

رابطه کارکرد خانواده با اختلال اضطراب اجتماعی با میانجیگری کمرویی و دشواری

در تنظیم هیجانی

فرهاد محمدی مصیری^۱

دکتر نادر حاجلو^۲

دکتر عباس ابوالقاسمی^۳

چکیده

اختلال های اضطرابی یکی از شایع ترین اختلال های دوران نوجوانی و جوانی هستند و از مهم ترین انواع این اختلال ها می توان به اختلال اضطراب اجتماعی اشاره کرد. هدف از پژوهش حاضر بررسی رابطه بین کارکرد خانواده با اختلال اضطراب اجتماعی با میانجیگری کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی بود. روش این پژوهش توصیفی، طرح پژوهش همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دختر پایه اول دبیرستان های شهرکرد در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ بود که با روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای از میان آن ها نمونه ای به حجم ۵۰۰ نفر بر اساس جدول کرجسی و مورگان انتخاب شد. جمع آوری داده های پژوهش با استفاده از مقیاس کارکرد خانواده (FAD)، تنظیم هیجانی (RES)، اضطراب اجتماعی (SPIN) و کمرویی انجام گرفت. مدل پیشنهادی پژوهش، با استفاده از نرم افزار AMOS مورد تحلیل مسیر قرار گرفت. یافته ها نشان دادند که مدل پیشنهادی از برازش نسبتاً خوبی برخوردار است. نتایج نشان داد که مسیر کارکرد خانواده به کمرویی ($P < 0/01$)، کارکرد خانواده به دشواری در تنظیم هیجانی ($P < 0/01$)، کارکرد خانواده به اضطراب اجتماعی ($P < 0/01$)، کمرویی به اضطراب اجتماعی ($P < 0/01$) و دشواری در تنظیم هیجانی به اضطراب اجتماعی ($P < 0/01$) معنی دار هستند. با در نظر گرفتن اثرات غیرمستقیم کارکرد خانواده بر اضطراب اجتماعی از طریق کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی، معلوم می شود که ضریب اثر کارکرد خانواده از طریق کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی بر اضطراب اجتماعی معنی دار می باشد ($P < 0/01$). با توجه به نتایج بدست آمده، می توان کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی را به عنوان یک میانجی مناسب در رابطه بین کارکرد خانواده و اضطراب اجتماعی در نظر گرفت. با توجه به یافته های این پژوهش می توان دریافت که کارکرد مطلوب خانواده باعث کاهش اضطراب اجتماعی و کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی موجب افزایش اضطراب اجتماعی می شوند.

واژگان کلیدی: کارکرد خانواده، اضطراب اجتماعی، کمرویی، دشواری در تنظیم هیجانی، نوجوانان.

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳- گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۱. مقدمه

اختلال های اضطرابی یکی از شایع ترین اختلال های دوران نوجوانی هستند (توبرت و بینکورات، ۲۰۱۱). از مهم ترین انواع این اختلال ها می توان به اختلال اضطراب اجتماعی اشاره کرد که میزان شیوع آن ۷ درصد گزارش شده است (آلکوزی، کوپر و کرسول، ۲۰۱۴) و نسبت زنان به مردان مبتلا ۳ به ۲ است. اضطراب اجتماعی به عنوان یکی از انواع خاص اضطراب و سومین مشکل بزرگ بهداشت روانی جهان امروزه خواه اضطراب اجتماعی به عنوان یکی از انواع خاص اضطراب و سومین مشکل بزرگ بهداشت روانی جهان امروزه خواه به عنوان یک تشخیص بالینی و خواه به عنوان اضطراب زیاد در موقعیت های اجتماعی، بدون درمان می تواند بر ظرفیت ها و قابلیت های اجتماعی، تحصیلی و حرفه ای فرد در سرتاسر عمر آسیب برساند (دیویس، مانسن و تارزا، ۲۰۰۹).

پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) نام اصلی این اختلال را اختلال اضطراب اجتماعی در نظر گرفته است، زیرا مشکلات به وجود آمده در اثر آن، در مقایسه با سایر فوبی ها، معمولاً فراگیرتر هستند و در فعالیت های عادی فرد نابسامانی بیشتری به وجود می آورند. اختلال اضطراب اجتماعی عبارت است از ترس شدید و دائمی از موقعیت هایی که در آنها فرد در جمع دیگران قرار می گیرد یا باید جلوی آنها کاری انجام دهد. افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی از هرگونه موقعیت اجتماعی که فکر می کنند ممکن است در آن یک رفتار خجالت آور داشته باشند یا هرگونه وضعیتی که فکر می کنند در آن مورد ارزیابی منفی دیگران قرار می گیرند می ترسند و سعی می کنند از آنها دور باشند. علائم جسمی که معمولاً همراه اضطراب اجتماعی هستند شامل سرخ شدن، تعریق زیاد، لرزش، تپش قلب، احساس دل آشوب و لکنت زبان می باشد. تشخیص و دخالت زودهنگام در این اختلال می تواند به حداقل شدن علائم و کند شدن پیشرفت آن کمک قابل توجهی کند و از بروز عوارض بعدی نظیر افسردگی شدید جلوگیری نماید. بعضی از مبتلایان از الکل یا مواد مخدر و روانگردان برای کاهش ترس، افزایش اعتماد به نفس و عملکرد اجتماعی بهتر استفاده می کنند. این مسائل احتمال اعتیاد به مواد مخدر، روانگردان و تداخلات خطرناک دارویی را افزایش می دهد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). روند اضطراب اجتماعی معمولاً مزمن و پیوسته است و نسبت به اختلال های اضطرابی دیگر با دوران کودکی و خانواده بیشتر در ارتباط است (نل و ادلمن، ۲۰۰۳). بررسی ها نشان داده اند افرادی که کودکی خود را در محیط های نامساعد خانوادگی تجربه کرده اند، دگرگونی های رفتاری و نابهنجاری اجتماعی نشان می دهند. بر اساس مدل آسیب پذیری-استرس^۲ در آسیب شناسی روانی پژوهش های زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به عنوان عامل زمینه ساز در آسیب پذیری فرد مورد بررسی قرار داده اند (هریس و کورتین، ۲۰۰۲). نقش خانواده در شکل گیری یا تداوم اختلالات روانی بسیار شناخته شده است و حجم عظیمی از یافته های پژوهشی نیز از این موضوع حمایت می کنند (ترانگ کاسومبات، ۲۰۰۶). اختلالات اضطرابی از جمله مهمترین و رایج ترین این اختلالات هستند که تأثیر مهمی بر کارکرد خانواده دارند (ریان و همکاران، ۲۰۰۵). تحقیقات دیلر، بیرماهر، آکسلسون و همکاران (۲۰۱۱) نشان می دهد والدینی که مشکلات خلقی دارند و والدینی که دارای اختلال خلقی دوقطبی هستند فرزندانشان از میزان آسیب روانی بالاتری رنج می برند. تحقیق دیگر نشان می دهد ارتباط عاطفی والدین و بویژه کیفیت گفتگوی عاطفی خانوادگی بر فرزندان در رشد خانوادگی و بالندگی فرزندان تأثیر دارد (گارت پیترز و همکاران، ۲۰۰۸). مطالعات نشان می دهند که حوزه های مختلفی از کارکرد خانواده از جمله ارتباطات، حل مسئله، و کارکرد نقش (کیت نر و همکاران، ۱۹۹۵)، آمیختگی عاطفی (گودیر و همکاران، ۱۹۹۷)، پاسخگویی عاطفی و کنترل رفتار (تامپلین و گودیر، ۲۰۰۱) در این

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders edition 5

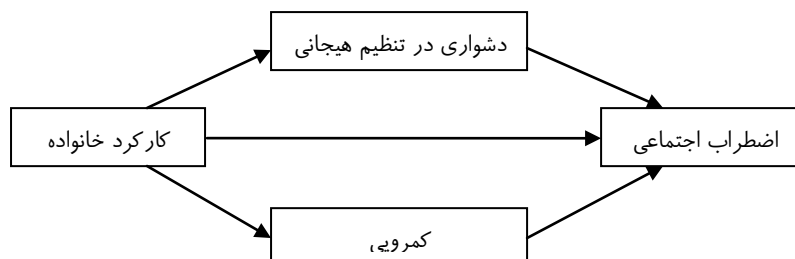
2. Diathesis- stress model

خانواده‌ها آسیب دیده‌اند. نتایج پژوهش جانسون و دیگران (۲۰۰۱) نیز حاکی از آن بود که بین پیوستگی خانواده و افزایش سطح تنهایی و اضطراب اجتماعی و اجتناب اجتماعی رابطه معناداری وجود دارد. دیدگاه‌های مختلف روان‌شناسی جدید بر این اصل قرار دارند که یک یا دو عامل به تنهایی نمی‌تواند تعیین‌کننده رفتار افراد باشد، بلکه عوامل متعددی در ایجاد و شکل‌گیری رفتار نقش دارند. شواهد جدید در خصوص اختلالات اضطرابی نشان می‌دهد که دشواری در تنظیم هیجان، ممکن است عامل مهمی در این اختلال‌ها باشد (رودباف و همبرگ، ۲۰۰۸). تنظیم هیجان، مجموعه‌متنوعی از فرآیندهای کنترلی، با هدف مدیریت کردن اینکه چه وقت، کجا، چطور و چگونه هیجان‌های ما تجربه یا بیان شوند، می‌باشد. تنظیم هیجان شامل مجموعه فرآیندهای شناختی است که به طور اتوماتیک یا با تلاش رخ می‌دهند و به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌روند. ورنر، گولدین، بال، همبرگ و گراس (۲۰۱۱) نشان دادند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، اجتناب و سرکوب هیجانی را بیشتر از گروه گواه مورد استفاده قرار می‌دهند. ارباخ و همکاران (۲۰۰۷) در پژوهشی دریافتند که افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و افسردگی دچار مشکلاتی در تنظیم هیجانی هستند. مینین، مکلوگ لین و فلانگان (۲۰۰۹) دریافتند که درک هیجانی ضعیف، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی (صرف نظر از هم‌پنداری با اختلال اضطراب فراگیر) و نپذیرفتن هیجان‌ها، بهترین پیش‌بینی‌کننده‌ی اختلال اضطراب اجتماعی توأم با اختلال اضطراب فراگیر بود. با وجود نقش مثبت و سازنده هیجان‌ها در زندگی بشر، بعد دیگری نیز برای آنها وجود دارد که همان جنبه مخرب هیجان‌ها در زندگی افراد است. در واقع یک هیجان زمانی مشکل‌آفرین و آسیب‌زا می‌شود که به سبک نادرستی ابراز شود، در بافتی نامتناسب رخ دهد، بسیار شدید باشد. فرآیند تنظیم هیجان به فرآیندی اشاره می‌کند که طی آن افراد هیجان‌های خود را با توجه به موقعیت‌های گوناگون تنظیم و تعدیل می‌کنند. در واقع تنظیم هیجان به فرآیندهایی اشاره دارد که افراد توسط آن هیجان‌ات خود را تحت تأثیر قرار می‌دهند و طبق این فرآیند، مشخص می‌شود که فرد چگونه هیجان‌ات را تجربه و ابراز می‌کند. فرآیند تنظیم هیجان ممکن است خودکار یا کنترل‌شده، هشیار یا نیمه‌هشیار باشد. آلدائو و همکاران (۲۰۱۰) در پژوهشی فراتحلیلی بر روی ۲۴۱ اندازه‌اثر در ۱۱۴ پژوهش، ارتباط میان راهبردهای ناکارآمد در تنظیم هیجانی و آسیب‌شناسی روانی را بررسی کردند. نتایج نشان داد که راهبردهایی مانند نشخوار ذهنی، سرکوبی، اجتناب از حل مسأله بیشترین اندازه‌اثر را در اختلالات روانی دارند. همچنین آن‌ها نشان دادند اختلالات افسردگی و اضطراب، در مقایسه با اختلالات خوردن و سوء مصرف مواد، ارتباط بیشتر و همگام‌تری با راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجانی در پژوهش‌های مختلف دارند (خانزاده و همکاران، ۱۳۹۱).

دشواری در تنظیم هیجانی به منزله مؤلفه‌ای کلیدی در چندین مدل آسیب‌شناسی روانی برای اختلالات خاصی، همچون اختلال شخصیت مرزی، افسردگی عمده، دوقطبی، اضطراب تعمیم‌یافته، اضطراب اجتماعی، اختلالات خوردن و اختلالات مربوط به سوء مصرف مواد و الکل ارائه شده است. حسینی، پاکیزه و سالاری (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که اضطراب بر اساس نقص در تنظیم هیجانی قابل پیش‌بینی است. در پژوهش محمدلو و همکاران (۱۳۹۲) نیز نتایج نشان داد که دشواری در تنظیم هیجان با نگرانی، رابطه مثبت معنی‌داری دارد.

اختلال اضطراب اجتماعی امروزه، توجه بسیاری از پژوهشگران را به عنوان یک اختلال گسترده و درمان‌پذیر، به خود جلب کرده است. چیزی که نگران‌کننده است وسعت این اختلال است که کمروبی^۱ شکل خفیف آن است. در واقع، اختلال اضطراب اجتماعی و کمروبی دو اصطلاحی هستند که برای توصیف افرادی به کار می‌روند که در موقعیت‌های اجتماعی، کم حرف هستند. اگرچه در DSM-V اضطراب اجتماعی به عنوان یک اختلال بالینی توصیف شده است، اما

کمرویی اصطلاحی است که کمتر تعریف شده است، ولی در کل توصیف هر دو سندرم تقریباً مشابه است. در طول دهه های گذشته تحقیقات نشان داده اند که کمرویی یک پیش بینی کننده قابل اعتماد فقر و سلامت جسمانی و روانی در نوجوانان می باشد و برخی از اختلالات روانپزشکی با کمرویی رابطه مثبت دارد که شامل اختلالات اضطرابی (مانند اضطراب اجتماعی) و اختلالات خلقی می باشند (میلر و همکاران، ۲۰۰۸). با در نظر گرفتن شیوع بالای این اختلال که حدود ۷ تا ۱۳ درصد در جامعه برآورد شده است و پس از افسردگی و وابستگی به الکل در جایگاه سومین اختلال روان پزشکی قرار دارد، شناخت عوامل مؤثر در پیدایش و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی و پیشگیری از بروز این اختلال الزامی است. افزون بر آن، هر یک از عوامل (کارکرد خانواده، کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی) به صورت جداگانه در پژوهش های پیشین بررسی شده اند، اما پژوهشی که همه این عوامل را در کنار یکدیگر در ارتباط با اختلال اضطراب اجتماعی بررسی کند، صورت نگرفته است. بنابراین، نظر به اهمیت و نقش سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی نوجوانان هر جامعه در آینده آن جامعه، هدف این پژوهش تعیین نقش واسطه ای کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی در رابطه بین کارکرد خانواده و اختلال اضطراب اجتماعی نوجوانان و فراهم کردن زمینه ی رشد فردی و اجتماعی نوجوانان از طریق پیشگیری و مهار عوامل آسیب زا می باشد.



نمودار ۱. مدل پیشنهادی رابطه علی کارکرد خانواده با اضطراب اجتماعی با میانجیگری کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی

۲. روش پژوهش

روش اجرای این پژوهش توصیفی و طرح پژوهش همبستگی از نوع تحلیل مسیر است. در این پژوهش روابط میان متغیرها در قالب مدل علی مورد ارزیابی قرار می گیرد. جامعه آماری مورد مطالعه شامل کلیه ی دانش آموزان دختر پایه ی اول دبیرستان های شهر شهرکرد در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ است. آمار مربوط به این جامعه آماری، از اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری دریافت گردید که ۲۶۰۰ نفر اعلام شده است. نمونه مورد پژوهش ۵۰۰ نفر است که طبق جدول کرجسی و مورگان محاسبه شده است و به روش نمونه گیری تصادفی خوشه ای انتخاب شدند. با مجوز اداره کل آموزش و پرورش استان و دریافت معرفی نامه از ادارات آموزش و پرورش نواحی ۱ و ۲ شهرکرد، به ده دبیرستان دخترانه مراجعه کرده و از هر مدرسه ۲ کلاس پایه اول به عنوان نمونه انتخاب شدند. میانگین سن دختران ۱۴/۴۳± با دامنه (۱۶-۱۴) سال بود. برای جمع آوری داده ها، محقق در کلاس هایی که به صورت تصادفی انتخاب شده بود، حاضر شد. در هر کلاس، ابتدا ضمن معرفی خود در مورد اهداف و ضرورت های تحقیق و لزوم توجه به

نوجوانان و شناخت سلامت روانی آنها توضیحاتی ارائه گردید. همچنین به دانش آموزان اطمینان داده شد که پاسخ‌های آنان محرمانه خواهد ماند. دانش آموزان پرسشنامه‌ها را بعد از دادن توضیحات لازم در خصوص اهداف پژوهش و نحوه‌ی صحیح پاسخگویی تکمیل کردند. مدت زمان پاسخگویی بین ۳۵ تا ۴۵ دقیقه متغیر بود. برای جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN)^۱: مقیاس اضطراب اجتماعی (SPIN) یک مقیاس ۱۷ گویه‌ای می‌باشد که به وسیله Connor و همکاران (کانر، دیویدسون و چرچیل، ۲۰۰۰) تدوین شده است و سه زیرمقیاس ترس، اجتناب و ناراحتی فیزیولوژیکی را می‌سنجد. پاسخ‌های آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از هرگز (یا ۰) تا بی‌نهایت (یا ۵) نمره‌گذاری می‌شود. بر اساس نتایج به دست آمده برای تفسیر نمرات، نقطه برش ۴۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۰ درصد و نقطه برش ۵۰ با کارایی دقت تشخیص ۸۹ درصد، افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را از افراد غیر مبتلا جدا می‌کند (فرجیان فرد مقدم، ۱۳۹۲). پایایی مقیاس نیز بالا و مطلوب گزارش شده است (فرجیان فرد مقدم، ۱۳۹۲). طهماسبی مرادی (۱۳۸۴) پایایی بازآزمایی این مقیاس را در ایران ۰/۸۲ و همسانی درونی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است (فرجیان فرد مقدم، ۱۳۹۲). Antony و همکاران (۲۰۰۶) پایایی بازآزمایی این مقیاس را در گروه‌هایی با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی، ۰/۸۶ و همسانی درونی کل مقیاس را به روش آلفای کرونباخ در گروه بهنجار برابر ۰/۹۲ گزارش کردند (زائو، کانگ و وانگ، ۲۰۱۳).

مقیاس سنجش خانواده (FAD)^۲: مقیاس سنجش خانواده یک مقیاس ۶۰ گویه‌ای می‌باشد که برای سنجش کارکرد خانواده، توسط اپشتاین^۳، بالدوین و بیشاپ^۴ در سال ۱۹۸۳ بنا بر الگوی مک مستر تدوین شده است (زاده محمدی و همکاران، ۱۳۸۵). برای افزایش روایی، ۷ گویه به سه مقیاس از نسخه‌ی ۵۳ گویه‌ای اولیه آن اضافه شده است که برای اندازه‌گیری ابعاد مدل مک مستر از کارکرد خانواده یعنی حل مسئله، ارتباط، نقش‌ها، پاسخ‌دهی عاطفی، آمیختگی عاطفی و کنترل رفتار ساخته شده است و یک ارزیابی از کارکرد کلی نیز بدست می‌دهد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای از کاملاً موافقم (۴) تا کاملاً مخالفم (۱) می‌باشد. بر طبق فرم اصلی هر کدام از اعضای خانواده که بیش از دوازده سال داشته باشد می‌تواند FAD را پر کند. نمره پایین نشان دهنده کارکرد بیش‌تر و رابطه بهتر و نمره بالاتر از میانگین نشان دهنده کارکرد کمتر و ناسالمتر است. سالاری اعتبار بازآزمایی آن را بین ۰/۴۲ تا ۰/۷۸ و همبستگی مقیاس‌های آن را با یکدیگر بین ۰/۴۱ تا ۰/۷۱ گزارش کرده است (احمدی و همکاران، ۱۳۹۳).

مقیاس تنظیم هیجانی^۵: مقیاس تنظیم هیجانی یک مقیاس ۱۰ گویه‌ای می‌باشد که به وسیله John و Gross (۲۰۰۳) تدوین شده است و دو زیرمقیاس ارزیابی مجدد (۶ گویه) و فرونشانی (۴ گویه) را می‌سنجد. پاسخ‌های آزمودنی‌ها بر اساس طیف لیکرت هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف (۱) تا کاملاً موافق (۷) نمره‌گذاری می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ و اعتبار بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. حداقل و حداکثر نمره‌ای که آزمودنی در این مقیاس می‌تواند کسب کند به ترتیب ۱۰ و ۷۰ می‌باشد که نمره بالاتر در هر کدام از زیرمقیاس‌ها، نشان دهنده داشتن مشکل کمتر در مؤلفه مورد سنجش است. قاسم‌پور و همکاران (۲۰۱۲) پایایی این مقیاس را در ایران برای زیرمقیاس ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای فرونشانی ۰/۷۳ گزارش کردند.

- 1.Social Anxiety Scale
- 2.Family Function Scale
- 3.Epstein
- 4.Baldwin& Bishop
- 5.Regulation emotion scale

مقیاس کمروبی^۱: مقیاس کمروبی یک مقیاس ۲۰ گویه ای می باشد که به وسیله cheek & buss (۱۹۸۳) تدوین شده است. پاسخ های آزمودنی ها براساس طیف لیکرت پنج درجه ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) نمره گذاری می شود. حداقل و حداکثر نمره ای که آزمودنی در این مقیاس می تواند کسب کند به ترتیب ۲۰ و ۱۰۰ می باشد و گویه های ۴، ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۶، ۱۹ به طور معکوس نمره گذاری می شوند (۱ برای کاملاً موافقم و ۵ برای کاملاً مخالفم). ضریب پایایی مقیاس را در جامعه ایرانی حسین چاری و دلاوریور (۱۳۸۴) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ بدست آوردند. همچنین آنها برای سنجش روایی (اعتبار) سازه از روش تحلیل عاملی استفاده کردند و این تحلیل حاکی از روایی سازه این مقیاس بود (فرجیان فرد مقدم، ۱۳۹۲). مطالعات cheek & buss حاکی از همسانی درونی بالای این مقیاس (۰/۹۴) و همچنین روایی خوب آن است.

۳. یافته ها

در بررسی ویژگی های جمعیت شناختی نمونه مورد مطالعه، میانگین سن دختران $14/66 \pm 0/43$ با دامنه (۱۴-۱۶) سال بود و از نظر سطح تحصیلات، آزمودنی ها مقطع اول دبیرستان بودند.

جدول ۱. یافته های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین	کمترین
اضطراب اجتماعی	۴۱/۶۵	۱۰/۵۵	۶۰	۱۴
کارکرد خانواده	۱۱۶/۱۶	۲۰/۱۸	۱۶۲	۴۸
دشواری در تنظیم هیجانی	۳۷/۳۵	۱۳/۸۸	۶۰	۱۰
کمروبی	۵۵/۵۷	۷/۰۰	۷۱	۲۴

میانگین و انحراف استاندارد نمرات نوجوانان در مقیاس اضطراب اجتماعی $41/65 \pm 10/55$ بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات در کارکرد خانواده $116/16 \pm 20/18$ ، دشواری در تنظیم هیجانی $37/35 \pm 13/88$ ، کمروبی $55/57 \pm 7$ بود.

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

ردیف	متغیرها	۱	۲	۳	۴
۱	اضطراب اجتماعی	۱			
۲	کارکرد خانواده	$-0/29^{**}$	۱		
۳	دشواری در تنظیم هیجانی	$0/26^{**}$	$-0/27^{**}$	۱	
۴	کمروبی	$0/39^{**}$	$-0/33^{**}$	$0/18^{**}$	۱

$P < 0/01^{**}$

با توجه به داده‌های جدول ۲، دشواری در تنظیم هیجانی و کمرویی با اضطراب اجتماعی رابطه مثبت معنی دار، کارکرد خانواده با اضطراب اجتماعی رابطه منفی معنی دار و کارکرد خانواده با دشواری در تنظیم هیجانی و کمرویی رابطه منفی معنی داری دارد.

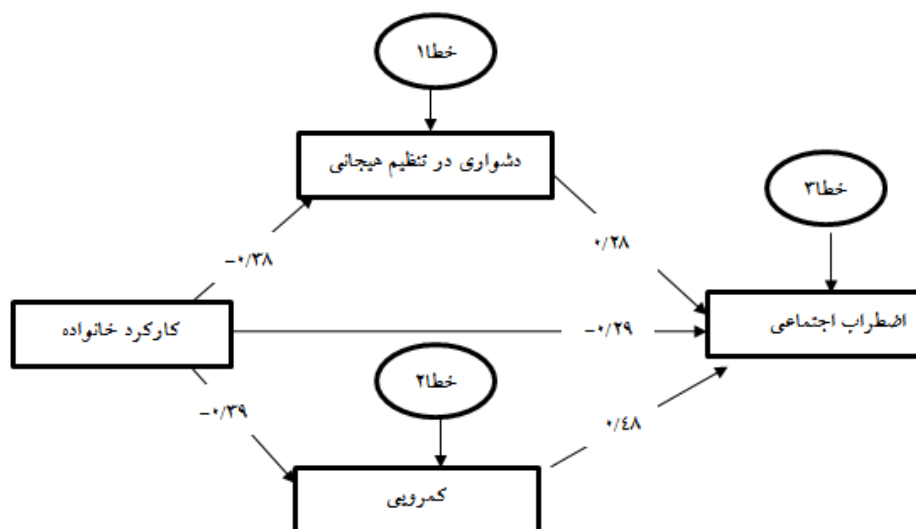
برای برآورد مدل از روش حداکثر احتمال و به منظور بررسی برازش مدل از شاخص‌های X^2 ، df ، GFI، AGFI، CFI، RMSEA و NFI استفاده شد. نتایج این آزمون‌های خوبی برازش، در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: شاخص‌های خوبی برازش برای مدل مورد مطالعه

وضعیت مدل مورد مطالعه	سطح قابل قبول	مقدار آماره	معیار برازش
برازش	مقدار کای اسکوئر جدول	۲/۶۸ (۲)	کای اسکوئر (درجه آزادی)
برازش	کمتر از ۳	۱/۷۶	$\frac{X^2}{df}$ نسبت مجذور خی بر درجه آزادی
برازش	(عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	۰/۹۶	نیکویی برازش (GFI)
برازش	(عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	۰/۹۴	نیکویی برازش اصلاح شده (AGFI)
برازش	کوچکتر از ۰/۰۵	۰/۰۴ (۰/۰-۰/۰۸)	(RMSEA) و فاصله اطمینان
برازش	(عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	۰/۹۶	شاخص برازش هنجار شده بنتلر - بونت (NFI)
برازش	(عدم برازش) تا ۱ (برازش کامل)	۰/۹۶	شاخص برازش تطبیقی (CFI)

مدل این تحقیق از توان بالایی برخوردار است، به طوری که فاصله اطمینان RMSEA به دست آمده (۰/۰-۰/۰۸) در داخل دامنه قابل قبول یعنی بین صفر تا ۰/۱۰ (تاباچنیک و فیدل، ۲۰۰۷) قرار می‌گیرد. همان گونه که آماره‌های مربوط به شاخص‌های مختلف برازش در جدول ۲ نشان می‌دهند، مدل مورد مطالعه از برازش خوبی برخوردار است و مدل نظری

با داده‌های نمونه‌ای برازش دارد. به طوری که چند شاخص مهم برازش از جمله X^2 (P>۰/۰۵)، $\frac{X^2}{df}$ ، AGFI، GFI، CFI و RMSEA بیانگر وجود تفاوت بین ماتریس واریانس - کوواریانس نمونه‌ای و ماتریس واریانس - کوواریانس باز تولید شده نیست.



شکل ۲: ضرایب مسیر مدل آزمون شده

بررسی پارامترهای مدل (شکل ۲) نشان می‌دهد که ضرایب مسیر کارکرد خانواده به اضطراب اجتماعی ($P < 0.01$)، کارکرد خانواده به دشواری در تنظیم هیجانی ($P < 0.01$)، کارکرد خانواده به کمرویی ($P < 0.01$)، دشواری در تنظیم هیجانی به اضطراب اجتماعی ($P < 0.01$) و کمرویی به اضطراب اجتماعی تفاوت معنی‌داری از صفر دارند و معنادار می‌باشند.

با در نظر گرفتن اثرات غیرمستقیم کارکرد خانواده بر اضطراب اجتماعی از طریق کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی، معلوم می‌شود که ضریب اثر کارکرد خانواده از طریق کمرویی بر اضطراب اجتماعی -0.18 و ضریب اثر کارکرد خانواده از طریق دشواری در تنظیم هیجانی بر اضطراب اجتماعی -0.10 می‌باشد. کارکرد خانواده نیز به طور مستقیم دارای ضریب اثر -0.29 بر اضطراب اجتماعی و کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی به ترتیب دارای ضریب اثر 0.48 و 0.28 بر اضطراب اجتماعی است. با توجه به نتایج بدست آمده، می‌توان کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی را بعنوان یک میانجی مناسب در رابطه بین کارکرد خانواده و اضطراب اجتماعی در نظر گرفت.

۴. بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش مدلی آزموده شد که هدف آن تعیین نقش واسطه‌ای کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی در رابطه با کارکرد خانواده و اضطراب اجتماعی بود. در مدل مفروض متغیر کارکرد خانواده به عنوان متغیر برون‌زا، کمرویی و دشواری در تنظیم هیجانی به عنوان متغیرهای میانجی و اضطراب اجتماعی به عنوان متغیر درون‌زا در نظر گرفته شدند. شاخص‌های بدست آمده نشان دادند که مدل مفروض با داده‌ها برازش قابل قبولی دارد. با بررسی داده‌های بدست آمده، مشخص شد که مدل پیشنهادی در تمام مسیرهای فرض شده تأیید شده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش در خصوص ارتباط مثبت معنی‌دار بین دشواری در تنظیم هیجانی و اختلال اضطراب

اجتماعی با یافته های ورنر^۱، گولدین^۲، بال^۳، هیمبرگ و گراس^۴ (۲۰۱۱)؛ زلومک و هان (۲۰۱۰)؛ آلدائو و همکاران (۲۰۱۰) و حسینی و همکاران (۱۳۹۳) همخوانی دارد. در توجیه این یافته می توان گفت که توانایی درک، فهم و تنظیم هیجان ها، یکی از اصول موفقیت در زندگی تلقی می شود و عدم موفقیت در تنظیم هیجان ها می تواند پیامدهای منفی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی را به همراه داشته باشد. ارزیابی مجدد شامل مدیریت هیجانات خود و دیگران می شود که قدرت سازگاری و سازماندهی فرد را در موقعیت های تحریک کننده بالا می برد، بنابراین فردی که توانایی مدیریت هیجانی رشد یافته ای دارد، آزاد از هر گونه اجبار درونی یا بیرونی می تواند هیجان ها را تجربه کند و یا از بروز آن ها جلوگیری نماید. در مقابل فردی که توانایی مدیریت هیجانی رشد یافته ای ندارد، تحت تأثیر اجبار بیرونی یا درونی نمی تواند هیجان ها را به خوبی تجربه نموده و یا از بروز آن ها جلوگیری نماید و در نتیجه مستعد اختلال های اضطرابی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی است. همچنین این یافته می تواند تأییدی بر یافته های قبلی مبنی بر ارتباط ارزیابی مجدد هیجانی به عنوان یک راهبرد تنظیم هیجانی با پریشانی روان-شناختی باشد. با توجه به آنکه هیجان ها از نظر اجتماعی مفید هستند و می توانند در انتقال احساسات دیگران، تعامل اجتماعی، حفظ و قطع رابطه با دیگران سازنده باشند، تعدیل و تنظیم آن ها می تواند نقش مؤثری بر اختلال اضطراب اجتماعی داشته باشد.

بارلو (۲۰۰۲) ادراک کنترل روی اضطراب را به عنوان تعیین کننده ی مهمی برای سبب شناسی و تداوم اختلال های اضطرابی مطرح کرده اند. افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی تجارب غیرمنتظره و متوالی هیجان ها را تجربه می کنند. این اظهارهای متوالی هیجانی در افراد آسیب پذیر سبب می شود که واکنش های بدنی و هیجانی خود را غیرقابل کنترل بدانند. از این رو افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی از موقعیت های اجتماعی اجتناب می کنند، زیرا فقدان کنترل درونی بر روی پاسخ های هیجانی خود را هنگام روبه رو شدن با موقعیت های اضطراب اجتماعی، پیش بینی می کنند (هافمن، ۲۰۰۵). به نظر می رسد قابلیت هایی برای تشخیص و بیان تجارب هیجانی، جنبه هایی از تنظیم هیجان هستند که با اضطراب اجتماعی مرتبط اند. نقص در این حوزه ها در قالب مشکلات ساختاری در تنظیم شناختی هیجان تبیین می شود. فرآیندهای شناختی تنظیم هیجان می توانند به فرد کمک کنند تا بتواند مدیریت یا تنظیم هیجان ها و یا عواطف را برعهده بگیرد تا از این طریق بر مهار هیجان ها بعد از وقایع اضطراب آور و تنیدگی زا توانا باشد (گرافسکی و کرائیج، ۲۰۰۶).

یافته های حاصل از این پژوهش در خصوص ارتباط کمروبی و اختلال اضطراب اجتماعی نشان داد که کمروبی عامل مؤثری در پیش بینی اختلال اضطراب اجتماعی است. این یافته با یافته های زائو، کونگ و وانگ (۲۰۱۳) و فرجیان فرد مقدم (۱۳۹۲) همخوان است. متخصصان معتقدند که کمروبی می تواند یکی از نمونه های اضطراب اجتماعی باشد، زیرا اضطراب اجتماعی معمولاً به شکل کمروبی، اضطراب و شرم جلوه گر می شود. اگرچه تحقیقات نشان می دهد که کمروبی و اضطراب اجتماعی با هم رابطه دارند و حتی برخی متون این دو را کاملاً مشابه هم می دانند، ولی در واقع این دو کاملاً یکی نیستند و دیده شده که فقط ۱۸٪ از افراد کمرو، به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا می شوند و ۸۲٪ به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا نیستند. این تحقیقات نشان می دهد گرچه کمروبی، برای ابتلاء به اختلال اضطراب اجتماعی عامل است، ولی لزوماً اختلال اضطراب اجتماعی را باعث نمی شود. از طرفی دیده شده که اکثر افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی سابقه کمروبی دارند و احتمال ابتلاء به اختلال اضطراب اجتماعی در میان افراد کمرو بیشتر از افراد بهنجار و بدون کمروبی است (هیزر، ترنر و بیدل، ۲۰۰۵).

در طول دهه های گذشته پژوهش ها نشان داده اند که کمرویی یک پیش بینی کننده قابل اعتماد فقر و سلامت جسمانی و روانی در نوجوانان می باشد و برخی از اختلال های روانپزشکی با کمرویی رابطه مثبت دارد که شامل اختلال های اضطرابی (مانند اضطراب اجتماعی) و اختلال های خلقی می باشند (میلر، شمیت و وایلانکورت، ۲۰۰۸). یافته های این پژوهش نشان می دهد که کمرویی مقدمه و یا به عبارت دقیق تر شکل خفیف تر اضطراب اجتماعی است. بنابراین کمرویی از طریق اجتناب های طولانی مدت و افراطی به مرور زمان منجر به اضطراب اجتماعی می شود.

از سوی دیگر نتایج پژوهش مبین این است که هرچه میزان اختلال در ابعاد کارکرد خانواده بیشتر باشد، به همان اندازه اضطراب اجتماعی نیز افزایش می یابد. این یافته با یافته های دیلر، بیرماهر، آکسلسون و همکاران (۲۰۱۱)؛ بروماریو و کرنز (۲۰۰۹)، اروزکان (۲۰۰۹)، بالاش و همکاران (۲۰۰۶) و عباسی و همکاران (۱۳۸۸) مطابقت دارد. در تبیین رابطه بین اضطراب اجتماعی و کارآیی خانواده چنین می توان استنباط کرد که فقدان اضطراب اجتماعی و کارکرد خوب اجتماعی ضمن آن که به فرد این امکان را می دهد تا با رفتار و خلق سالم ارتباط برقرار کند به کاهش تنش بین فردی نیز کمک می کند. اساساً مشکلات رفتاری علاوه بر اینکه به آسیب دیدگی روابط خانوادگی می انجامد روابط خانوادگی معیوب نیز، به افزایش مشکلات رفتاری منجر می شود. تأثیر عواملی چون تعاملات والد-کودک در اختلال اضطراب اجتماعی قابل توجه است. بزرگسالان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی والدین خود را به صورت افرادی توصیف می کنند که کمتر اجتماعی بوده، به دیدگاه دیگران اهمیت زیادی قائل می شوند، آن ها را از تعامل های اجتماعی محروم کرده و از شرم و خجالت به عنوان یک روش تربیتی استفاده می کردند.

روشن است که تعامل به صورت متقابل بین کودک و والد اتفاق می افتد. کودکان خجالتی حمایت بیشتری از طرف والدین طلب می کنند. علاوه بر این، الگوگیری اضطراب اجتماعی در خانواده های این افراد بعنوان عامل تأثیرگذاری شناخته شده است. مطالعات گذشته نگر به این نتیجه رسیده اند که والدین افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به احتمال بیشتری نسبت به گروه کنترل از تعامل های اجتماعی اجتناب می کرده اند (محمدی، ۱۳۹۲).

بروج و همبرگ (۱۹۹۴؛ به نقل از خراشادی زاده و همکاران، ۱۳۹۱) نشان دادند افرادی که در طی دوره ی کودکی از سوی والدین بیش از حد محافظت می شوند از تعامل های اجتماعی اجتناب می کنند و تمایل دارند که از اجتماع کناره گیری کنند. نتایج پژوهش جانسون و دیگران (۲۰۰۱) نیز حاکی از آن بود که بین پیوستگی خانواده و افزایش سطح تنهایی و اضطراب اجتماعی و اجتناب اجتماعی رابطه معنادار وجود دارد.

همچنین نتایج نشان داد بین کارکرد خانواده و اضطراب اجتماعی با میانجیگری دشواری در تنظیم هیجانی رابطه منفی غیرمستقیم وجود دارد. این یافته با یافته های لائو، مک لین، دانکن، اراگون، شرادر و همکاران (۲۰۱۲)؛ کاررس و بوی (۲۰۱۲) و توربرگ و همکاران (۲۰۱۲) همخوان است. محققان معتقدند که دشواری در تنظیم هیجانی ممکن است ناشی از عملکرد نادرست محیط خانواده مخصوصاً فقدان توجه والدین به نیازهای هیجانی کودکان در مراحل اولیه رشد باشد. حساسیت و پاسخ دهی مراقبت اولیه به حالت های هیجانی کودک تعیین کننده اصلی یادگیری روش تنظیم عواطف و رابطه با دیگران است (بشارت و همکاران، ۱۳۹۱). نوزادان والدینی که پاسخدهی بالاتری دارند تنظیم هیجانی بهتر و هیجان های مثبت بیشتری نشان می دهند (لائو، مک لین، دانکن، اراگون، شرادر و همکاران، ۲۰۱۲). تجربه های اولیه با مراقبانی که هیجان هایشان را نشان نمی دهند و ابراز نمی کنند، به هیجان های در حال تحول کودک اهمیتی نمی دهند و با هیجان های کودک خوب رفتار نمی کنند، می تواند بر تنظیم عاطفه در مراحل بعدی زندگی تأثیر داشته باشد (کاررس و بوی، ۲۰۱۲). توربرگ و همکاران (۲۰۱۲) در بررسی عوامل خانوادگی مرتبط با دشواری در تنظیم هیجانی اشاره کرده اند، کودکانی که در محیطی با مراقبت مادرانه پایین و فرزندپروری مداخله گرانه و بیش محافظت کننده رشد یافته اند در تشخیص و

توصیف هیجان های خود و دیگران مشکل دارند. مطابق این یافته ها، مراقبان اولیه به عنوان تنظیم کننده ی بیرونی هیجان های کودک نقش مهمی در یادگیری شیوه ی تنظیم هیجان ایفا می کنند.

والدین کودکان با دلبستگی ایمن درباره هیجان ها با کودکان خود صحبت می کنند و اجازه ی بیان آزادانه ی هیجان های مثبت و منفی را فراهم می کنند (لبوویتز، راموس مارکوس و ارسنیو، ۲۰۰۲). این کودکان پاسخدهی بهینه و منسجم از جانب مراقب اولیه را تجربه می کنند و می آموزند که ابراز متعادل هیجان ها پیامدهای مثبت دارد. والدین از طریق انعکاس عاطفه به کودک نیز بر یادگیری تنظیم هیجان های وی تأثیر می گذارند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۱).

منظور از انعکاس عاطفه پاسخی است که مراقب به هنگام استرس به کودک می دهد. تنظیم هیجان موفق وقتی رخ می دهد که مراقب به شکل مناسبی حالات هیجانی کودک را به او انعکاس دهد. در این صورت کودک همراهی بین تنظیم هیجان های خود و نشانه هایی را که از سوی والد دریافت می کند، تشخیص می دهد و از طریق این تعامل تنظیم هیجان ها را یاد می گیرد. به صورت خلاصه، یافته های این پژوهش نشان داد که کارکرد خانواده از طریق تأثیر بر توانایی فرد در شناسایی و بیان هیجان ها و نیز فهم هیجان ها بر اضطراب اجتماعی تأثیر می گذارد.

همچنین نتایج نشان داد بین کارکرد خانواده و اضطراب اجتماعی با میانجیگری کمروبی رابطه منفی غیرمستقیم برقرار می باشد. این یافته با یافته های، زرنقاش و سامانی (۲۰۱۰) همخوان است. در توجیه این یافته می توان گفت، هنگامی که والدین مانع از تلاش کودک برای بهره مند شدن از اراده خودانگیخته می شوند، کودک اساس تردید نسبت به خود و احساس شرم در برخورد با دیگران را پرورش می دهد. بنابراین تردید درباره صلاحیت و عدم کفایت، ممکن است منجر به کمروبی گردد. در پژوهشی که زرنقاش و سامانی (۲۰۱۰) در زمینه مطالعه کارکرد خانواده و کمروبی در نوجوانان انجام دادند، نشان دادند که والدینی که سبک فرزندپروری مستبدانه و سهل انگار داشتند، نوجوانان آنها نمرات بالاتری در مقیاس کمروبی بدست آوردند و سبک فرزندپروری مستبدانه عامل قدرتمندی در کمروبی فرزندان است.

یافته های اسپیر (۲۰۰۵) و مارتن (۲۰۰۲) حاکی از این بود که بچه هایی که در محیط خانواده ای بزرگ می شوند که مورد غفلت واقع شده نسبت به بچه هایی که در یک سبک اقتدارگرایانه پرورش می یابند، سطح بالاتری از کمروبی را نشان می دهند. یافته های ری و اسپنس (۲۰۰۴) نشان می دهند که رفتار سرد والدین با کودکان می تواند منجر به کمروبی و اضطراب اجتماعی در آنان شود. بنابراین کارکرد خانواده از طریق تحقیرها و تهدیدها، تنبیه ها و محدودیت های غیرمنطقی و احساس عدم کفایت اجتماعی، می تواند زمینه های اضطراب و کمروبی را در نوجوانان ایجاد و یا تقویت کند.

نتایج پژوهش حاضر در توصیف نیمرخ روانی دقیق تر بیماران اختلال اضطراب اجتماعی، کمک شایانی خواهد نمود. همچنین نتایج این پژوهش تلویحات مهمی در زمینه پیشگیری، درمان و خدمات مشاوره ای به نوجوانان دارای اختلال اضطراب اجتماعی دارد و لازم است در درمان افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی به نقش کارکرد خانواده، تنظیم هیجان و کمروبی توجه ویژه شود. یافته های این مطالعه باید با توجه به محدودیت های آن در نظر گرفته شود. از یک طرف این پژوهش با روش همبستگی انجام شده است و لذا یکی از محدودیت های آن عدم استنباط علی در زمینه اختلال اضطراب اجتماعی می تواند باشد و از طرف دیگر، در این پژوهش میزان تجربه اختلال اضطراب اجتماعی از طرف افراد گزارش شده است ولی بروز نشانگان بالینی اختلال اضطراب اجتماعی مورد توجه نبوده است. لذا این پژوهش پیشنهاد می نماید پژوهش های آینده روی نوجوانانی انجام گیرد که دچار اختلال اضطراب اجتماعی بوده اند. در این صورت ابعاد این رابطه بیشتر مشخص خواهد شد. علیرغم این محدودیت ها این پژوهش شواهدی را فراهم نمود که حاکی از آن است که بررسی این سه سازه در بیماران روان تنی و اختلال روان شناختی می تواند آثار آسیب شناختی این سه سازه را در بروز بیماری های روان شناختی مشخص تر سازد.

منابع

- بشارت، محمدعلی؛ خواجوی، زینب؛ پورخاقان، فاطمه. (۱۳۹۱). نقش واسطه ای ناگویی هیجانی در رابطه بین سبک های دلبستگی و عملکرد جنسی. رویش روان شناسی، ۱۱(۴)؛ ۶۱-۵۴.
- حسینی السادات، فریده؛ پاکیزه، علی؛ سالاری، زهرا. (۱۳۹۲). نقش طرحواره های ناسازگار اولیه و دشواری در نظم بخشی هیجانی در اضطراب دانشجویان. مجله علوم رفتاری. دوره ۷، شماره ۴، ۲۹۷-۳۰۵.
- خانزاده، مصطفی؛ سعیدیان، محسن؛ حسین چاری، مسعود؛ ادیسی، فروغ. (۱۳۹۱). ساختار عاملی و ویژگی های روان سنجی مقیاس دشواری در نظم بخشی هیجانی. مجله علوم رفتاری. شماره ۱۹، ۸۷-۹۶.
- خراشادی زاده، سمیه؛ شهابی زاده، فاطمه؛ دستجردی، رضا. (۱۳۹۱). نقش ادراک دلبستگی دوران کودکی، کنش ورزی خانواده و سبک های اسنادی بر اضطراب اجتماعی. فصلنامه روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی، سال هشتم، شماره ۳۲، ۳۹۵-۳۸۵.
- زاده محمدی، علی؛ ملک خسروی، غفار. (۱۳۸۵). بررسی مقدماتی ویژگی های روانسنجی و اعتباریابی مقیاس کارکرد خانواده. فصلنامه خانواده پژوهی، سال ۲، شماره ۵، ۸۹-۷۰.
- عباسی، مریم؛ دهقانی، محسن؛ یزدخواستی، حامد؛ منصوری، نادر. (۱۳۸۸). کارکرد خانواده بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در مقایسه با خانواده های جمعیت عمومی. فصلنامه خانواده پژوهی، سال پنجم، شماره ۱۹، ۳۶۴-۳۷۲.
- فرجیان فرد مقدم، آرزو. (۱۳۹۱). مدل یابی علی فوبی اجتماعی بر اساس هوش هیجانی، مهارت های اجتماعی، عزت نفس و کمرویی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- محمدلو، سپیده سلطان؛ غرایبی، بنفشه؛ فتحعلی لواسانی، فهیمه؛ گوهری، محمود رضا. (۱۳۹۲). بررسی ارتباط بین سیستم های فعال سازی و بازداری رفتاری، دشواری در تنظیم هیجانی و فراساخت با نگرانی. مجله پژوهش های علوم شناختی و رفتاری. سال سوم، شماره دوم، ۸۵-۱۰۰.
- محمدی، ابوالفضل؛ زرگر، فاطمه؛ امیدی، عبدالله؛ باقریان سرارودی، رضا. (۱۳۹۲). مدل های سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی. مجله تحقیقات علوم رفتاری، ۱۱(۱)، ۸۰-۶۸.
- Alkozei, A., Cooper, P.J., Creswell, C.(2014). Emotional reasoning and anxiety sensitivity: Associations with social anxiety disorder in childhood. *Journal of Affective Disorders* . 152-154,219-228.
- American Psychiatric Association(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Dsm-5th ed.,Text Revision)*. Washington, DC.
- Auerbach, R.P., Abela, R.Z., Ringo, M.H.(2007). Responding to symptoms of depression and anxiety: Emotion regulation, neuroticism, and engagement in risky behaviors. *Behavior Research*, 45(9), 2182-2191.
- Ballash, N. G., Michelle, K. P., Usui, W. M., Buckley, A. F., & Borden, J. W. (2006). Family functioning, perceived control, and anxiety: A mediational model. *Anxiety Disorder*, 20, 486-496.
- Barlow, D.H.(2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic*, second edition. New York NY: The Guilford press.
- Brumariu, L. E., & kerns, k. A.(2009). mother-child attachment and social anxiety symptoms in middle childhood". *Journal of applied development psychology*, 29, 393-402.
- Carrère, S., & Bowie, B. H. (2012). Like parent, like child: parent and child emotion dysregulation. *Archives of Psychiatric Nursing*. 26(3): 23-30.

- Connor ,K.M., Davidson, J.R., Churchill ,L.E., Sherweed, A., Foa, E.B.(2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN). *British Journal Psychiatry*. 176: 379-86.
- Davis, T.E., Munson ,M., Tarzca, E.(2009). Anxiety disorders and phobias.InJ. Matson(Ed.), social behavior and social skills in children .NewYork:springer.
- Diler, R.S., Birmaher, B., Axelson ,D., Obreja ,M., Monk, K., Hickey, M.B., Goldstein ,B., Goldstein ,T., Sakolsky ,D., Iyengar ,S., Brent ,D., Kupfer, D. (2011). Dimensional psychopathology in offspring of parents with bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 13(7-8):670-678.
- Erozkhan, A. (2009). The relationship between attach-ment style and social anxiety: An investigation with Turkish University student. *Journal of Social Behavior and Personality*, 37 (6), 835-844.
- Garrett-Peters, P., Mills-Koonce ,R., Adkins, D., Vernon-Feagans ,L., Cox ,M.(2008).Early Environmental Correlates of Maternal Emotion Talk. *Parent Science Practical*. 1; 8(2),117-152.
- Garnefski ,N., Kraaij, V. (2006).Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples.*Journal of Personality and Individual Difference*. 40,1659-69.
- Ghasempour, A., Akbari ,E., Ilbaygi ,R., Azimi ,Z., Hassanzadeh, S.(2012). Predicting obsessive-compulsive disorder on the basis of emotion regulation and anxiety sensitivity. *Zahedan Journal of Research Medical Science* , 2012, 13(9): 1-7.
- Gocmen, P.O. (2012). Correlation between shyness and self-esteem of arts and design students. *Journal of Social Behavior Science*, 47 ,1558 –1561.
- Goodyer, I. M., Herbert, I., Tamplin, A., Sechar, S. M, & Pearson, J. (1997). Short-term outcome of major depression: II. life events, family dysfunction, and friendship difficulties as predictors of persistent disorder. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(4), 474-480.
- Gratz, K.L., Roemer, L.(2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and Behavior Assess*, 26(1),41-55.
- Heiser, N.A., Turner,S.M., Beidel ,D.C.(2005). Shyness: relationship to social phobia and other psychiatric disorders. *Journal of Behavior Research Therapy*, 41(2), 209-221.
- Hofmann ,S.(2005). Perception of control over anxiety mediates the relation between catastrophic thinking and social anxiety in social phobia. *Journal of Behavior Research Therapy*, 43, 885–895.
- Johnson, H. D., Lavole, J. C., & Mahoney, M. (2001). Interparental conflict and family cohesion: Predictors of loneliness, social anxiety and social avoidance in the late adolescence. *Journal of Adolescent Research*,
- Keitner, G. I., & Miller, I. W. (1995). Family functioning and major depression: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1128-1137.
- Leibowitz, J., Ramos-Marcuse, F., & Arsenio, W. F. (2002). Parent-child emotion communication, attachment, and affective narratives. *Attachment & Human Development*. 4,55-67.
- Lowe, J. R., MacLean, P. C., Duncan, A. F., Aragon, C., Schrader, R. M., Caprihan, A., et al. (2012). Association of maternal interaction with emotional regulation in 4- and 9-month infants during the still face paradigm. *Infant Behavior and Development*. 35,295– 302.
- Mennin, D.S., McLaughlin, K.A., Flanagan ,T.J.(2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co-occurrence. *Journal of Anxiety Disorder*,23(7), 866–871.
- Miler, J., Schmidt, L., Vailancourt, T.(2008). Shyness sociability and eating problem in a non clinical sample of female under graduates.*Eating Behavior*,9(3):352-359.
- Rodebaugh, T.L., Heimberg, R.G.(2008).Chapter 9 Emotion Regulation and the Anxiety Disorders: Adopting a Self-Regulation Perspective. Springer.
- Shamel, L. ,Barzide, P., Gholami ,S. (2013). Does sports reduce shyness in boy teenagers. *Journal of Social Behavior Science*. 84,1441-1443.

- **Teubert, D., Piquart, M.(2011).** A meta-analytic review on the prevention of symptoms of anxiety in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorder*,25,1046-1059.
- **Thorberg, F.A., Young, R., Sullivan, K. A., Lyvers, M., Connor, J. P., & Feeney, G. F. (2011).** Alexithymia, craving and attachment in a heavy drinking population. *Addictive behaviors*,36,427–430.
- **Trangkasombat, U. (2006).** Family functioning in the families of psychiatric patients: A comparison with nonclinical families. *Journal of Medical Association*, 89(11), 1946-1952.
- **Werner, K.H., Goldin, P.R., Ball ,T.M., Heimberg, R.G., Gross, J.J. (2011).**Assessing Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder: The Emotion Regulation Interview. *Journal of Psychopathology Behavior*,10,922- 1007.
- **Zarnaghash,M, Samani,S.(2010).** Study of the effect of family patterns Style on shyness in Iranian Students. *Procedia Social and Behavioral Sciences* 5 , 2304–2308.
- **Zhao, J., Kong ,F., Wang ,Y. (2013).**The role of social support and self-esteem in the relationship between shyness and loneliness. *Journal of Personality and Individual Difference*, 54,577-581.
- **Zlomke, K.R., Hahn ,K.S. (2010).**Cognitive emotion regulation strategies: Gender differences and associations to worry. *Journal of Personality and Individual Difference*, 48 (4),408-413.