حل مسائل زندگي، موقعيتهاي کمي را تهديدکننده مي بيند، ولي شخص مبتلا به اضطراب به دليل نبود شايستگي هاي لازم، بسياري از موارد معمول زندگي را اضطراب زا و تهديد کننده احساس مي کند (آزاد، 1376). در اضطراب ممکن است رابطه اي بين حوادث ناخوشايند و موقعيتهاي خاص وجود داشته باشد. اين حوادث از طريق جريان شرطي شدن کلاسيک يا با ساير انواع شرطي شدن ها مي توانند بوجود آيند. تقويت نيز مي تواند عامل مهمي محسوب شود بدين صورت که اجتناب فرد از موضوع هاي ترس آور، موجب تسکين و کاهش اضطراب در وي شود (آزاد، 1376).

**ديدگاه شناختي**

بر اساس ديدگاه شناختي، اختلالات اضطرابي نتيجه افکار و باورهاي نادرست غير واقعي، و غيرمنطقي هستند، به ويژه باورهاي غيرمنطقي اغراق آميز نسبت به مخاطرات محيطي (آزاد، 1376).

ديدگاه شناختي مانند ديدگاه روان پويايي به جريان هاي دروني به عنوان علل اختلالات اضطرابي توجه دارد؛ اما به جاي تاکيد بر تمايلات، نيازها و انگيزه ها معتقد است که افراد اطلاعات کسب کرده را مورد تعبير و تفسير قرار مي دهند و از آنها در حل مسائل زندگي استفاده مي کنند. اين ديدگاه برخلاف ديدگاه تحليل رواني، که انگيزه ها، احساسات و تعارضهاي پنهان را مورد تاکيد قرار مي­دهد، بر جريانهاي ذهني که به سادگي به آگاهي شخص مي آيند؛ تاکيد مي ورزد. در ديدگاه شناختي کوشش مي شود که از طريق راههايي که فرد به اطلاعات موجود توجه مي کند و آنها را مورد تعبير و تفسير قرار مي دهد و به کار مي بندد، علت اختلالات اضطرابي جستجو گردد. ديدگاه شناختي به طورکلي به افکار و راههاي حل مسئله فعلي شخص بيش از تاريخچه فردي توجه دارد. بدين معني که تاريخچه شناختي فرد، نگرشها و حال و اکنون به عنوان علل اختلالات اضطرابي مورد توجه واقع مي شود (آزاد، 1376).

دلارد و ميلر، مفاهيم شناختي را براي توصيف رفتار ناسازگار به عنوان نقطه اتصال تجارب ناخوشايند زندگي و اختلالات اضطرابي بکار مي برند. آنان باور دارند که بايد پاسخهاي اکتسابي خودآگاه فرد را به عنوان ريشه هاي واکنش هاي اضطرابي فرد مورد توجه قرار داد (آزاد، 1376). بسياري از نظريه پردازان شناختي مانند بندورا به خودتنظيمي يا يادگيري از طريق تقويت دروني، در برابر ظهور و تغيير رفتار به وسيله تقويت خارجي توجه داشته اند. آنان علل اختلالات اضطرابي را عدم خويشتنداري رفتاري دانسته اند (آزاد 1376). علاوه بر فزوني گرفتن علاقه به جنبه هاي شناختي رفتاردرماني، افزايش سريعي در نفوذ ديدگاه شناختي روي تلاش هاي انجام گرفته به منظور فهم اضطراب وجود داشته است. طبق ادعاهاي نظريه پردازان شناختي، آشفتگي هاي فکري که تنها در مکانها يا در رابطه با مشکلات خاص رخ مي دهند منابع اضطراب هستند. اين نوع آشفتگي ها شامل ارزيابي هاي غيرواقعي موقعيتها و اغراق هميشگي درباره جنبه هاي خطرناک آنهاست. به عنوان مثال ممکن است در درجه و احتمال آسيب اغراق صورت گيرد. بنابراين، طرز تفکر و وضعيت رواني شخص مي تواند عوامل آسيب پذيري شمار آيد که با ويژگي هاي موقعيتها تعامل مي کنند. از اين نقطه نظر، حوادث تسريع کننده (موقعيت) يک نگرش يا ترس زيربنايي (عامل آسيب پذيري) ايجاد کرده يا بزرگ جلوه مي دهند و به گوش به زنگي زيادي انجامد و به موازات قدرت گرفتن اين نگرش، افکار مرتبط با خطر بواسطه موقعيتهايي که کمتر قابل اجتناب و کمتر اختصاصي هستند آسانتر برانگيخته مي شوند؛ در نتيجه، فرد مضطرب بطور مستمر محرکهاي دروني و خارجي را در پي علائم خطر مي کاود (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381).

آلبرت اليس بر اين باور است که رفتار افراد بيش از آنکه به شرايط عيني بستگي داشته باشد، به دستگاههاي اعتقادي و راههاي تعبير و تفسير آنان از موقعيت­ها ارتباط دارد او به هيجانهاي شديد و رفتارهاي اضطراب انگيز به عنوان نتايج قابل تغيير افکار مي نگرد. اليس مي پذيرد که ارزشهاي غلط احتمالاً در کودکي شکل گرفته اند، اما معتقد است که يافتن اينکه افراد چگونه و از چه طريق اين رفتارهاي اضطرابي را پيدا کرده اند کمتر از کمک کردن به تغيير افکار آنان نسبت به موقعيت هاي فعلي اهميت دارد (آزاد 1376).

**ديدگاه زيست شناختي**

طي سال­ها چندين نوع واکنش مختلف معلول، وضع زيست شناختي فرد شناخته شده است. بعضي از اين کشفيات به رشد شيوه هاي درمان پزشکي منجر گشته اند. گرچه هيچ علت عضوي مشخصي براي بيشتر انواع اختلالات اضطرابي يافت نشده است، يافته هاي دال بر عليت جسماني در ديگر شرايط اين احتمال را که اختلالات اضطرابي تا اندازه اي با نقايص جسماني همبسته اند نمي تواند کنار بگذارد (ساراسون به نقل از نجاريان، 1381). مثلاً آشکار شده است که داروهاي آرامبخش در کاهش اضطراب موثرند، محققان درصدد کشف چگونگي تاثير اين داروها در بعضي قسمتهاي مغز هستند. موضوع ديگري که به اهميت عوامل زيستي اشاره دارد، وجود شواهدي است که نقش وراثت را در اختلالات اضطرابي تأييد مي کند. مثلاً هماهنگي بالايي که بين دوقلوهاي همسان از نظر ابتلا اين اختلالات ملاحظه مي شود، ممکن است حاکي از يک ترکيب ژنتيکي به عنوان علت اين اختلال باشد. همچنين دستگاه عصبي افراد مبتلا به اختلالات اضطرابي به ويژه نسبت به محرک ها حساس تر است. اين موضوع خود ممکن است ناشي از يک آمادگي ژنتيکي خاص باشد (آزاد، 1376).

مطالعات متعدد پيوندهايي را بين اضطراب و کارکرد زيستي- جسماني آشکار ساخته­اند. افرادي که دستگاههاي عصبي آنها خصوصاً نسبت به محرک حساس است بيشتر احتمال مي­رود اضطرابهاي شديدي تجربه کنند. به علاوه شواهدي هم نشان مي دهد که اختلالات اضطرابي معمولاً در بين افراد خانواده شايع است (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381). در حدود 15 درصد از والدين و خواهران و برادران افراد دچار اختلالات اضطرابي، دچار اختلال مشابهي هستند. و دوقلوهاي همسان همخواني بيشتري (حدود 40 درصد) در علائم اضطراب نشان مي دهند تا دوقلوهاي ناهمسان (حدود 4درصد). اين يافته ها نشانگر وجود علت ژنتيک در اضطراب است.

البته اين نتايج قطعي نيستند، زيرا آزمودنيها در اين نوع تحقيقات نه تنها داراي وراثتهاي يکسان يا همانند هستند بلکه معمولاً با هم زندگي مي کنند و بنابراين محيط هاي مشابهي نيز تجربه مي کنند (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381).

کشف محل گيرنده هاي عصبی داروهاي ضد اضطراب جستجوي گسترده اي را براي ديگر جزئيات دستگاه مغز که حکم کليد را براي زيست شناسان دارند؛ باعث شده است. بعضي متخصصان معتقدند محل هاي گيرنده، کليد اضطراب طبيعي هستند و داروهاي ضد اضطراب به همان طريق مواد طبيعي بدن (که شايد هنوز کشف نشده) عمل مي کنند و اضطراب را تحت کنترل در مي آورند. يکي از مسائل هيجان انگيزي که در اين ديدگاه مورد پژوهش قرار گرفته اين است که چه مواد توليد شده اي در بدن به کدام نوع گيرنده ها متصل مي شوند (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381). تلاش هايي که براي شناسايي محل هاي گيرنده در منطقه هاي خاص مغز صورت گرفته اطلاعاتي در مورد محل هاي دقيقي در مغز که واسطه اثرات انواع مختلف داروها هستند، بدست مي دهد به عنوان مثال، چندين سال قبل محققان دريافتند بنزو دياز پين ها به گيرنده خاصي در ياخته هاي عصبي مي چسبند و نيروهاي مربوط به داروها در فرآيند رقابت براي چسبيدن به اين گيرنده­ها، اثرات باليني خود را بهمراه دارند. محل هاي گيرنده به عنوان ايستگاههاي دريافت­کننده ياخته هاي عصبي مغز عمل مي کنند. از اينرو طيف کاملي از داروها بوجود آمده اند که بعضي عملکردي آرام بخش دارند، در حالي که بعضي ديگر آن عملکرد را مانع مي­شوند و دسته سوم اثر متضاد دارند يعني اضطراب برانگيزند (ساراسون، به نقل از نجاريان، 1381).

**ديدگاه انسان­گرايي**

ريشه­هاي تاريخي ديدگاه انسان گرايي و اصالت وجودي را بايد در سيستم هاي فلسفي و مذهبي که بر شأن، خوب بودن ذاتي، آزادي طبيعت انسان تاکيد دارند، جستجو کرد. يکي از فرضيه هاي اصلي نظريه انسان گرايي اين است که در هر فرد نيروي فعالي وجود دارد که وي را به طرف تحقق خود، يا کمال خود، يا شکوفايي خود سوق مي دهد تا تمام آنچه مي تواند باشد، بشود. وقتي که شخصيت انسان در محيط مساعدي شکل بگيرد، فرصت مي يابد که نيروهاي خلاقه خود را آزاد نمايد و طبيعت مثبت دروني انساني خويش را ظاهر سازد. برعکس محيطي که تمايلات انسان را براي گام برداشتن به سوي تحقق خود، يا شکوفايي خود سد مي کند، موجب گسترش اضطراب در فرد مي شود (آزاد، 1376).

مازلو معتقد است که نوروتیک ها (افراد مبتلا به اختلالات اضطرابي) کساني هستند که از دستيابي به نيازهاي اساسي خود، خواه توسط خودشان، خواه توسط ديگران، محروم شده اند و از کوشش آنان براي رسيدن به کمال و تحقق خويش جلوگيري شده است. در نتيجه آنان احساس تهديد و عدم امنيت مي کنند (آزاد، 1376).

راجرز اظهار مي دارد: بزرگسالي که احساس مي کند مورد علاقه ديگران است، به او احترام زياد گذاشته می‌شود و ديگران تصور خوبي نسبت به او دارند، به احتمال زياد درکودکي خودپنداري مثبتي داشته است، و در آينده توانايي گام برداشتن به سوي تحقق واقعي خويش را خواهد داشت. طبق نظر راجرز سازگاري مطلوب چيزي است که او آن را کمال فرد ناميده است. بدين ترتيب، اضطراب مربوط به ناراحتي، پريشاني، يا تنشي است که فرد از ناهماهنگي بين ادراک واقعي خويشتن و آرمانهايي که دوست دارد بدانها برسد، ناشي مي شود (آزاد، 1376).

مطابق با اين ديدگاه اضطراب زماني ايجاد مي شود که شخص با انتخاب يا سوال اساسي روبه رو مي شود. فردي که طرد شده است امکان دارد از طريق کنجکاوي درباره ساير علل ايجادکننده اين وضع، از اضطراب خود به نحو سازنده استفاده کند. اما اين امکان نيز وجود دارد که به علت گرفتاري و اضطراب زياد، از اين عمل اجتناب ورزد و در نتيجه از رشد بيشترخود جلوگيري کند (ساراسون،1980، به نقل از آزاد، 1376).

**ديدگاه اجتماعي**

در ديدگاه اجتماعي حالات رواني و اضطرابي به عنوان يک مسئله بهداشتي يا نقص شخصي نگريسته نمي‌شود، بلکه نتيجه و محصول، ناتواني فرد در مقابله موثر با فشار رواني مورد توجه قرار مي گيرد. در اين ديدگاه رفتار ناسازگار به عنوان يک مشکل که فقط در فرد وجود دارد، تلقي نمي گردد، بلکه دست کم آن را به عنوان شکست دستگاه اجتماعي حمايت کننده وي از قبيل زن يا شوهر، والدين، خواهران و برادران، منسوبان، دوستان، معلمان و رئيس به حساب مي آورند (آزاد، 1376).

**سبب شناسی اضطراب اجتماعی**

**نظریه­های روانپویشی**

فروید نخستین کسی بود که تلاش کرد به طور نظامداری ابتلا به رفتار فوبیایی را تبیین کند، طبق نظر او فوبی­ها را می­توان نوعی دفاع در برابر اضطراب حاصل از تکانه­های واپس­رانده شده نهاد دانست.این اضطراب،از تکانه­های هراس آور نهاد به شیئی یا موقعیتی که ارتباط نمادین و سمبلیک با آن دارد جا به جا می­شود.

بعد این گونه موقعیت­هاو یا اشیاء به محرک­های هراس­آور تبدیل می­شود. فرد از طریق اجتناب از این موقعیت­ها قادر خواهد بود از برخورد با تعارضات واپس­رانده دوری کند. فوبی راهی است برای دور نگه داشتن ایگو از مواجهه با مشکل واقعی–تعارضات واپس راندهدوران کودکی(شوماخر[[13]](#footnote-13) و همکاران،1387).

همانطور که نظریه روانکاری انشعابات زیادی دارد به همین میزان درمان­های مختلفی نیز وجود دارد. لیکن در مجموع تمامی درمان­های روانکاوی برای فوبی ها سعی دارند از تعارضات واپس رانده ای که فرض می­شود زیر­بنای ترس و اجتناب شدید در این اختلالات هستند پرده بردارند(همان منبع).

**نظریه­های رفتاری[[14]](#footnote-14):**

مهمترین تبیین رفتاری فوبی آن است که فوبی­هااز راه یادگیری کسب می شوند در این میان ممکن است چندین نوع یادگیری دخیل باشد:

**الف)**شرطی شدن اجتنابی[[15]](#footnote-15): فرمول شرطی سازی اجتنابی براساس نظریه دوعاملی است که به وسیله ماور[[16]](#footnote-16) (1947) ارائه شد و بیانگر این است که فوبی در اثر دو مجموعه یادگیری مرتبط با هم ایجاد می­شود:

1. از طریق شرطی سازی کلاسیک، فرد یاد می­گیرد که از محرک خنثی (CS) در صورت همانندی با رویداد تحریک­کننده یا دردناک بترسد (UCS). شرطی سازی کلاسیک مطرح می­سازد که تجربه ناگوار شرمندگی در موقعیت­های اجتماعی، مسئول شروع اضطراب اجتماعی است. یک نمونه چنین تجربه­ای می­توان نقص و ضعف در جلو کل بچه­های کلاس و مورد تمسخر و خنده قرار گرفتن باشد (لینکلن[[17]](#footnote-17)،2003).
2. فرد یاد می­گیرد که با فرار یا اجتناب از محرک خنثی (CS) ترس شرطی شده را کاهش دهد. این نوع دوم یادگیری شرطی سازی عامل نامیده می­شود. در اینجا پاسخ در نتیجه پیامد تقویت کننده­اش که همان کاهش ترس است تداوم می­یابد (همان منبع).

**ب)** سرمشق دهی: علاوه بر این که ممکن است گاهی ترس در اثر یک رویداد ناخوشایند آموخت شود،این امکان نیز وجود دارد که با تقلید واکنش­های دیگران آموخته شود (همان منبع).

**ج)** ضرورت وجود نوعی بیماری پذیری: بیماری پذیری روانشناختی باور به اینکه تجارب آسیب­زای مشابه در آینده تکرار خواهد شد. یک بیماری پذیری روانشناختی دیگر، عبارتست از سابقه ناتوانی در کنترل محیط (لینکلن،2003).

**نظریه­های زیستی:**

نظریه­های زیستی براین فرض مبتنی هستند که آنهایی که فشار روانیتأثیر مخربی بر آنها می­گذارند نوعی کژکاری زیستی دارند که به طریقی آنها را بعد از یک رویداد تنش­زای خاص مستعد ظهور فوبی اجتماعی می­کند. راپی (1995) بیان کرده است که نشانگان فیزیولوژیک اضطراب اجتماعی که افراداضطراب اجتماعی در موقعیت­های تهدید کننده تجربه می­کنند دقیقاً همان علائمی است که در دیگر اختلالات اضطرابی مشاهده می­شود مانند: خشک شدن دهان،انقباض عضلات، سرخ شدن، لرزش، تپش قلب و تعریق مثالهایی از نشانگان فیزیولوژیک اضطراب اجتماعی است. اختلالات اضطرابی معمولاً در برخی خانواده­ها شایع تراست. حدود 15 درصد والدین و خواهران یا برادران افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی خود دچار اختلالات مشابهی هستند،هر چنداین یافته­ها وجود یا مبنای ارثی برای این اختلالات را اثبات نمی­کند ولی نتایج بررسی­های صورت گرفته بر دو­­قلوها شواهد قطعی­تری در زمینه­ی ارثی بودن اختلالات فوبی(اضطراب)در اختیار می­گذارد.

درصورت مبتلا بودن یک یا هر دوی دوقلوهای همسان به حملات فوبی،احتمال ابتلای دیگری به این اختلال سه برابر، همین احتمال در دوقلوه­های ناهمسان است (توگوسن[[18]](#footnote-18)،1983؛ به نقل از دیوسیون،1994).

**دستگاه عصبی خودمختار[[19]](#footnote-19):**

افراد مبتلا به فوبی اجتماعی غالباً از آن می­ترسند ک مبادا چهرشان در ملاءعام قرمز شود یا به شدت عرق کند،از آنجایی که تعریق و گل انداختن صورت، هر دو تحت تأثیر دستگاه عصبی خودمختار هستند بیش­فعالی این دستگاه مستعد نوعی بیماری پذیری ارثی است.

پس با اینکه فزون کاری دستگاه خودمختار با فوبی اجتماعی تا حدودی مرتبط است، ترس از پیامدهای فعالیت دستگاه عصبی خودمختار می­تواند مهم تراز آن باشد، تحریک دستگاه عصبی خودمختار منجر به تپش قلب و سردرد می­شود که مظاهر جانبی اضطراب هستند. دستگاه عصبی خودمختار افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افزایش را در بخش سیستم سمپاتیک نشان می­دهند (تنسر[[20]](#footnote-20)،1995؛ به نقل از پوجاورا[[21]](#footnote-21)،2004).

**انتقال دهنده­های شیمیایی:**

در ایجاد رفتارهای اضطرابی و فوبی­ها انتقال دهنده­های شیمیایی متنوعی نقش دارند که شامل انتقال دهنده­های پتپیدی، هورمون­های آزادکننده کوتیکوتروپین،انتقال دهنده­های MAO و دوپامین و سروتونین، گلوتامات و گاما می­شود(پوجاورا،2004). درمان زیستی اضطراب اجتماعی شامل دارو درمانی است.

به داروهایی که اضطراب را کاهش می­دهد، مسکن، آرامبخش یا ضد اضطراب می­گویند که شامل:

اولین دسته از داروهای اصلی مورد استفاده برای درمان اختلالات اضطرابی باربیتورات­ها[[22]](#footnote-22) بودند اما به خاطرآنکه شدیداً اعتیادآورند و مصرف زیاد آنها خطر مرگ را به دنبال دارد کنار گذاشته شدند. دو طبقه دیگر از داروها جایگزین آن شدند به نام پروپرانولول­ها(مانند میلتاون) و بنزودیازپین­ها (مانندوالیوم و زاناکس) امروزه از طبقه دوم به صورت گسترده­تری استفاده می­شود. هر چند خطر مرگ ناشی از مصرف باربیتورات­ها بیشتر از بنزودیازپین­هاست ولی آنها نیز اعتیادآور بوده و نشانگان ترک شدیدی ایجاد می­کنند، در سال­های اخیر، داروهایی که ابتدا برای درمان افسردگی به کار می­رفت در درمان بسیاری از اختلالات اضطرابی از جمله فوبی اجتماعی رواج یافته­اند. یک طبقه از این داروها بازدارنده­های (MAO) است که در درمان فوبی اجتماعی نسبت به بنزودیازپین­ها بهتر ازآب درآمدند.عیب بازدارنده­های (MAO) این است که می­توانند باعث افزایش وزن، بی­خوابی، بدکاری جنسی و پرتنشی شوند. بازدارنده­های جذب مجدد انتخابی سروتونین (SSRI) مانند: فلوگزنین (پروزاک) نیز در درمان اضطراب اجتماعی بسیار ثمربخش بوده­اند. بااین حال، مشکل اساسی در درمان دارویی فوبی­ها و سایر اختلالات اضطرابی این است که امکان قطع دارو دشوار است و در صورت قطع دارو،احتمال بازگشت بیماری فراوان خواهد بود(دیویسون،1994).

**عوامل ارثی**:

در اضطراب اجتماعی خصوصاً نوع فراگیر آن و هراس­های اختصاصی میزان شیوع در خویشاوندان درجه اول این بیماران بالاتر از حد متوسط است. بررسی­های مربوط به دوقلوها هم شواهدی به دست می‌دهد دال براین که فوبی ها از یک مؤلفه ارثی برخوردارند (هودسون[[23]](#footnote-23) و همکاران،2003). در ضمن نرخ هم گامی در دوقلوهای همسان بیش از دوقلوهای غیر همسان است.

کودکان مبتلا به اضطراب اجتماعی نسبت به بچه های دیگر بیشتر احتمال دارد که والدین با اختلال اضطراب اجتماعی داشته باشند و به طور مشابه کودکان دارای والدین اضطراب اجتماعی در خطر بیشتری برای ابتلا به فوبی هستند(راپی واسپنس،2004). در مطالعه­ای تاثیر ژنتیک بروی اضطراب دوران کودکی(اضطراب کودکی)، 326 کودک بررسی شد و نتایج نشان داد که ژنتیک به طور قابل توجهی (34) درصد روی علائم اضطرابی نقش و اثر دارد (وارن[[24]](#footnote-24)وهمکارانش،1999؛ به نقل از کاظمی،1382).

**الگوهای نظری اضطراب اجتماعی**

**نظریه طرحواره بک[[25]](#footnote-25)(1988):**

براساس این نظریه آسیب­پذیری و استعداد بیشتر افراد نسبت به اضطراب و افسردگی به تشکیل ساختاری­های اطلاعات سازماندهی شده(طرحواره[[26]](#footnote-26)) این افراد در اوایل زندگی بر می­گردد. مطابق با این نظریه سازمان طرحواره­ای افراد افسرده زیر سیطره منفی­بافی های فشارآور آنها قرار دارد. منفی اندیشی درباره خود، جهان و آینده دیگران در افراد افسرده به وفور مشاهده می­شود. طرحواره ناکارآمد افراد مضطراب شامل تهدید فیزیکی یا روانی به حریم شخصی خود و همچنین تسلط اغراق­آمیز احساس آسیب­پذیری است. بک و کلارک (1988) فرض می­کنند که طرحواره­ها بر اغلب فرآیندهای شناختی مانند: توجه، ادراک، یادگیری، بازیابی و تفسیر اطلاعات اثر می­گذارند. طرحواره­ها منجر به سوگیری پردازشی همخوان با طرحواره می­شوند.

**نظریه شبکه متداعی باور(1981):**

بر اساس این نظریه هر عاطفه یا هیجان دارای مراکز یا واحدهایی در حافظه است که بسیاری از زوایایی مربوط به آن هیجان با این واحدها مرتبط است. زمانی که یکی از زوایا یا جنبه­های مرتبط با هیجان تحریک می­شود در واقع هیجان مزبور فراخوانده می­شود.

**الگوی شناختی کلارک و ولز(1995):**

فرایندهایی که در این مدل از زمان ورود فرد مضطرب به موقعیت ترس­آور فعال می­شود بدین قراراست: براساس تجارب اولیه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی یکسری فرض­ها را درباره خودشان و موقعیت اجتماعی به وجود می­آورند.(من انسان بی­ارزشی هستم، در صورتی که اضطرابم را بروز دهم دیگران فکر می­کنند غیرعادی هستم و مرا طرد می­کنند). این ارزیابی­ها باعث می­شود که آنها این موقعیت اجتماعی را به گونه­ای منفی تفسیر کنند،این تفسیرها منجر به بروز اضطراب خواهد شد. در صورت تداوم ارزیابی­های منفی این ارزیابی­ها منجر به بروز سه نشانگان(علائم) می­شود(کلارک و ولز،1995).

نشانگان(علائم)اول:مجموعه علائم جسمی و شناختی اضطراب است که به شکلی غیرارادی توسط ارزیابی خطر از موقعیت برانگیخته می­شود که شامل سرخ شدن، لرزش، تپش قلب واشکال در تمرکز است هر یک از این علائم منبعی است برای ادراک دوباره خطر (همان منبع).

مولفه دوم: بروز رفتارهای ایمنی از سوی افراد مضطرب برای کاهش تهدید اجتماعی و پیشگیری از وقوع پیامدهای ترسناک است(مانند: تلاش برای مورد توجه قرار نگرفتن، تلاش برای خوب به نظر رسیدن) و مولفه سوم: تغییر در توجه است، زمانی که این افراد تصور می­کنند مورد توجه دیگران هستند و توسط دیگران ارزیابی می­شوند توجه خود را متمرکز بر روی خود می­کنند و سپس به واسطه اطلاعات درونی برداشتنی را از خود شکل می­دهند این که دیگران در مورد آنها چگونه فکر می­کنند(همان منبع).

**الگوی شناختی اضطراب اجتماعی راپی و هیمبرگ (1997):**

این مدل با این ایده شروع می­شود که افراداضطراب اجتماعی تصور می­کنند که افراد دیگر ذاتاً انتقادکننده هستند و آنها را به طور منفی ارزیابی می­کنند. بنابراین زمانی که با دیگران رو به رو می­شوند یک بازنمایی ذهنی از ظاهر و رفتارشان آنطور که تصور می­کنند توسط دیگران مشاهده می­شوند را تشکیل می­دهند (راپی،هیمبرگ،1997).

این بازنمایی­های ذهنی براساس درون دادهای متعددی مثلاً اطلاعات فراخوانده شده از حافظه بلند مدت(تجارب قبلی)، تصویر واقعی از خود، نشانه­های درونی(نشانه­های جسمانی و گرفتگی عضلات) و نشانه­های بیرونی(بازخورد از دیگران) تشکیل می­گردد که عموماً منفی است،ارزیابی منفی پیش بینی شده اضطراب بیشتری تولید می­کند، که همین قضاوت­های منجر به راه اندازی نشانگان فیزیولوژیکی، شناختی و رفتاری خواهد شد و بازنمایی ذهنی فرد از ظاهر و یا رفتار مشاهده شده از سوی دیگران را تحت تأثیر قرار داده و این چرخه معیوب (دوره) دوباره تکرار خواهد شد (همان منبع).

**مدل شناختی اضطراب اجتماعی بک،امری و گرینبرگ (1985):**

یکی از قدیمی­ترین و پر نفوذ­ترین مدل­های شناختی اختلالات اضطرابی به ویژه اضطراب اجتماعی مدل شناختی بک ، امری و گرینبرگ(1985) است. در این مدل فوبیای اجتماعی به سبب وجود باورهای ناکارآمد و افکار غیرمنطقی افراد درباره خود و رفتارشان در موقعیت­های اجتماعی است. باورهای ناکارآمد شامل تعیین شاخص­ها یا استانداردهای افراطی برای عملکرد اجتماعی، باورهای شرطی مربوط به ارزیابی اجتماعی و باورهای غیرشرطی درباره خوداست که موجب تداوم اضطراب اجتماعی می­گردد.

**تحقیقات انجام شده در خارج از کشور**

آلتونسوی و همکاران(2010) در پژوهش خود نشان دادند كه تغيير در خودكارآمدى تحصيلى ميزان انگيزش تحصيلى را تغيير مى دهد. بين خودكارآمدى با نشانه هاى اضطراب و هراس و اختلال اضطراب فراگير رابطه وجود دارد.

همچنين نتايج تجربي جاج[[27]](#footnote-27) و همکاران (2007) نشان می­دهد كه بين روان نژندی و خودكارآمدی رابطه، منفی و بين برونگرایی و خودكارآمدی رابطه مثبت وجود دارد.

رودباق[[28]](#footnote-28) (2006) در پژوهشی به بررسی خودکارآمدی و رفتارهای اجتماعی پرداخت. نتایج نشان داد که ارتباط معکوس و معناداری بین خودکارآمدی و رفتارهای اجتنابی در افراد مضطرب اجتماعی وجود دارد. آزمودنی­هایی که اضطراب اجتماعی پایینی داشتند بیشتر از آزمودنی­های دیگر از صحبت کردن در جمع اجتناب می­کردند.

گادیانو[[29]](#footnote-29) و همکاران(2003) به بررسی ارتباط اضطراب اجتماعی با خودکارآمدی نوجوانان پرداختند. نتایج نشان داد که همبستگی منفی و معناداری بین خودکارآمدی و اضطراب اجتماعی وجود دارد.

کولز[[30]](#footnote-30) و همکاران(2001) در مطالعه خود به این نتیجه دست یافتند که افراد مضطرب اجتماعی، در ابعاد مختلف زندگی خود مانند موقعیت­های شغلی و تحصیلی دچار مشکل هستند و در اثر این تجربه ناخوشایند رضایت لازم و کافی از زندگی تحصیلی و اجتماعی خود ندارند.

موریس[[31]](#footnote-31) و همکاران(2001) به بررسی تأثیر برنامه گروهی مداخله زود هنگام در نوجوانان مضطرب و افسرده و همپنین عوامل حمایتی و آسیب­زا در نوجوانان بهنجار پرداختند. نتایج نشان داد که خودکارآمدی با فوبی اجتماعی رابطه معنادار دارد. آنها نشان دادند که فوبی اجتماعی با افرایش سطح خودکارآمدی در نوجوانان کاهش می­یابد.

نتایج تحقیق بیرن[[32]](#footnote-32) و همکاران(1986)حاکی از آن است که رابطه­هایی بین جو­کلاس و پیشرفت تحصیلی وجود دارد و تحلیل چند متغیره، تفاوت جنسی را در ادراک محیط یادگیری آزمودنی­ها آشکار کرده است.

هایرتل و همکاران(1981)ضمن انجام یک فراتحليل دريافتند در كلاس­هايی كه دانش­آموزان از همبستگی، رضايت و هدفمندی بالاتری برخوردار بودند، از پيشرفت تحصيلی بيشتری هم بهره می­بردند و آشفتگی و برخورد كمتری بين آن­ها مشاهده شده است. مطالعات ديگری، وجود رابطه بين نگرش و ادراك دانش آموزان از جو­ روانی اجتماعی كلاس و يادگيری كلاسی را مورد تأكيد قرار داده­اند.

در تحقیق وانگ و مارتل (1994-1993) نشان داده شده است که جو کلاس به ابعاد اجتماعی – روانشناختی بستگی دارد و مدیریت کلاس، اگر خوب باشد، باعث افزایش مشارکت دانش آموزان، کاهش رفتارهای مخرب و استفاده مناسب از زمان آموزش می شود. همچنین رفتار اجتماعی معلم با دانش آموز بر یادگیری اثر دارد و منجر به ایجاد حس عزت نفس دانش آموز و پرورش روابط دوستانه درکلاس و مدرسه می گردد.

روتر؛ (هانیش؛استوفن و بارژل به نقل از تورله) 11 ویزگی را در «مدارس کارآ» نام می برند که حکایت از روابط مثبت و هدفدار و در نتیجه جو مطلوب است که عبارتند از: 1) شاگرد فعال است نه منفعل. 2) استاندارد واضح و روشنی برای فعالیت شاگردان وجود دارد. 3) بین معلم و دانش آموزان روابط حسنه وجود دارد. 4) آموزش بر حسب نیاز دانش آموزان است. 5) در ضمن برقراری نظم و انضباط، اعتماد و رفاه هم وجود دارد. 6) بین معلمان روابط حسنه وجود دارد و آنها درباره مسائل آموزشی، ارزش ها، نظم و انضباط مشورت می کنند. 7) مدیران یاددهنده های خوبی هستند و ارتباط گسترده با معلمان و والدین دانش آموزان دارند. 8) ارزشیابی مشخص ومثبتی وجود دارد. 9) رابطه گسترده ای بین والدین دانش اموزان و معلمان وجود دارد. 10) فعالیتهای مثبت در شاگران مد نظر است. 11) در کلاس، روش دموکراتیک برقرار است.

در تحقیق ریچاردسون (1990، ص518) نشان داده شده است که رضایت مندی ازکلاس در مدارس دخترانه، بیش ازمدارس پسرانه و مدارس مختلط است؛ همچنین، اصطکاک در مدارس دخترانه کمتر از مدارس پسرانه و مدارس مختلط است. پس در کلاس های مدارس دخترانه، تسهیلات یادگیری بیشتری نسبت به کلاس های مدارس پسرانه و کلاس های مدارس مختلط وجود دارد.

در تحقیق راویو و همکاران نشان داده شده است که انتظار معلم و دانش آموز از جو کلاس تقریباً شبیه به هم است، ولی معلمان و دانش آموزان اغلب در درس و ادراک از جو کلاس با هم تفاوت دارند.

کوپر و گود به نقل از میشو و همکاران می گویند که جنس، سن و برنامه دانش آموزان، در تفاوت ادراک و انتظار از جو روانی – اجتماعی کلاس اثردارد. در تحقیق فراسرواو- برین به نقل از میشو و همکاران نشان داده شده است که انتظار از جو کلاس بالاتر از ادراک است. در تحقیق موس و موس به نقل از میشو و همکاران نشان داده شده است که ادراک معلمان از محیط شان نسبت به شاگردان مثبت تر است.

در تحقیق میشو و همکاران نشان داده شده است که: 1) انتظار شاگردان نسبت به ادراک (از جو روانی – اجتماعی کلاس) بیشتر است. 2) بیشترین تفاوت ادراک و انتظار شاگردان (از جو کلاس) در مؤلفه های مشارکت، برخورداری از پشتیبانی معلم، نظم و سازماندهی مطالب است. 3) کمترین تفاوت ادراک و انتظار دانش آموزان درمؤلفه های اهمیت دادن به کار و تکلیف، دلبستگی متقابل بین دانش آموزان است که رضایت آنان را در امور مذکور نشان می دهد . 4) انتظار معلمان بالاتر از ادراک است؛ یعنی، آنان ناراضی از جو موجود بوده و خواهان اصلاح و تغییراتی در آن هستند. 5) ادراک و انتظارمعلمان بالاتر از ادراک و انتظار شاگردان است. 6) تفاوت ادراک و انتظار معلمان نسبت به شاگردان کمتر است، یعنی معلمان جو روانی- اجتماعی کلاس را بهتر و مساعدتر می بینند و نسبت به شاگردان خواهان تغییر کمتری در جو کلاس هستند. 7) بیشترین تفاوت ادراک و انتظار معلمان در مورد مؤلفه های مشارکت، دلبستگی متقابل بین دانش آموزان، اهمیت دادن به سعی و انجام تکلیف، و برخورداری از پشتیبانی معلم است که نارضایتی آنان را در مورد مؤلفه های مذکور نشان می دهد.

**تحقیقات انجام شده در داخل کشور**

خواجه و همکاران (1390) در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه اضطراب اجتماعی و جو­روانی-اجتماعی کلاس با خودکارآمدی تحصیلی دانش­آموزان راهنمایی به این نتیجه دست یافتند که اثر همزمان اضطراب و جو­روانی-اجتماعی در پیش­بینی خودکارآمدی نشان داد که مؤلفه رقابت در مقیاس جو ­روانی اجتماعی پیش­بینی­کننده منفی و معنادار خودکارآمدی تحصیلی است و همچنین مؤلفه اصطلاک و انظباط، به صورت مثبت و معنادار بعد استعداد در خودكارآمدی تحصيلی را پيش­بينی می كند. همچنین، مؤلفه انظباط به صورت مثبت و معنادار بعد بافت در خودکارآمدی تحصیلی را پیش­بینی می کند. از بین ابعاد اضطراب بعد اجتناب از موقعیت جدید، می­تواند بعد بافت را به صورت مثبت پیش­بینی کند. در پیش­بینی بعد تلاش توسط ابعاد دو متغیر اضطراب و جو مشخص شد انظباط در جو روانی اجتماعی و بعد اجتناب از موقعیت جدید در متغیر اضطراب به صورت منفی تلاش را پیش بینی می کند.

بختیارپور و همکاران(1390) در پژوهشی تحت عنوان ارتباط سوگیری توجه و خودکارآمدی عمومی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان زن به این نتیجه دست یافتند که سوگیری توجه(کانون توجه تمرکز بر خود) رابطه مثبت معنادار، خودکارآمدی عمومی رابطه منفی معنادار با اضطراب اجتماعی دارند. و سوگیری (کانون توجه بیرونی) با اضطراب اجتماعی رابطه معناداری ندارد. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه نشان از رابطه معنادار چندگانه بین متغیرهای پژوهش دارد و از میان متغیرهای پیش بین بین خودکارآمدی عمومی و سوگیری توجه(کانون توجه تمرکز بر خود) به ترتیب پیش­بینی کننده برای اضطراب اجتماعی می‌باشند.

خیر و همکاران(1387) در پژوهشی تحت عنوان اثر واسطه­گری توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری داوری نشان دادند که اضطراب اجتماعی همبستگی معناداری با خودکارآمدی اجتماعی دارد.

مسعودنیا (1387) در تحقیقی به بررسی خودکارآمدی عمومی و فوبی اجتماعی پرداخت یافته­ها اعتبار و توانایی مدل شناختی-اجتماعی بندورا را بعنوان یک مدل نظری در تبیین و پیش بینی فوبی اجتماعی دانشجویان نشان داد. سازه خودکارآمدی بعنوان سازه اصلی در تئوری شناختی- اجتماعی بندورا به خوبی توانسته است تغییرات در فوبی اجتماعی دانشجویان را تبیین کند.

غلامی و همکاران (1386) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که باور خودکارآمدی در موقعیت­های اجتماعی باعث افزایش جرأت و کاهش میزان ناراحتی افراد به هنگام فعالیت­های اجتماعی شده و در نتیجه حساسیت آنها نسبت به دقیق شدن دیگران در عملکرد آنها را کاهش می­دهد. جو­حمایت کننده جلسات آموزش گروهی که در آن افرادی با مشکلات مشابه شرکت داشتند و نیز و نیز انجام تکنیک­هایی مانند سخنرانی الگوهای میهمان و قانع سازی کلامی هم احتمالاً به تصحیح تصورات نادرست آزمودنی­ها در مورد میزان دقت دیگران در عملکرد آنها و نیز کاهش حساسیت آنها به این نوع مورد مشاهده قرار گرفتن کمک کرده است، در نتیجه هراس اجتماعی آزمودنی­ها کاهش پیدا کرده است.

نتايج پژوهش طالب زاده نوبریان و همکاران(1387) نشان داد که جو­ مدرسه نه تنها بر پرورش مهارت­هاى اجتماعى مورد بررسى در فراگيران اجتماعى تأثیر دارد، بلکه بر واريانس مشترک اين مهارت­ها نيز مؤثر است. مطالعه­ى مفهومى هر يک از مهارت­هاى اجتماعى نشان داد که واريانس مشترک مهارت­هاى اجتماعى، از ۶ متغير ديگر تأثير پذیرفته است که عبارتند از: خودآگاهى، عزت نفس، گسترش روابط، اعتماد و احساس امنيت، توجه به عواطف فردی و انعطاف پذیری.

غیبی و همکاران(1391)در پژوهش خود بیان داشتند برای ایجاد یا افزایش خودكارآمدی دانشجویان لازم است آنها از سبک­های یادگیری هر رشته تحصیلی و مشاغل مرتبط با آن آگاهی یابند تا بتوانند از نظر تحصیلی و شغلی موفق باشند. همچنین باید تدابیری اتخاذ كرد تا سبک ها و روش­های تدریس استادان در دانشگاه متناسب با سبک یادگیری خاص هر رشته تحصیلی باشد تا آموزش مطلوب تحقق یابد و دانشجویان بتوانند مبانی رشته تخصصی خود را یاد بگیرند و از دانش خود به طور كاربردی استفاده كنند تا خود را افرادی كارآمد بدانند.

فشارکی و همکاران (1389)در پژوهشی تحت عنوان تأثیر تدریس به روش سخنرانی و سخنرانی همراه با یادگیری مبتنی بر مسأله بر خودکارآمدی دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد دریافتند که آموزش­های مؤثر می­تواند خودکارآمدی دانشجویان در جهت اجرای عملکرد مرتبط با آنان را ارتقا دهد.

نتایج پژوهش کریم زاده و همکاران (1385) نشان داد که هر اندازه خودکارآمدی فرد بالاتر باشد، پیشرفت تحصیلی بیشتر خواهد داشت.

اعرابیان و همکاران (1383) در پژوهشی تحت عنوان بررسی رابطه باورهای خودکارآمدی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانشجویان به این نتیجه دست یافتند که باورهای خودکارآمدی قوی بر سلامت روان دانشجویان اثر داشته، در حالی که این باورها بر موفقیت تحصیلی دانش­آموزان اثرگذار نمی باشد.

کایوند و همکاران (1388) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی آموزش مهارت­های ارتباطی بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان پسر سال اول متوسطه ناحيه 4 آموزش و پرورش شهر اهواز نشان دادند كه آموزش مهارت­های ارتباطی باعث كاهش اضطراب اجتماعی و مؤلفه­های آن، يعنی (اجتناب و پريشانی اجتماعی و ترس از ارزيابی منفی) دانش­آموزان گروه آزمايش در مقايسه با گروه گواه شده است.

بر اساس يافته­های پژوهش کریمی طرقبه و همکاران (1388) بين خودكارآمدی تمرينی با مراحل تغيير رفتار تمرينی آنان رابطه معنی داری وجود دارد. ضمن اینکه از طریق خودکارآمدی می­توان احتمال تغيير مرحله رفتار تمرينی دانشجويان را نيز پيش­بينی كرد.

عطوفی سلمانی و همکاران (1384) در پژوهشی تحت عنوان بررسی تأثیر جو ­روانی-اجتماعی کلاس بر پیشرفت تحصیلی دانش­آموزان پایه پنجم شهر کاشان به این نتیجه دست یافتند که بین جو روانی-اجتماعی کلاس و پیشرفت تحصیلی رابطه معناداری وجود دارد و می توان بر اساس جو ­روانی-اجتماعی کلاس و پیشرفت تحصیلی دانش­آموزان را پیش­بینی کرد.

فراهانی و همکاران(1381) به بررسی رابطه خودکارآمدی با نگرش و عملکرد تحصیلی درس ریاضی در دانش­آموزان سوم راهنمایی شهر تهران به این نتیجه دست یافتند که بین خودکارآمدی و نگرش نسبت به ریاضی با عملکرد در ریاضی رابطه مثبت و معنادار دارد.

در تحقیق وانگ و مارتل؛ به نقل از مجنونی (1381) نشان داده شده است که جو کلاسی به ابعاد شناختی و اجتماعی آن بستگی دارد و چنانچه مدیریت کلاس مطلوب باشد، به افزایش مشارکت، کاهش رفتارهای مشارکت مخرب و استفاده ی مناسب از زمان آموزش منجر می­گردد. رفتار اجتماعی معلم با دانش آموز نیز بر میزان یادگیری آنها اثر دارد و سبب ایجاد حس عزت­نفس دانش­آموزان و پرورش رابطه دوستانه در کلاس درس و مدرسه می­گردد.

**منابع فارسی**

آزاد حسین (1378). سلامت روان ازدیدگاه الیس. **فصلنامه اصول بهداشت روانی،شماره چهارم.**

احدی، ح؛ جمهری، ف.، 1378، روانشناسی رشد (نوجوانی، جوانی، میانسالی، پیری) تهران، پردیس.

استوار، صغری؛ خير، محمد؛ لطيفيان، مرتضی.(1385). *بررسی سوگيری حافظه در نوجوانان با اختلال اضطراب اجتماعی*. ***مجله روانشناسی****،* چاپ 10، شماره 3، صص 364-349 .

استوار، صغري؛ رضويه، اصغر*.(1382). بررسی ويژگی های روا نسنجی مقياس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان، جهت استفاده در ايران.* ***ارائه شده در پنجمين همايش بهداشت روانی كودكان و نوجوانان، دانشگاه علوم پزشكی و خدمات درماني زنجان.***

استوار، ص.؛ خير، م.، (1386). ارتباط ميان اضطراب اجتماعي و سوگيري شناختي در نوجوانان، مجله روانپزشکي و روانشناسي باليني ايران، سال سيزدهم ، شماره 3 ، 263-256.

اعرابیان، ا؛ خداپناهی، محمدکریم؛ حیدری، محممود؛ صدقپور، بهرام.(1383). بررسی رابطه -باورهای خودکارآمدی بر سلامت روانی و موفقیت تحصیلی دانشجویان. ***مجله روانشناسی،*** دوره8،شماره 32، صص 371-360**.**

امالي، ش .( 1373 ). مقايسه جرأت آموزی توأم با بازسازی شناختی در كاهش اضطراب اجتماعی. ***مجله انديشه و رفتار***، سال اول، شماره ی چهارم.

بختیارپور، سعید؛ حیدری، علیرضا؛ علی پور خدادای، شهلا.(1390). *ارتباط میان سوگیری توجه و خودکارآمدی عمومی با اضطراب اجتماعی در دانشجویان زن*. ***فصلنامه علمی و پژوهشی زن و فرهنگ****.* سال 3، شماره 10، صص 85-71.

خير، محمد؛ استوار ، ص.؛ لطيفيان، م.؛ تقوي، س.ر.؛ ساماني، س.، اثر واسطه گي توجه متمرکز برخود و خود کارآمدي اجتماعي بر ارتباط ميان اضطراب اجتماعي و سوگيري هاي داوري ، مجله روانپزشکي و روانشناسي ايران ، بهار 1387، چهاردهم، شماره يک ، صفحه 24.

دادستان، پ؛ اناری، آ، صالح صدق پور، ب، فصلنامه روانشناسان ایرانی، زمستان 1386، سال چهارم شماره 14، 123 – 115.

سادوک، ب.، سادوک، و.، 1386،خلاصه روانپزشکي علوم رفتاري روانپزشکي، ن. پورافکاري، تهران، شهرآب.

شولتز، س.؛ شولتز، د. ، 1385 ، روانشناسي شخصيت ، ي. سيد محمدي ، نشر ويرايش .

پروچسکا، جیمز او، و نورکراس، جان س.(1385). ***نظریه های روا ندرمانی . ترجمه یحیی*** *–****سیدمحمدی، تهران، انشارات رشد.***

حسين­چاری، مسعود؛ خیر، محمد***.(****1382****).*** *بررسی جو رواني- اجتماعی كلاس به عنوان يكي از مؤلفه های فرهنگ مدرسه.* ***مجله علوم تربيتی و روا نشناسی، دانشگاه شهيد چمران اهواز****،* شماره*3و4 ، صص42-25****.***

خواجه، لاله؛ حسینچاری، مسعود.(1390). *بررسی رابطه اضطراب اجتماعی و جو روانی-اجتماعی کلاس با خودکارآمدی تحصیلی دانش آموزان راهنمایی*. ***فصلنامه روانشناسی تربیتی.*** شماره 20، صص 153-135.

خیر، محمد؛ استوار، صغری؛ لطیفیان، مرتضی؛ تقوی، محمدرضا؛ سامانی، سیامک.(1387). *اثر واسطه گری توجه متمرکز بر خود و خودکارآمدی اجتماعی بر ارتباط میان اضطراب اجتماعی و سوگیری داوری*.***مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*،** شماره 10، صص 34-22.

سیف، علی اکبر.(1390).***روانشناسی پرورشی نوین(روانشناسی یادگیری و آموزش)،*** تهران، نشر دوران.

صالحی حسینس، م.(1372). جو آموزشی و پیشرفت تحصیلی. دانشگاه الزهرا، ***مجله علمی پژوهشی علوم انسانی***. شماره 10و9.

طالب زاده نوبریان، محسن؛ صالح صادق پور، بهرام؛ کرامتی، انسی.(1387). ***بررسى تأثير جوّ اجتماعى مدارس متوسطه بر پرورش مهارت هاى اجتماعى دانش آموزان****.* سال دوم، شماره8، 47-23.

عطوفی سلمانی، محمدرضا؛ بهاری، سیف اله؛ گودرزی ملایری، بهزاد.(1387). بررسی تأثیر جو روانی-اجتماعی کلاس بر پیشرفت تحصیلی دانش آموزان پایه پنجم شهر کاشان. ***فصلنامه اندیشه تازه در علوم تربیتی****،* سال سوم، شماره14،صص 80-63.

غلامی، فاطمه؛ کجباف، محمدباقر؛ نشاط دوست، حمیدطاهر.(1386). *اثر بخشی آموزش گروهی خودکارآمدی بر کاهش هراس اجتماعی.* ***مجله روانشناسی****،* دوره 11، صص232-216.

غيبی، معصومه؛ عارفی، محبوبه؛ دانش،عصمت.(1391). رابطه سبک های يادگيری و خودكارآمدی دانشجويان گروههای تحصيلی. ***فصلنامه روانشناسی كاربردی***، شمار6،صص 68-35.

فراهانی، محمدنقی؛ کرامتی، هادی.(1381). به بررسی رابطه خودکارآمدی با نگرش و عملکرد تحصیلی درس ریاضی در دانش آموزان سوم راهنمایی شهر تهران.***فصلنامه علمی-پژوهشی علوم انسانی دانشگاه الزهرا****.* سال12 شماره42، صص 122-107.

فشارکی، م; اسلامی، م; مقیمیان، م; آذربرزین، م.(1391). تأثیر تدریس به روش سخنرانی و سخنرانی همراه با یادگیری مبتنی بر مسأله بر خودکارآمدی دانشجویان پرستاری دانشگاه آزاد اسلامی نجف-آباد. **مجله آموزش در علوم پزشکی**.10(3)، 262-268.

كاپلان،ه؛ سادوک،ب . (1994). **خلاصه روان پزشکی.** ترجمه نصرالله پورافكاری (1376)، تبريز ،انتشارات ذوقی.

کاپلان، هارولد؛ سادوک، بنیامین.(2007). ***خلاصه روانپزشکی رفتاری و روان شناسی بالینی***. جلد2، ترجمه نصرت اله پورافکاری، 1382، انتشارات سهراب.

کاظمی، حمید، (1382). **مقایسه تحریف های شناختی در بیماران مضطرب و افسرده**. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.

کایوند، فریدون؛ شفیع آبادی، عبداله؛ سودانی، منصور.(1388). اثربخشی آموزش مهارتهای ارتباطی بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان پسر سال اول متوسطه ناحيه 4 آموزش و پرورش شهر اهواز.***دانش و پژوهش در روانشناسی کادبردی دانشگاه خوراسگان***، شماره42، صص 24-1.

كرامتي، محمدرضا (1380). رقابت يا رفاقت در كلاس. مجله روا نشناسي و علوم تربيتي، سال سي

و يكم. شماره 2، صص 139 -156.

کریم­زاده، منصوره؛ محسنی، نیکچهره. (1385). بررسی رابطه خودكارآمدی تحصیلی با پیشرفت تحصیلی در دانش آموزان سال دوم دبیرستان دختر شهر تهران. ***مطالعات زنان****،* سال4، شماره2، صص 45-29.

كريمی طرقبه، الهام؛ شجيع، رضا؛ عادل قهرمان ،مرجان؛ محمدی، جعفر.(1388). تعيين رابطه بين خودكارآمدی و مراحل تغيير رفتار تمرينی در دانشجويان. ***نشریه مديريت ورزشی***، شماره 2، صص 200-182.

گودرزی، محمد. (1388). بررسی میزان افسردگی، اضطراب و استرس در فرزندان دبیرستانی عادی و جانباز. پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد ارسنجان.

مجنونى، طاهر.( ۱۳۸۱ ). ***بررسى تأثير جوّ سازمانى مدارس بر عملکرد دبيران دبيرستان هاى پسرانه شهر بوکان.*** پايان نامه ى کارشناسى ارشد مديريت آموزشى، دانشگاه علامه طباطبايى.

سادوك، بنيامين جيمز و سادوك، ويرجينياآلكوت.( 1387 ). كاپلان و سادوك خلاصه روانپزشكي علوم رفتاري /روانپزشكي بالين . ي ترجمه فرزين رضاعي. جلد اول.تهران. انتشارات ارجمند.

محمدی، ن.(1383) رابطه سبكهای دلبستگی با سلامت عمومی، ***مجله روانشناسی*،** دور 8 شماره 32 ، صص326-322**.**

مدد، احمدرضا (1380). ***بررسی رابطه جو روانی-اجتماعی كلاس و پيشرفت تحصيلی در درس رياضی***. پايان نامه كارشناسي ارشد دانشگاه آزاد اسلامي واحد شيراز.

مسعودنیا، ابراهیم.(1387). *خودکارآمدی عمومی و فوبی اجتماعی: ارزیابی مدل شناختی-اجتماعی بندورا*.***مجله مطالعات روانشناختی****،* دوره ی 4، شماره 3، صص 127-115.

میرکمالی،س.(1379). ***رهبری و مدیریت آموزشی***. انتشارات تهران یسطرون.

مشاك،ر.( 1385 ). **مقايسه باورهای غيرمنطقی، حمايت اجتماعی و اضطراب اجتماعی دانش آموزان دختر دارای مادران شاغل و غيرشاغل دبيرستانهای شهر اهوا**ز. پايان نامه ی كارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

هوی-وین،ک. میکسل، سیسل، ج.(1371). ***تئوری، تحقیق و عمل در مدیریت***، ترجمه سید میرمحمد عباس زاده. ارومیه.انتشارات دانشگاه ارومیه.

نجاريان، ب.؛ هرمزي نژاد، م.؛ شهني زاده، م.، بررسي رابطه ساده و چندگانه متغطرهاي عزت نفس، اضطراب اجتماعي و کمال گرايي با ابراز وجود دانشجويان،1379 ، مجله علوم تربيتي و روانشناسي دانشگاه شهيد چمران اهواز، دوره سوم، شماره 3 و 4، 50-29.

نیسی، ع؛ شهنی ییلاق، م با فراشبندی، الف، بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب عمومی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سرسختی روانشناختی با اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز پایه اول دبیرستانهای شهرستان ابادان، مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، زمستان 1384، دوره سوم سال دوازدهم، شماره 3، 152 – 137.

**References**

Altunsoy, S. & Çimen, O., Ekici, G. & Atikc, A. D, Gokmen, A. (2010). *An assessment of the factors that influence biology teacher candidates’ levels of academic selfefficacy*. ***Procedia Social and Behavioral Sciences*** 2, 2377–2382.

American Psychiatric Association, (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision), Washington, DC: ***American Psychiatric Association.***

American Psychiatric Association. (2002). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).*** Washington, DC: Author text revision.

Arbona, C. (2000). The development of academic achievement in school-aged children: Precursors to career development. In S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), ***Handbook of counseling psychology***(3rd ed., pp. 435-470). New York: Wiley.

Bandura, Albert. 2001. **Guide for Constructing Self-Efficacy Scales**. Stanford, CA, USA: Stanford University.

Bandura, A. (1977). ***Social learning theory***. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). Socail foundations of thouth and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice.

Bandura, A. (1991). Socail cognitive theory of self-regulation. Organizational Behavior and Human Decision Process, 50,248-287.

Bandura, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiologic functioning In R. Schwarzer (Ed), Self-efficacy: Thought control of action (PP. 355-394). Washington, D.C: Hemisphere.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. New York: Academic Press.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York, NY: W.H. Freeman and Company.

Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. Annual Review of Psychology, 52, 1-26. Palo Alto: Annual Review Inc.

Bandura, A., Pastorelli, C., Barbaranelli, C., & Caprara, G. V. (1999). Self-efficacy pathways to childhood depression. ***Journal of Personality and Social Psychology, 76, 258-269.***

Bandura A. (1997) Self-efficacy: ***The exercises of control***. N Y: Freeman;.

Bandura, A. & Lock, E.A (2003) . Negative Self- efficacy and goal revisition. ***Journal of Applied Psychology***, 88 (1)87-89.

Beck, A.T., & Clark, D.A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. Behavior Research and Therapy, 35, 49-58.

Beck, A.T., & Clark, D.A. (1988). Anxiety and Depression: information – processing perspective**. Anxiety Research**, 1, 23-36.

Beck, A.T., & Weishaar, M.E. (1989). Cognitive therapy. In R.J. Corsini & D. Wedding (Eds.), Current Psychotherapies (4th ed.). Itasca, Illinois: F.E. Peacock Publishers, Inc.

Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1985). Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books.

Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia. Washington, D.C.: *American Psychological Association.*Brookover, W. B. (1982). *Creating effective schools: An inservice program for*

Bloom, R. S. (1994). ***Stability and Change in Human Characteristics***. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Brookover, W. B. (1982). Creating effective schools: An inservice program for enhancing school learning climate andachievement*.* ***Holmes Beach, FL: Learning Publications***.

Butler, G., & Mathews, A. (1983). Cognitive processes in anxiety. Behavior Research and Therapy, 24, 461-470.

Byrne, D. B.; Hattie, J. A. & Fraser, B. J. (1986). ***Abstrac****t*, 1988; Vol. 75. Page 823.

Chavira, D. A. & Stein, M. B, (2000). Recent developments in child and

adolescent social phobia, ***Current Psychiatry Report***, 2(4), 347–352*.*

Carr, A.T. (1974). Complusive neurosis: a review of the literature. Psychological Bulletin 81, pp. 311-318.

Clark, D., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia In R. G. Heimberg & Liebowitz, M. R. (Eds), Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment (PP. 64-93). New York: Guilford.

Clark, D., & wells,A.,(1995). A cognitive model of social phobia. In R.G. Heimberg & M. R. Liebowitz (Eds), Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guil ford.

Clark, D.M. & Beck, A.T. (1988). Cognitive approaches. In: Stopa, L. and Clark, D.M, 2000, social phobia and interpretation of social events. Behaviour Research and Therapy, 38, 273-283.

Coles, M.E., Turk, C.L., Heimberg, R.G., & Fresco, D.M. (2001). Effects of varying levels of anxiety within social situations: Relationship to memory perspective andattributions in social phobia***. Behaviour Research and Therapy***. 39, 651-665.

Dweck, C. S., & E.L. Leggett (1988). “A social- cognitive approach to motivation personality”. Psychological review, 95, 256-273.

Dorman, J. P. (2001). Associations Between Classroom Environment and Academic Efficacy. ***Learning Environments Research***, 4, 243-257.

Davidson, J. R., Mughes, D. C, George, L. K., Blazer (1994). The boundary of social phobia: Exploring the Threshold**. Archives of General Psychiatry**, 51(12), 973-983.

Erath, S. A., Flanagan, K. S., & Bierman, K. L. (2010). Friendships moderate psychosocial maladjustment in socially anxious early adolescents, ***Journal of Applied Developmental Psychology***, 31, 15–26.

Elias, S. M., (2008). Anti-Intellectual Attitudes and Academic Self- Efficacy Among Business Students, ***Journal of Education for Business***, 111-116.

Foa, E. B., Franklin, M. E., Perry, K. J., & Herbert, J. D. (1996). Cognitive biases in generalized social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 105,433-439.

Fiske, T; Schacter, D.L; & sahan - Waxler, C. (2002). Motivatinal Beliefs, Values, And Goals. ***Annual Review of Psychology, PP. 109-132.***

Fraser, B. J., Fisher, D. (1998). Predicting Students Outcomes Fro Their Perception Of Classroom Psychology Environment. ***American Educational Research Journal***, 20,191-120*.*

Fraser. B. J. (1994). *Research on Classroom and School Climate*. In D. Gabel, Handbook of research on science teaching and learning, (493-**542) New York: Macmillan.**

Fraser, B. J. (1998). *Science Learning Environments: Assessment, Effects andDeterminant*. Dordrecht, the Nether Lands Klawer.

Fraser, B. J., Fisher, D. (1989). Predicting Students Outcomes From Their Perception Of Classroom Psychology Environment. *American Educational Research Journal, 20,* 191-120.

Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2003**).** Preliminary psychometric evaluation of a new self-efficacy scale and its relationship to treatment outcome in social anxiety disorder. ***Cognitive Therapy and Research*,** 27, 537-555.

Greco, L. & Morris, T.(2005). Factors Influencing the Link Between Social Anxiety and Peer Acceptance: Contributions of Social Skills and Close Friendships During Middle Childhood***, Behavior Therapy***, Volume 36, Issue 2, Spring 2005,Pages 197-205.

Haertel, G. Walberg, H.J. & Haertel, E. H. (1981). Socio- psychological environments and learning: A quantitive synthesis. *British Educational Research*, 7, 27-36.

Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1991). New developments in cognitive–behavioral therapy for social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry*, *52,* 21–30.

Hudson, J. L. & Rapee, R. M. (2003). The origins of social phobia**. Behavior Modification**, 24, 102-129.

Izgic, F., Akyuz, G., Dogan, O., & Kugu, N.(2004). Social phobia among university students and its relation to self-esteem and body image.***Canadian Journal of Psychiatry***, 49(9), 630-634.

Judge, T.A., Jackson, C.L., Shaw, J.C., Scott, B.A., Rich, B.L. (2007). Self-efficacy and workrelated: The integral role of individual differences. ***Journal of Applied Psychology***,92, 107–127.

Kessler, R.C. McGonagall, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., & Wittchen, H. U. (1994). Life time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity survey replication***. Archives of General Psychiatry***, 62,593-602.

LaGreca, A. M. (1999). The Social Anxiety Scales for Children and Adolescents.***Behavior Therapy***, 22, 133-136.

Leary, M. R., & Atherton, S. C. (1986). Self-efficacy, social anxiety, and inhibition in interpersonal encounters***. Journal of Social and Clinical Psychology, 4, 256-267.***

Lincoln, T. M., (2003).**Cognitive Behavioral Treatment of Social Phobia**. University Marburg, lain.

Locock, M.P., & Salkovskis, P. M. (1988). Cognitive factors in social phobia and its treatment. Behavior Research Therapy, 26, pp. 297-302.

Maddux, J. E., Norton, L. W., & Leary, M. R. (1988). Cognitive components of social anxiety: An integration of self-presentational theory and self-efficacy research. ***Journal of Social and Clinical Psychology, 6, 180-190.***

Mainhard,M. T, Brekelmans, M., Wubbels, T. (2010).Coercive and supportive teacher behaviour: Within- and across-lesson associations with the classroom social climate.***Social and Behavioural Sciences***, Utrecht University, 1-10.

Matza, L. S., Revicki, D. A., Davidson, J. R., & Stewart, J. W. (2003). Depression with atypical features in the National Comorbidity Survey: Classification, description, and consequences. *Archives of General Psychiatry, 60,* 817–826.

Miller, C.(2007). Social Anxiety Disorder (Social Phobia)Symptoms and Treatment, ***Journal of Clinical Psychiatry*** *2001;62 Suppl 12:24-9.*

Mohammadi, M. R., Ghanizadah, A., Mohammadi, M. &Mesgarpour, B. (2006). Prevalence of social phobia and its comorbidity with psychiatric disorders in Iran. ***Journal of Depression and Anxiety***, 23, 405-411.

Morgan, j. & Jinks, V. (1999). Childrens perceived academic self-efficacy: An inventory scale.

***http: // unr. Edu / homepage/jcannon/jinksmor.htm1***.

Muris, P & et al, (2001). Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents, ***Behavioral Research and Therapy*** 39 (5), 555–565.

Musa, C., & Lepine, J. P. (2000). Cognitive aspects of social phobia: A review of theories and experimental research. European Psychiatry, 15, 59-66.

Nutbeam, D.Smith ,C. Moore, l. and Bauman, A.(1993). Warning!Schools Can Damage your Health: Alienation from School and its ImpactOn Health Behaviour***, Journal of Paediatric and Child Health***, Vol 29, No-6.

Pajares , F.(2002).***Gender and perceived self-efficacy in self-regulated learning. Theory into practice*** , 41(2), 116-125.

Pohjavaara, P. (2004). **Social Phobia: Etiology, Course and Treatment** **with Endoscopic Sympathetic Block (ESB)**. Finland: Department ofpsychiatry, 62, 17-23.

Rapee, R. M., (1995).Descriptive psychopathology of social phobia in: **Diagnosis Assessment and Treatment,** Guilford, New York. 41-66.

Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and initial model***. Clinical Psychology Review***, 24, 727-767.

Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. **Behavioral Research and Therapy**, 27, 279-293.

Randall, C. L., Thomas, S., & Thevos, A. K. (2001). Concurrent alcoholism and social anxiety disorder: A first step toward developing effective treatments. Alcoholism***, Clinical and Experimental Research***, 25, 210–220.

Rheingold, A. A., Herbert, J. D., Franklin, M. E. (2003). Cognitive Bias in Adolescents with Social Anxiety Disorder. Cognitive Therapy and Research, No. 6, December. 2003, PP.639-655.

Rodebaugh, T. L, (2006). Self-efcacy and social behavior, ***Journal of Behaviour Research and Therapy*** 44, 1831–1838.

Saracaloglu, A.S., Dinçer, I.B.(2009). A study on correlation between self-efficacy and academic motivation of prospective teachers. ***Procedia Social and Behavioral Sciences***, 1, 320–325.

Schnier, F; Johnson, J; Horing, C. (1992). Social phobia Co- morbidity and epidemiogic sample. Archives of General Psychiarty.49, 282-288.

Shumaker, E. A., Rodebaugh, T. L. (2009). Perfectionism and social anxiety: Rethinking the role of high standard. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 40,423-433.

Spence, S. H. Donovan, C, & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. Journal of Abnormal Psychology, 108,211-221.

Stein, M.B, & et al, (2001). Social anxiety disorder and the risk of depression. A prospective community study ofadolescents and young adults, ***Archives of General Psychiatry***, 58, 251-256.

Strahan, E.(2002). The effects of social anxiety and social skills on Academic performance, ***Personality and Individual Differences***, Volume 34, Issue 2, Pages347-366.

Thurler, M. C. (1993). Amener les enseignant vers une Construction active du changement: Pure une nouvelle conception de la gestion deL’innovation; ***Education et Recherche***; No. 2. Page: 218-235.

Warger, Eavy & Associates (2001) Implementing IDEA:A Guidefor Principal,. Association for Exceptional Children, ***Arlington,Va. Special Education Programs, chapter of school climate***

Weeks, J. W., Heimberg, R.G., & Rodebaugh, T.L. (2008). The fear of positive evaluafion scale: Assessing a proposed cognitive component of social anxiety disorder***. Journal of Anxiety Disorders***, 22,44-55.

Wilson, J. K., & Rapee, R. M. (2005). The interpretation of negative social events in social phobia: Changes during treatment and relationship to outcome. ***Behavior Researcand Therapy***, 43, 373-389.

Yerkes, R.M., Dodson, J.D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habit – formation. *Journal of comparative and neurological psychology,* 18, 459-482.

Ziegler, S. M. (2005). ***Theory- directed nursing practice*** (2nd ed.). New York: Springer.

1. - Clark, D., & Wells [↑](#footnote-ref-1)
2. - Chavira [↑](#footnote-ref-2)
3. - Rapee [↑](#footnote-ref-3)
4. - Kessler [↑](#footnote-ref-4)
5. - Schnier [↑](#footnote-ref-5)
6. - Beck, Emery, Greenberg [↑](#footnote-ref-6)
7. - Rapee, Heimberg [↑](#footnote-ref-7)
8. - Skinner [↑](#footnote-ref-8)
9. - Rapee [↑](#footnote-ref-9)
10. 1- Social dysfunction [↑](#footnote-ref-10)
11. 2- Avoidance personality [↑](#footnote-ref-11)
12. - Freud [↑](#footnote-ref-12)
13. - Shumakher [↑](#footnote-ref-13)
14. - Behavior [↑](#footnote-ref-14)
15. - Avoidance/Conditioning [↑](#footnote-ref-15)
16. - Maver [↑](#footnote-ref-16)
17. - Lincoln [↑](#footnote-ref-17)
18. - Torgersen [↑](#footnote-ref-18)
19. - Autonomous [↑](#footnote-ref-19)
20. - Tensar [↑](#footnote-ref-20)
21. - Pohjavaara [↑](#footnote-ref-21)
22. - Barbiturates [↑](#footnote-ref-22)
23. - Hudson [↑](#footnote-ref-23)
24. - Warren [↑](#footnote-ref-24)
25. - Beck Schema Theory [↑](#footnote-ref-25)
26. - Schema [↑](#footnote-ref-26)
27. - Judge [↑](#footnote-ref-27)
28. - Rodebaugh [↑](#footnote-ref-28)
29. - Gaudiano [↑](#footnote-ref-29)
30. - Coles [↑](#footnote-ref-30)
31. - Muris [↑](#footnote-ref-31)
32. - Byrne [↑](#footnote-ref-32)