

مقایسه حل مسئله اجتماعی و مولفه‌های فراشناختی دانشجویان با نشانگان اختلال هراس اجتماعی و هم‌تایان عادی

منصور بیرامی: استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

* یزدان موحدی: استادیار، دکتری علوم اعصاب شناختی، دانشکده طراحی اسلامی، دانشگاه هنر اسلامی تبریز، تبریز، ایران (*نویسنده مسئول).
y.movahedi@tabriziau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۲۲

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۱۶

چکیده

زمینه و هدف: در دو دهه‌ی گذشته، افزایش چشمگیری در پژوهش‌های بالینی با هدف بررسی سازوکارهای زیرین اختلال هراس اجتماعی روی داده است. پژوهش حاضر نیز با هدف مقایسه‌ی توان حل مسئله اجتماعی و باورهای فراشناختی در دانشجویان با نشانگان اختلال هراس اجتماعی و عادی انجام شد.

روش کار: تعداد ۲۸۴ پسر از دانشجویان دانشگاه تبریز به صورت تصادفی انتخاب و علاوه بر پرسشنامه هراس اجتماعی به پرسش‌نامه‌های توان حل مسئله اجتماعی و باورهای فراشناختی پاسخ دادند. از این بین تعداد ۷۰ نفر به عنوان نمونه پژوهش در نظر گرفته شد. تحلیل داده‌ها با روش‌های آماری توصیفی و تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که بین نمرات دانشجویان با نشانگان اختلال هراس اجتماعی و عادی در توان حل مسئله اجتماعی و باورهای فراشناختی تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0/01$)، به گونه‌ای که دانشجویان با نشانگان اختلال هراس اجتماعی از توان حل مسئله اجتماعی کمتر و باورهای فراشناختی مختل‌تری برخوردار بودند.

نتیجه‌گیری: توان حل مسئله اجتماعی و باورهای فراشناختی از عوامل مؤثر در سلامت روانی هستند و می‌توان با تغییر فراشناخت‌هایی که شیوه ناسازگارانه‌ی تفکرات منفی را زیاد می‌کنند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌گردند به بهبود وضعیت سلامت روانی دانشجویان کمک کرد.

کلیدواژه‌ها: توان حل مسئله اجتماعی، باورهای فراشناختی، هراس اجتماعی

مقدمه

موقعیت‌های اجتماعی یا عملکردی می‌نمایند، اما اگر با این موقعیت‌ها روبه‌رو شوند، دچار اضطراب شدیدی می‌شوند (۲).

ویژگی تشخیصی اصلی آن ترس بارز و پایدار از موقعیت‌های اجتماعی است که در آن‌ها احتمال دست‌پاچگی برای شخص وجود دارد. الگوهای شناختی معاصر هراس اجتماعی این فرض را مطرح می‌کنند که افراد مبتلا به هراس اجتماعی موقعیت‌های اجتماعی را زیان‌بار می‌دانند. این افراد بر این باورند که رفتارشان از نظر اجتماعی پیامدهای مصیبت‌باری خواهد داشت (۳). با توجه به شیوع بالا و تداخل جدی با زندگی شخصی و حرفه‌ای فرد، این اختلال مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (۴). در دو دهه گذشته، افزایش

هراس اجتماعی (Social phobia)، شامل ترس پایدار از ارزیابی منفی توسط دیگران است. این اختلال یکی از اختلالات اضطرابی به شمار می‌رود. مبتلایان به هراس اجتماعی از تحقیر شدن و شرمساری در موقعیت‌های اجتماعی خاص مثل گفتگو کردن در جمع به شدت می‌ترسند و این ترس ممکن است شامل نگرانی از بروز علائم اضطراب از قبیل سرخ شدن، لرزیدن و عرق کردن باشد. هراس اجتماعی با شیوع ۱۳ درصدی به‌عنوان سومین اختلال متداول روان‌پزشکی شناخته شده است. (۱). افراد مبتلا به فوبی اجتماعی به‌طور معمول از موقعیت‌های ترس‌آور پرهیز می‌کنند و به‌ندرت خود را مجبور به تحمل

شناختی و رفتاری دارد که به وسیله آن شخص تلاش می‌کند مسئله را درک و راه حل مؤثری پیدا کند (۹).

از سوی دیگر، فراشناخت را می‌توان به عنوان یک جنبه‌ی عمومی از شناخت در نظر گرفت که در تمام فعالیت‌های شناختی نقش دارد. برخی از جنبه‌های خاص فراشناخت با اختلالات روان‌شناختی رابطه دارد (۱۴). فراشناخت، آنچه که ما مورد توجه قرار می‌دهیم و وارد حیطه‌ی هوشیاری خود می‌کنیم، ارزیابی‌ها و تأثیر انواع راهبردهایی که ما برای تنظیم افکار و احساساتمان به کار می‌بریم را شکل می‌دهد (۱۵). مطالعه در مورد فرایندهای فراشناختی درگیر در اختلالات روان‌شناختی، به طور اساسی با نظریه کنش اجرایی خود نظم بخش این است که حفظ و ادامه اختلال هیجانی، نتیجه طیف گسترده‌ای از آن به فعال‌سازی طرح‌واره یاد می‌شود و دربرگیرنده فرایندهای توجهی، وضعیت‌های هدف خود نظم بخش، فراشناخت و سبک‌های پردازش است (۱۴). تحقیقات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهند که افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی، اطلاعات محیط اجتماعی را به صورت انتخابی و تحریف‌شده 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 یکدیگر عمل می‌کنند (۵). همچنین لوبان (Lobban) و همکاران (۱۶) بر اساس پژوهشی عنوان کردند که باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به ویژه در اختلال اضطراب فراگیر، اختلال هراس اجتماعی، اختلال وسواس فکری و عملی و اختلال استرس پس از سانحه مختل‌تر است. از آنجایی که در دانشگاه‌ها تعدادی از دانشجویان مبتلا به هراس اجتماعی هستند که این امر باعث می‌شود این افراد منزوی شوند و از سطح بهنجار دور شوند و در یک دور باطل قرار بگیرند در این پژوهش تلاش گردید تا توان حل مسئله اجتماعی و باورهای فراشناختی در دانشجویان مبتلا به نشانگان اختلال هراس اجتماعی و عادی بررسی شود.

چشمگیری در پژوهش‌های بالینی با هدف بررسی سازوکارهای زیرین هراس اجتماعی روی داده است (۵). روانشناسی شناختی یکی از حوزه‌هایی است که اختصاصاً به جنبه‌های شناختی - رفتاری اختلال هراس اجتماعی پرداخته است. اگرچه شواهد موجود نشان می‌دهد که عوامل ژنتیکی و محیطی در بروز اختلال هراس اجتماعی دخالت دارند (۶)؛ اما نظریه‌های معاصر در مورد هراس اجتماعی و جلوه‌ی بالینی آن یعنی اختلال هراس اجتماعی، بر نقش فرایندهای شناختی در تداوم این اختلال تأکید داشته‌اند (۴).

در این راستا، توانایی حل مسئله اجتماعی، مهارتی است که می‌توان تأثیر آن را در کاهش این اختلال‌ها مورد توجه قرار داد (۷). این توانایی به عنوان یک میانجی مهم در اختلال‌های اضطرابی شناخته شده است (۸). در فرایند حل مسئله اجتماعی مسئله در محیط طبیعی یا دنیای واقعی حل می‌شود (۹) و با حل مسئله آزمایشگاهی که معمولاً در علوم پایه به کار برده می‌شود، متفاوت است (۱۰). مدل حل مسئله اجتماعی ابتدا به وسیله‌ی دزریلا و گلدفرد (Keldfreed) تکمیل شد. در مدل دزریلا و همکاران سه مفهوم اساسی وجود دارد: حل مسئله، مسئله و راه حل (۱۱).

حل مسئله فرآیندی شناختی - رفتاری است که در طی آن یک فرد تلاش می‌کند راه حل مؤثری برای مشکلات زندگی روزمره ارائه دهد. مسئله زمانی به وجود می‌آید که فرد هدفی دارد اما فاقد راه روشن دسترسی به آن است. راه حل، پاسخ ناشی از فرآیند حل مسئله است که قابلیت به کارگیری در موقعیت خاص مشکل‌آفرین را دارد (۱۲). توانایی حل مسئله اجتماعی یک سازه واحد نیست، بلکه سازه‌ای چندبعدی و مرکب از توانایی‌های مختلف است (۱۳). در مدل اولیه فرض بر این بود که توانایی حل مسئله اجتماعی از دو مؤلفه‌ی مستقل جهت‌گیری مسئله تشکیل می‌شود که بعدها سبک حل مسئله لقب گرفت. جهت‌گیری مسئله مجموعه‌ای از روان‌بنه‌های شناختی - عاطفی است که احساس‌ها و باورهای فرد را درباره مسائل زندگی منعکس می‌کند. مهارت‌های حل مسئله دلالت بر فعالیت‌های

روش کار

این پژوهش از نوع علی-مقایسه‌ای (پس‌رویدادی) بود. در این پژوهش متغیرهای توان حل مسئله اجتماعی و باورهای فراشناختی به‌عنوان متغیرهای وابسته در دو گروه دانشجویان مبتلا به نشانگان اختلال هراس اجتماعی و عادی مقایسه شدند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانشجویان پسر دانشگاه تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۹۲ بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۷۰ دانشجوی پسر مبتلا به نشانگان اختلال هراس اجتماعی و ۷۰ دانشجوی پسر عادی بودند که به روش تصادفی و غربالگری انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان در پژوهش در سن، جنس و تحصیلات با گروه هدف هم‌تا شدند.

نمونه‌گیری این پژوهش در دو مرحله انجام شد. الف) مرحله شناسایی: ابتدا پرسشنامه هراس اجتماعی در گروهی از دانشجویان اجرا شد (۲۸۴ دانشجوی پسر). ب) مرحله انتخاب آزمودنی‌ها: در این مرحله تعداد ۷۰ نفر از دانشجویان که نمرات بالاتر از نقطه برش بالینی پرسشنامه کسب کرده بودند (به‌عنوان افراد مبتلا به هراس اجتماعی) برای درخواست همکاری و توضیحات مقدماتی دعوت شدند. در مرحله بعد نیز، گروه عادی نیز از میان دانشجویان بهنجار (دانشجویانی که در مقیاس هراس اجتماعی کمترین نمره را کسب کرده بودند نیز به‌عنوان افراد بهنجار انتخاب شدند) به‌صورت تصادفی انتخاب و به لحاظ سنی، جنسیتی و تحصیلی وضعیت مشابهی با گروه مبتلا به نشانگان اختلال هراس اجتماعی داشتند.

از افراد شرکت‌کننده در پژوهش خواسته شد که با توجه به اهمیت اهداف تحقیق، اطلاعات خواسته شده را با دقت و صداقت در پرسشنامه درج نمایند. شرکت در پژوهش برای دانشجویان اختیاری بوده و به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات آنان به‌صورت محرمانه باقی خواهد ماند و فقط به‌صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهد گرفت. در نهایت میانگین نمرات دو گروه در مقیاس توان حل مسئله اجتماعی و باورهای فراشناختی مقایسه شدند.

ابزار پژوهش

الف) مقیاس هراس اجتماعی (SPIN): پرسشنامه هراس اجتماعی نخستین بار توسط کانور (Connor) و همکاران (۱۷) به‌منظور ارزیابی اضطراب اجتماعی یا هراس اجتماعی تهیه گردید. این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیک می‌باشد. هر ماده بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای، درجه‌بندی می‌گردد. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه به این قرار است که پایایی به روش بازآزمایی در گروه‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی، برابر ضریب همبستگی ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ می‌باشد. همسانی درونی یا ضریب آلفا در گروه افراد بهنجار برای کل مقیاس برابر ۰/۹۴ گزارش گردیده است. نقطه برش ۱۵ با کارایی تشخیص ۰/۷۸ آزمودنی‌های با تشخیص اختلال هراس اجتماعی و گروه کنترل غیر روان‌پزشکی و نقطه برش ۱۶ با کارایی ۰/۸۰ افراد با اختلال هراس اجتماعی را از گروه کنترل روان‌پزشکی فاقد هراس اجتماعی از هم تمیز می‌دهند (۱۷).

ب) مقیاس باورهای فراشناختی: مقیاس فراشناخت ساخته ولز و کارت رایت هاتون Cart righthatton (۲۰۰۴) است. یک مقیاس ۳۰ گویه ای خودگزارشی است که باورهای افراد را درباره تفکرشان می‌سنجد. در ایران شیرین زاده دستگیری (۱۳۸۵) ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله زمانی چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است (۱۸).

ج) مقیاس حل مسئله اجتماعی: شامل هشت سؤال است و این سؤالات راه‌کارهای پرخاصگرانه بین فردی را که قابل طرح در موقعیت‌های تعارض‌اند را اندازه‌گیری می‌کند. با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ از پایایی درونی سؤالات پرسشنامه اطمینان حاصل شد و به‌منظور روایی صوری و محتوای سؤالات این پرسشنامه از چند

در نتیجه پیش فرض همگنی کوواریانس‌ها برقرار است.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (آنکوا) را مجاز می‌شمارند. این نتایج نشان می‌دهد که بین دو گروه دانشجویان مبتلا به نشانگان اختلال هراس اجتماعی و عادی حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌دار وجود دارد. مجذور اتا (که در واقع مجذور ضریب همبستگی بین متغیرهای وابسته و عضویت گروهی است) نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است و میزان این تفاوت ۵۱ درصد است، یعنی ۵۱ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه ناشی از تأثیر متقابل متغیرهای وابسته می‌باشد.

فرضیه پژوهش حاضر بررسی تفاوت توان حل مسئله اجتماعی و باورهای فراشناختی در دانشجویان با نشانگان اختلال هراس اجتماعی و

نفر از اساتید دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه تبریز نظرخواهی شد و هم‌چنین در مطالعه بیرامی و همکاران (۲۰۱۲) پایایی درونی این پرسشنامه ۰/۸۶ گزارش شده است (۱۹).

یافته‌ها

برای تحلیل داده‌ها ابتدا از آمار توصیفی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش فرض همگنی واریانس با آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفت. بر اساس نتایج، پیش فرض همگنی واریانس‌ها در توان حل مسئله اجتماعی و مؤلفه‌های باورهای فراشناختی در دو گروه تأیید شد. این آزمون برای هیچ‌کدام از متغیرها معنی‌دار نبود، در نتیجه استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع شناخته شد. هم‌چنین برای بررسی فرض همگنی کوواریانس‌ها از آزمون باکس استفاده شد و نتایج نشان داد که تفاوت کوواریانس‌ها معنی‌دار نیست و

جدول ۱- آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) مربوط به افراد مبتلا به نشانگان اختلال هراس اجتماعی و عادی

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	آزمودنی‌ها	مؤلفه
۷۰	۵/۰۲	۲۳/۸۴	هراس	توان حل مسئله اجتماعی
۷۰	۴/۸۸	۲۸/۴۵	عادی	
۷۰	۲/۶۲	۱۴/۵۵	هراس	باور مثبت درباره نگرانی
۷۰	۲/۷۶	۱۳/۶۸	عادی	
۷۰	۲/۸۰	۱۹/۴۰	هراس	وقوف شناختی
۷۰	۳/۷۵	۱۷/۵۷	عادی	
۷۰	۳/۲۲	۱۵/۵۰	هراس	نیاز به کنترل فکر
۷۰	۳/۶۴	۱۳/۵۷	عادی	
۷۰	۳/۵۱	۱۸/۴۱	هراس	اطمینان شناختی
۷۰	۳/۲۷	۱۷/۹۵	عادی	
۷۰	۳/۲۸	۲۲/۳۱	هراس	کنترل ناپذیری
۷۰	۳/۴۷	۱۹/۲۴	عادی	
۷۰	۸/۱۶	۹۰/۱۸	هراس	باورهای فراشناختی
۷۰	۹/۴۶	۸۲/۰۲	عادی	

جدول ۲- نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برای اثر اصلی متغیر گروه بر متغیرهای وابسته

P	F	ارزش	نام آزمون
۰/۰۰۱	۲۲/۳۴	۰/۵۰۲	اثر پیلابی
۰/۰۰۱	۲۲/۳۴	۰/۴۹۸	لامبدای ویلکز
۰/۰۰۱	۲۲/۳۴	۱/۰۰	اثر هلتنینگ
۰/۰۰۱	۲۲/۳۴	۱/۰۰	بزرگترین ریشه ی خطا

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره دانشجویان با هدف تعیین تفاوت بین دو گروه در متغیرها

منبع پراکندگی	متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P	مجزورات
گروه	توان حل مسئله اجتماعی	۷۴۵/۲۰	۱	۷۴۵/۲۰	۴۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵۷
	باور مثبت درباره نگرانی	۲۶/۵۷	۱	۲۶/۵۷	۸۳/۶۵	۰/۰۵۸	۰/۰۲۶
	وقوف شناختی	۱۱۷/۰۲	۱	۱۱۷/۰۲	۱۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۰۷۱
	نیاز به کنترل فکر	۱۳۰/۱۷	۱	۱۳۰/۱۷	۱۰/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۰۷۴
	اطمینان شناختی	۷/۳۱	۱	۷/۳۱	۰/۶۴۲	۰/۴۳۴	۰/۰۰۵
	کنترل ناپذیری	۳۳۰/۱۷	۱	۳۳۰/۱۷	۳۰/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۱۷۹
	باورهای فراشناختی	۲۳۲۸/۸۶	۱	۲۳۲۸/۸۶	۲۹/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۱۷۸

می‌شوند. در سال‌های اخیر تأکید زیاد مراکز آموزشی به انتقال دانش و اطلاعات به فراگیران مورد انتقاد قرار گرفته و به مربیان توصیه می‌شود به آموزش مهارت‌های حل مسئله اقدام نمایند.

نتایج پژوهش حاضر در زمینه‌ی باورهای فراشناختی در دانشجویان با نشانگان اختلال هراس اجتماعی با نتایج چن و همکاران (۲۵)، فوا و همکاران (۲۶)، هیگا و دالیدن (۲۲) و لویان و همکاران (۱۶) همخوانی دارد، آن‌ها نیز معتقد هستند که باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی به‌ویژه افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مختل‌تر است.

الیس و هادسون (Eliis & Hudson) (۲۷) نیز در پژوهش خود نشان دادند که نگرانی و اضطراب یکی از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی، مانند اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی است که به‌ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی ارتباط دارد. با توجه به این ارتباط می‌توان احتمال داد که یکی از علت‌های اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلالات اضطرابی، اثربخشی درمان فراشناختی بر روی این باورهای مثبت و منفی در مورد نگرانی است.

اسپادا (Spada) و همکاران (۲۸) نیز ابعاد فراشناختی از جمله باورهای فراشناختی مثبت در زمینه نگرانی و اعتماد شناختی پایین را جزء علل به وجود آورنده‌ی اضطراب و نگرانی برمی‌شمارند. همچنین در مطالعه‌ی دیگری نیز تأیید شد که این ابعاد فراشناختی در افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مختل‌تر است (۲۸). می‌توان گفت سوگیری در تعبیر و تفسیر محیط اجتماعی منجر

عادی بود. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود بین دو گروه آزمودنی‌ها در متغیرهای توان حل مسئله اجتماعی، وقوف شناختی، نیاز به کنترل فکر، کنترل ناپذیری و باورهای فراشناختی تفاوت مشاهده می‌شود، اما در متغیرهای باور مثبت درباره نگرانی و اطمینان شناختی تفاوتی مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که دانشجویان عادی از توان حل مسئله اجتماعی بیشتری نسبت به دانشجویان مبتلا به نشانگان اختلال هراس اجتماعی برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش مارکس (Marx) و همکاران (۲۰)؛ بتیس و لوری (Bates & Lavery) (۲۱)؛ هاگا و همکاران (۲۲) همخوان است. طبق گزارش‌های این پژوهشگران افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی، در حل مسئله دشواری دارند. این یافته همچنین با نتیجه گزارش شده توسط دیگر پژوهشگران مثلاً (۲۳) هماهنگ است. آن‌ها نیز گزارش کردند که افراد مبتلا به هراس از توان حل مسئله کمتری نسبت به افراد عادی برخوردارند یعنی افزایش میزان توانایی حل مسئله اجتماعی منجر به کاهش هراس اجتماعی می‌گردد. این یافته همچنین همخوان با مطالعه‌ی نیزی است. او نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسید که ناتوانی در حل مسئله با افزایش هراس اجتماعی همراه است (۲۴).

بعضی از افراد قادر به برطرف کردن مسائل روزمره خود نیستند و در مقابل کوچک‌ترین مسئله دچار پریشانی، دستپاچگی و ناراحتی

solving, anxiety, and depression in adult male prisoners. *Legal Crimino Psycho*; 2009.14(1): 101-107.

9. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Social problem solving in adults. In: Kendall C, editor. *Advan in cogni-behavi resea and thera*. 1st ed. New York: Academic Press; 1982.201-74.

10. Frauenknecht M, BlackDR. The social problem-solving inventory for adolescents (SPSI-A): A manual for application, interpretation, and psychometric evaluation, 1th ed. Morgantown: PNG Publishers. 2003.

11. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention, 2 th ed. New York: Springer. 1999.

12. D'Zurilla TJ, Nezu AM. Social problem solving: Theory and assessment. In: Chang EC, D'Zurilla TJ, Sanna LJ, Editors. *Social problem solving: theory, research, and training*. 1st ed. Washington, D.C: American Psycholo Assoc; 2004.11-17.

13. D'Zurilla TJ, Nezu AM, Maydeu-Olivares A. *Manual for the social problem-solving inventory-revised*, 1 th ed. NY: Multi-Health Systems. 2002.

14. Wells A. Anxiety disorders, metacognition and change. In: Leahy RL. (editor). *Roadblocks incognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change*. New York: Guilford; 2003.69-88.

15. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford : 2009.1-22.

16. Lobban F, Haddock E, Enderman P, Wells A. The role metacopinitive beliefs auditory hallucination. *Person Indivi Differe*; 2002. 32(6):1351-1363.

17. Connor KM, Davidson JR, Churchill LE, Sherweed A, Foa EB. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *Brit J Psychi*; 2000.176:379-386.

18. Sherin zadeh dasgiri S. Compare metacognitive beliefs and responsibility in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. MA thesis in clinical psychology, University of Shiraz; 2006. (Persian).

19. Bayrami M, Hashemi T, Alizadeh Goradel J, Alizadeh H. Forecasts to social problem solving based on the cognitive styles of the student population. *J Soc Cogni*; 2012. 1(1):84-77.

20. Marx EM, Williams JMG, Claridge GC. (1992). Depression and social problem solving. *Jour of Abnor Psycho*.101(1): 78-86.

21. Bates GW, Lavery B. Social problem solving and vulnerability to depression in a clinical sample. *Psycho Repo Jour*; 2003.92(3):77-83.

22. Higa CK, Daleiden EL. Social anxiety and cognitive biases in non-referred children: The interaction of self-focused attention and therate interpretation biases. *J Anxi disor*; 2007.27(5):219-

به ایجاد فرضیه‌های اشتباه در مورد خود و محیط اجتماعی می‌شود که این امر ارزیابی منفی از موقعیت‌های اجتماعی را به دنبال دارد و نتیجه این ارزیابی منفی، اضطراب است.

آموزش حل مسئله به‌ویژه حل مسئله اجتماعی می‌تواند منجر به کاهش هراس اجتماعی شود. پیشنهاد می‌شود دانشگاه‌ها و مراکز آموزش عالی برنامه‌های در خصوص تقویت توانایی حل مسئله‌ی اجتماعی و درمان طرح‌واره‌های شناختی ناسازگار در دانشجویان طراحی کنند.

مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر استفاده از ابزار خودگزارش دهی و عدم استفاده از مصاحبه تشخیصی برای غربالگری افراد مبتلا به نشانگان اختلال هراس اجتماعی بود.

تقدیر و تشکر

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه آرمودنی‌ها تقدیر و تشکر کنند.

منابع

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IVTR)*.4th ed. Washington. DC: American Psychiatric Association; 2000. 12:676-685.
2. Rheingold AA, Herbert JD, Franklin ME. Cognitive bias in adolescents with social anxiety disorder. *Cog Ther And Research*; 2003. 6:639-655.
3. Hofmann SG, Loh R. The tridimensional personality questionnaire: Changes during psychological treatment of social phobia. *J Psychi Res*; 2006. 40:214-220.
4. Hofmann SG, Barlow DH. Social phobia (social anxiety disorder). In D. H. Barlow (Ed.). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd. ed., pp. 454-477). New York : The Guilford Press. 2002.
5. Lee H, Telch MJ. Attentional biases in social anxiety: An investigation using the intentional blindness paradigm. *Beha Research Ther*; 2008. 46:819-835 .
6. Erwin BA, Hemberg RG, Marx BP, Franklin ME. Traumatic and socially Stressful life events among persons with social anxiety disorder. *J Anxi Disor*; 2006. 20:896-914.
7. Biggam F, Power KA. Controlled problem-solving, group-based intervention with vulnerable increased young offenders. *Int J Offen Ther Compar Crimi*; 2002.46(6):676-698.
8. Mcurran M, Christoph G. Social problem

228.

23. Hawkins D, Sofronoff K, Sheffield J. Psychometric properties of the social problem solving inventory-Revised Short-Form: Is the short form a valid and reliable measure young adult? *Cogni Ther Rese*; 2009.33(5):462-470.

24. Nezu AM. Negative life stress and anxiety: Problem solving as a moderator variable. *Psycholo Repo*; 1986.58(1):279-283.

25. Chen YP, Ehlers A, Clark DM, Mansell W. Patients with generalized social phobia directs their attention away from faces. *Behavi Rese ad Ther Jour*; 2002.40:677-687.

26. Foa EB, Gilboa-Schechtman E, Amir N, Freshman M. Memory bias in generalized social phobia: remembering negative emotional expression. *J Anxi Disor*; 2000. 14:501-519.

27. Ellis DM, Hudson JL. The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Cogni and Behavi Pract*; 2010. 13(4):151-163.

28. Spada MM, Caselli G, Manfredi C, Rebecchi D, Rovetto F, Ruggiero GM, et al. Parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. *Beha Ccogni Psycho*; 2012. 38(5):629-637.

The compression of social problem solving and metacognition of students with symptoms of social phobia disorder and normal samples

Mansour Bayrami, Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.

***Yazdan Movahedi**, Assistant Professor, PhD in Cognitive Neuroscience, Islamic Designing Faculty, Tabriz Islamic Art University, Tabriz, Irany (*Corresponding author).
movahedi@tabriziau.ac.ir

Abstract

Background: In the past two decades, there we see a significant increase in clinical research to determine the underlying mechanisms of social anxiety disorders. This study is aimed to compare the ability of solving socio -metacognition of students with social phobia disorder symptoms and normal samples.

Methods: 284 male students were selected from University of Tabriz using cluster-random sampling. All of the subjects were asked to answer demographic questions and social problem solving and metacognition and social phobia questionnaires. Of these 70 subjects were enrolled in the study. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of variance.

Results: Research findings showed different significance between students with symptoms of social phobia disorder and normal ones.

Conclusion: Social problem solving and metacognitive beliefs are effective factors in general health. Also, it is possible to promote students' mental health by changing metacognition beliefs which enhance maladaptive and negative thinking styles or general negative beliefs.

Keywords: Social problem solving and metacognition, Social phobia