

شناسایی مؤلفه‌های شکل‌دهنده باورهای ناتوان‌کننده در بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی

تاریخ ارسال: ۱۴۰۲/۰۸/۰۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۹/۰۹

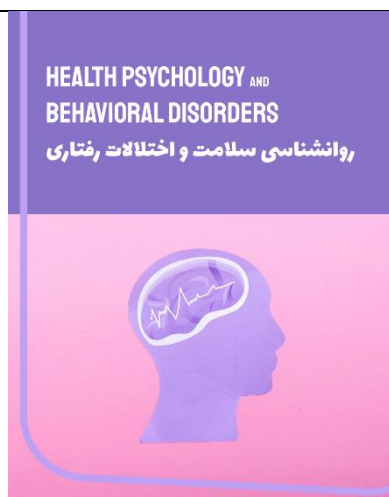
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۳

تاریخ چاپ: ۱۴۰۲/۱۰/۰۱

چکیده

هدف پژوهش حاضر شناسایی مؤلفه‌های شکل‌دهنده باورهای ناتوان‌کننده در بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی بود. این مطالعه به روش کیفی و با رویکرد تحلیل مضمون انجام شد. شرکت‌کنندگان شامل ۲۰ بیمار مبتلا به فوبیای اجتماعی از شهر تهران بودند که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. داده‌ها از طریق مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته گردآوری شد و پس از رسیدن به اشباع نظری، تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار NVivo و بر اساس مراحل تحلیل مضمون صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد سه مقوله اصلی در شکل‌گیری باورهای ناتوان‌کننده نقش دارند: تجارب اولیه شکل‌دهنده (مانند شکست‌های اجتماعی، حمایت ناکافی خانواده، تجربه قلدری و فقدان تجربه موفقیت)، الگوهای شناختی مختل‌کننده (همچون تفکر فاجعه‌ساز، خودارزشی پایین، مقایسه منفی با دیگران و تعمیم افراطی) و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری (شامل اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، واکنش‌های بدنی اضطرابی، استتار و خودسرزنی پس از تعاملات). شناخت مؤلفه‌های شکل‌دهنده باورهای ناتوان‌کننده در بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی می‌تواند راهگشای طراحی مداخلات درمانی هدفمند و پیشگیری از تداوم اختلال باشد. توجه به تجارب زیسته بیماران و عوامل زمینه‌ای، نقش بسزایی در اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی ایفا می‌کند.

کلیدواژه‌گان: فوبیای اجتماعی، باورهای ناتوان‌کننده، تحلیل مضمون، اضطراب اجتماعی، تجربه زیسته

علیرضا کشاورز ملک^{۱*}

۱. گروه تعلیم و تربیت اسلامی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: Keshvzr21@gmail.com

شیوه استناددهی: کشاورز ملک، علیرضا. (۱۴۰۲). شناسایی مؤلفه‌های شکل‌دهنده باورهای ناتوان‌کننده در بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری، ۱(۴)، ۱۸-۲۶.

Identifying the Components Shaping Incapacitating Beliefs in Patients with Social Phobia: A Qualitative Study

Submit Date: 2023-10-28

Revise Date: 2023-11-26

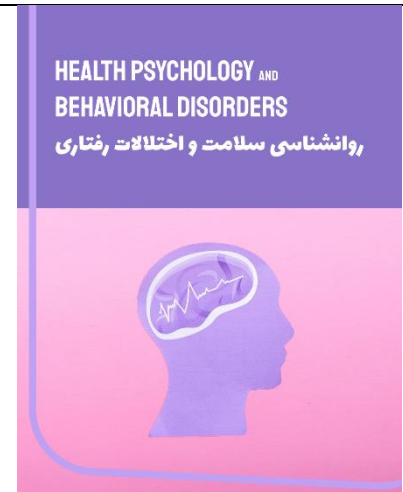
Accept Date: 2023-12-05

Publish Date: 2023-12-20

Abstract

The aim of this study was to identify the components shaping incapacitating beliefs in patients with social phobia. This research employed a qualitative design using thematic analysis. Participants consisted of 20 patients with social phobia from Tehran, selected through purposive sampling. Data were collected via semi-structured interviews, continued until theoretical saturation was achieved, and analyzed using NVivo software based on the stages of thematic analysis. The findings indicated that three main categories play a crucial role in shaping incapacitating beliefs: formative early experiences (such as social failures, insufficient family support, bullying, and lack of successful social experiences), dysfunctional cognitive patterns (including catastrophic thinking, low self-worth, negative social comparison, and overgeneralization), and emotional-behavioral responses (including avoidance of social situations, physiological anxiety symptoms, masking, and self-blame after interactions). Understanding the components shaping incapacitating beliefs in patients with social phobia can facilitate the development of targeted therapeutic interventions and help prevent the persistence of the disorder. Attention to patients' lived experiences and contextual factors plays a key role in the effectiveness of psychological treatments.

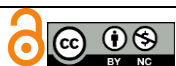
Keywords: *social phobia, incapacitating beliefs, thematic analysis, social anxiety, lived experience*

Alireza Keshavarz Malek^{1*}

1. Department of Islamic Education, Shahed University, Tehran,

*Corresponding Author's Email: Keshvzr21@gmail.com

How to cite: Keshavarz Malek, A. (2023). Identifying the Components Shaping Incapacitating Beliefs in Patients with Social Phobia: A Qualitative Study. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 1(4), 18-26.



فوبیای اجتماعی یا اختلال اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین اختلالات اضطرابی است که با ترس مفرط و پایدار از موقعیت‌هایی همراه است که در آن‌ها فرد در معرض قضاوت دیگران قرار می‌گیرد (American Psychiatric Association, 2013). این اختلال به‌طور چشمگیری بر عملکرد فرد در حوزه‌های تحصیلی، شغلی، و بین‌فردی اثر می‌گذارد و در صورت عدم درمان، می‌تواند به کناره‌گیری اجتماعی، افسردگی و اختلالات عملکردی منجر شود (Stein & Stein, 2008). شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بین ۷ تا ۱۳ درصد گزارش شده است (Kessler et al., 2005) و اغلب در دوره نوجوانی شروع می‌شود و در صورت عدم مداخله درمانی تا بزرگسالی ادامه می‌یابد.

مطالعات گذشته نشان داده‌اند که در بطن فوبیای اجتماعی، مجموعه‌ای از باورهای شناختی ناتوان‌کننده وجود دارد که فرد را در یک چرخه معیوب از اضطراب، اجتناب، و خودسرزنشی گرفتار می‌سازد (Clark & Wells, 1995). این باورها معمولاً حول محورهایی چون «من بی‌کفایتم»، «دیگران مرا قضاوت خواهند کرد»، یا «اشتباه من برابر است با تحقیر» شکل می‌گیرند (Heimberg et al., 2010). این نوع تفکرات منفی که در بسیاری موارد از تجارب زیسته و گذشته فرد نشأت می‌گیرند، به طور مداوم بازتولید شده و نه تنها اضطراب اجتماعی را تشدید می‌کنند بلکه مانع از بازسازی خودپنداره مثبت نیز می‌شوند (Rapee & Heimberg, 1997).

از دیدگاه روان‌شناسی شناختی-رفتاری، این باورها معمولاً در بستر تجارب اولیه مانند طرد اجتماعی، تحقیر در مدرسه، یا انتقادگری والدین شکل می‌گیرند (Bruch & Heimberg, 1994; Bögels & Brechman-Toussaint, 2006). به‌علاوه، پژوهش‌هایی که بر تجارب زیسته افراد مبتلا به فوبیای اجتماعی تمرکز داشته‌اند نشان داده‌اند که ناتوانی در تنظیم هیجان، پایین بودن خودارزشی، و تفکر فاجعه‌ساز از جمله پیامدهای این نوع تجارب اولیه هستند که به مرور در قالب باورهای تثبیت‌شده ذهنی درآمده و واکنش فرد به موقعیت‌های اجتماعی را هدایت می‌کنند (Leigh & Clark, 2018).

بر اساس مدل‌های نظری موجود، از جمله مدل شناختی کلارک و ولز (Clark & Wells, 1995)، تعامل بین افکار خودآیند منفی، سوگیری‌های شناختی، و راهبردهای ایمنی (مثل اجتناب یا پنهان‌کاری) عامل اصلی تداوم اضطراب اجتماعی است. افراد مبتلا به این اختلال معمولاً بر روی نشانه‌های تهدید تمرکز بیشتری دارند و در ارزیابی اجتماعی، حتی نشانه‌های خنثی یا مثبت را منفی‌سازی می‌کنند (Mogg & Bradley, 2002). همچنین، در چنین بافت شناختی ناسازگار، بروز علائم بدنی اضطراب (مانند تپش قلب یا لرزش صدا) نه تنها کنترل نمی‌شود، بلکه به عنوان شواهدی از «شکست در تعامل اجتماعی» تعبیر می‌گردد (Stein & Stein, 2008).

مطالعات فرهنگ‌محور نیز بر نقش هنجارهای اجتماعی و ارزش‌های فرهنگی در شکل‌گیری و تداوم اضطراب اجتماعی تأکید کرده‌اند. در جوامعی با فرهنگ مبتنی بر شرم، کنترل اجتماعی و اهمیت زیاد به آبرو، افراد مستعد اضطراب اجتماعی بیشتری هستند (Heinrichs et al., 2006). در چنین زمینه‌ای، کوچک‌ترین اشتباه در تعامل اجتماعی می‌تواند موجب احساس تحقیر یا طرد شود که این خود در تقویت باورهای ناتوان‌کننده بسیار مؤثر است. در ایران نیز پژوهش‌های معدودی به بررسی مؤلفه‌های شکل‌دهنده این باورها از منظر فرهنگی و بومی پرداخته‌اند، و اغلب مطالعات به شیوه کمی انجام شده‌اند (Khosravi, 2017).

با وجود اهمیت باورهای ناتوان‌کننده در فهم و درمان فوبیای اجتماعی، هنوز مشخص نیست که این باورها دقیقاً چگونه و تحت تأثیر چه تجاربی شکل می‌گیرند. فهم دقیق این مؤلفه‌ها، به‌ویژه از طریق رویکردهای کیفی که بر بازنمایی تجارب زیسته بیماران تمرکز دارند، می‌تواند به طراحی درمان‌های مؤثرتر و واقع‌گرایانه‌تر منجر شود (Nowell et al., 2017). رویکرد کیفی با روش تحلیل مضمون، به پژوهشگر این امکان را می‌دهد که لایه‌های پنهان درونی بیماران را شناسایی کرده و فرآیندهای روان‌شناختی نهفته در شکل‌گیری باورهای ناتوان‌کننده را استخراج کند. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف شناسایی مؤلفه‌های شکل‌دهنده باورهای ناتوان‌کننده در بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی، با استفاده از روش کیفی و تمرکز بر تجارب زیسته، تلاش می‌کند تا به درکی عمیق و بومی از این سازه ذهنی مهم دست یابد و مسیر مداخلات بالینی مؤثر را هموار سازد.

روش‌شناسی

در این پژوهش از رویکرد کیفی با استفاده از روش تحلیل مضمون بهره گرفته شد تا مؤلفه‌های شکل‌دهنده باورهای ناتوان‌کننده در بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی شناسایی شوند. مشارکت‌کنندگان شامل ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی بودند که با روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس معیارهای ورود از جمله تشخیص قطعی فوبیای اجتماعی توسط روانپزشک و رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. محل انجام پژوهش شهر تهران بود و انتخاب نمونه‌ها تا رسیدن به اشباع نظری ادامه یافت، به‌طوری‌که پس از مصاحبه با نفر بیستم، داده‌ها به اشباع رسید و اطلاعات جدیدی استخراج نشد.

ابزار گردآوری داده‌ها مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته بود که به‌صورت فردی و حضوری انجام شد. سوالات مصاحبه با تمرکز بر تجربیات درونی، افکار و باورهای مرتبط با موقعیت‌های اجتماعی طراحی شده بود. مدت زمان هر مصاحبه بین ۴۵ تا ۷۵ دقیقه بود و با کسب اجازه از مشارکت‌کنندگان، تمام مصاحبه‌ها ضبط و سپس به‌صورت کامل پیاده‌سازی شدند.

برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار NVivo نسخه ۱۲ استفاده شد. فرآیند تحلیل داده‌ها بر اساس مراحل تحلیل مضمون شامل آشنایی اولیه با داده‌ها، کدگذاری اولیه، شناسایی مضامین، بازبینی مضامین، تعریف و نام‌گذاری مضامین، و در نهایت گزارش‌نویسی صورت گرفت. اعتبار داده‌ها از طریق روش‌های اعتبار درونی، بررسی مجدد توسط پژوهشگران دیگر، و تأیید اعضا (member check) تضمین شد. همچنین برای افزایش پایایی، بخشی از داده‌ها به‌صورت موازی توسط دو تحلیلگر مجزا کدگذاری و نتایج با یکدیگر مقایسه شدند.

یافته‌ها

تجربه شکست‌های اجتماعی

بسیاری از شرکت‌کنندگان اشاره داشتند که تجربه‌های اولیه شکست در موقعیت‌های اجتماعی، نقش مهمی در شکل‌گیری باورهای ناتوان‌کننده آن‌ها ایفا کرده است. طرد شدن از جمع‌های دوستانه، تمسخر شدن توسط همسالان و احساس سرخوردگی‌های مکرر از جمله موارد پرتکرار بودند. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان کرد: «بارها شده بود سر کلاس حرف زدم و بچه‌ها خندیدند. بعدش همیشه حس می‌کردم هر جا حرف بزنم باز مسخره می‌شم.» این تجارب موجب ایجاد ترس عمیق از قضاوت منفی دیگران و دوری از موقعیت‌های اجتماعی شده است.

حمایت ناکافی خانواده

کمبود حمایت عاطفی و عدم اعتماد والدین به توانایی‌های کودک، از دیگر عوامل کلیدی در شکل‌گیری باورهای ناتوان‌کننده بود. مشارکت‌کنندگان از تجربه‌های سرزنش و نادیده گرفته شدن احساساتشان در خانواده سخن گفتند. یک شرکت‌کننده توضیح داد: «هر وقت مشکل یا ترسی داشتم، خانواده‌ام فقط می‌گفتن بزرگ می‌شی درست می‌شه، هیچ‌وقت جدی نگرفتند.» نبود الگوی تشویق‌کننده و اعتماد به نفس‌زا، سبب تشدید احساس ناتوانی در تعاملات اجتماعی شده است.

تجربه قلدری یا آزار در مدرسه

تجربه قلدری، چه به‌صورت کلامی و چه بدنی، و منزوی شدن در فضای مدرسه از جمله محرک‌های قوی برای ایجاد باور ناتوان‌کننده بودند. برخی مصاحبه‌شوندگان اشاره داشتند که حتی معلمان نیز نسبت به این موقعیت‌ها بی‌تفاوت بوده‌اند: «همیشه بچه‌ها اذیت می‌کردند و معلم فقط نگاه می‌کرد، هیچ کاری نمی‌کرد.» این تجارب احساس بی‌پناهی و ناامنی در جمع را تقویت کرده است.

فقدان تجربه موفقیت اجتماعی

شرکت‌کنندگان بسیاری عنوان کردند که هرگز در موقعیت‌های اجتماعی بازخورد مثبت یا تجربه موفقیت نداشته‌اند و همین موضوع سبب تقویت نگرش منفی آن‌ها نسبت به خود شده است. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان کرد: «هیچ‌وقت تو جمع احساس نکردم حرفم مهمه یا کسی بهش توجه کنه، همیشه گوشه‌گیر بودم.» این فقدان تجربه موفقیت، ترس از ارتباط و اجتناب را تشدید می‌کند.

فرهنگ خانوادگی مبتنی بر انتقاد

محیط خانوادگی سرشار از انتقاد و تأکید بر نقص‌ها و انتظارات غیرواقعی از کودک، در اغلب روایت‌ها به چشم می‌خورد. برخی شرکت‌کنندگان گفتند: «همیشه منو با بچه‌های فامیل مقایسه می‌کردند و هیچ‌وقت ازم راضی نبودن.» این فرهنگ انتقادی باعث شکل‌گیری تصویر ذهنی ضعیف از خود و افزایش اضطراب اجتماعی شده است.

رویدادهای استرس‌زای دوران کودکی

تجارب تلخ و استرس‌زایی مانند طلاق والدین، بیماری شدید یا مرگ عزیزان نیز به‌عنوان عوامل شکل‌دهنده باورهای ناتوان‌کننده شناسایی شدند. یک مصاحبه‌شونده بیان داشت: «بعد از فوت مادرم احساس کردم تو هیچ جمع‌ی نمی‌تونم باشم؛ انگار همه چیز سخت‌تر شد.» این رویدادها غالباً سبب افزایش احساس ناامنی و ترس از ارتباطات اجتماعی می‌شوند.

پیام‌های منفی از محیط آموزشی

تجربه تحقیر یا توبیخ توسط معلم، دریافت نمرات پایین یا نبود تشویق در مدرسه از دیگر مضامین مهم در شکل‌گیری باورهای ناتوان‌کننده بود. شرکت‌کننده‌ای گفت: «معلمم یک بار جلوی کلاس گفت تو هیچ‌وقت موفق نمی‌شی. از اون روز همیشه فکر می‌کنم هیچ کاری ازم برنمیاد.»

تفکر فاجعه‌ساز

بسیاری از شرکت‌کنندگان از تفکر فاجعه‌ساز رنج می‌بردند؛ یعنی همواره منتظر وقوع بدترین حالت ممکن در موقعیت‌های اجتماعی هستند. این نوع تفکر منجر به بزرگ‌نمایی اشتباهات و نگرانی افراطی می‌شود. یکی از شرکت‌کنندگان اظهار داشت: «هر بار که اشتباهی می‌کنم، مطمئنم همه از من بدشون میاد و دیگه باهام صحبت نمی‌کنن.»

خودارزشی پایین

حس عدم پذیرش خود، تمرکز بر ضعف‌ها و احساس بی‌لیاقتی در بسیاری از پاسخ‌ها دیده شد. مشارکت‌کنندگان اشاره کردند: «همیشه فکر می‌کنم به اندازه کافی خوب نیستم و کسی منو دوست نداره.» این دیدگاه‌ها ریشه در تجربه‌های منفی کودکی و تعاملات خانوادگی دارند.

مقایسه منفی با دیگران

برخی شرکت‌کنندگان خود را دائماً با دیگران مقایسه می‌کردند و به برتری سایرین باور داشتند. یک مصاحبه‌شونده گفت: «وقتی می‌بینم بقیه راحت حرف می‌زنن و من نمی‌تونم، حس می‌کنم هیچ‌وقت مثل اون‌ها نخواهم شد.» این مقایسه‌ها منجر به تشدید احساس حقارت و اضطراب می‌شود.

تعمیم افراطی

تجربه یک شکست یا رویداد منفی، برای بسیاری از شرکت‌کنندگان به معنی پیش‌بینی تکرار شکست در آینده و انتظار طرد شدن دائمی بود. یکی از مصاحبه‌شوندگان بیان کرد: «یک بار جلوی جمع اشتباه کردم، از اون به بعد همیشه فکر می‌کنم تو هر جمع‌ی خراب می‌کنم.»

سوگیری توجه به تهدید

افراد مورد مطالعه اظهار داشتند که توجه بیش از حد به نشانه‌های تهدیدآمیز یا قضاوت دیگران دارند و دائماً واکنش دیگران را رصد می‌کنند. یک شرکت‌کننده گفت: «دائم نگاه می‌کنم ببینم کسی اخم کرده یا نه، حتی اگر کوچک‌ترین نشانه‌ای ببینم فکر می‌کنم از من ناراحت‌اند.»

انتظارات غیرمنطقی از خود

داشتن انتظارات افراطی و کمال‌گرایانه از خود، به شکل اجبار برای بی‌نقص بودن و عدم پذیرش اشتباه، بارها توسط شرکت‌کنندگان مطرح شد. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «اگر حرفم کامل نباشه یا اشتباهی بگم، روزها به خودم سرزنش می‌کنم.»

اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی

پاسخ رایج بسیاری از شرکت‌کنندگان، اجتناب از حضور در جمع‌ها و موقعیت‌های اجتماعی بود. مشارکت‌کنندگان اظهار داشتند: «معمولاً دعوت‌ها رو رد می‌کنم چون نمی‌تونم استرس رو کنترل کنم.» این اجتناب، خود به تداوم و تقویت باورهای ناتوان‌کننده دامن می‌زند.

واکنش‌های بدنی اضطرابی

علائم جسمانی مانند تعریق کف دست، لرزش صدا، تپش قلب و سرخ شدن صورت به‌کرات گزارش شد. یکی از شرکت‌کنندگان بیان کرد: «وقتی باید حرف بزنم، صدایم می‌لرزه و صورتم داغ می‌شه، حتی بعضی وقت‌ها نفس کم می‌آرم.»

استتار یا پنهان‌کاری

بسیاری از افراد تلاش می‌کنند اضطراب خود را پنهان یا استتار کنند؛ مثلاً با ساختن ظاهر آرام یا استفاده از وسایل برای پوشاندن استرس. یکی از مصاحبه‌شوندگان گفت: «همیشه سعی می‌کنم طوری رفتار کنم که کسی نفهمه اضطراب دارم.»

استفاده از راهبردهای ایمنی

برخی شرکت‌کنندگان به استفاده از راهبردهایی مانند به همراه بردن دوست یا آماده‌سازی جملات از قبل اشاره کردند. یک نفر بیان کرد: «معمولاً دوستمو با خودم می‌برم تا تنها نباشم و قبل از هر صحبت چند بار تو ذهنم تمرین می‌کنم.»

خودسرزنشی و انتقاد پس از تعامل

پس از هر تعامل اجتماعی، بسیاری از شرکت‌کنندگان دچار خودسرزنشی و تحلیل افراطی رفتار خود می‌شدند. یک مصاحبه‌شونده گفت: «بعد از هر مهمونی ساعت‌ها رفتارم رو مرور می‌کنم و خودم رو بابت چیزایی که گفتم سرزنش می‌کنم.»

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که سه مقوله اصلی در شکل‌گیری باورهای ناتوان‌کننده در بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی نقش دارند: تجارب اولیه شکل‌دهنده، الگوهای شناختی مختل‌کننده، و پاسخ‌های هیجانی و رفتاری. در مقوله نخست، تجاربی مانند طرد اجتماعی، تحقیر در مدرسه، حمایت ناکافی والدین و رویدادهای استرس‌زای دوران کودکی شناسایی شد که همگی در تضعیف خودپنداره فرد و تقویت نگرش منفی نسبت به خود نقش ایفا می‌کنند. یافته‌ها با ادبیات پژوهشی هم‌راستا هستند که نشان داده‌اند تجارب زیان‌بار کودکی و خانواده‌های ناکارآمد با افزایش آسیب‌پذیری نسبت به فوبیای اجتماعی ارتباط مستقیم دارند (Bögels & Brechman-Toussaint, 2006; McCabe et al., 2013).

در سطح شناختی، یافته‌ها نشان داد که باورهایی نظیر "من شکست می‌خورم"، "دیگران مرا تحقیر می‌کنند"، و "هیچ‌کس مرا نمی‌پذیرد"، در قالب الگوهایی مانند تفکر فاجعه‌ساز، تعمیم افراطی، سوگیری توجه به تهدید و مقایسه منفی با دیگران ظاهر می‌شوند. این الگوها پیش‌تر نیز در مدل‌های شناختی-رفتاری فوبیای اجتماعی تأکید شده‌اند (Clark & Wells, 1995; Heimberg, Brozovich, & Rapee, 2010). یافته‌های پژوهش حاضر از این منظر تأییدکننده نظریه‌هایی هستند که معتقدند افکار خودآیند منفی و الگوهای ذهنی ناکارآمد، نقش محوری در پایداری اضطراب اجتماعی ایفا می‌کنند (Rapee & Heimberg, 1997; Mogg & Bradley, 2002).

در مقوله سوم، پاسخ‌های هیجانی و رفتاری شامل اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی، واکنش‌های بدنی اضطرابی، پنهان‌کاری و خودسرزنشی پس از تعاملات مشاهده شد. این واکنش‌ها نه تنها حاصل باورهای ناتوان‌کننده هستند بلکه به تداوم آن‌ها نیز منجر می‌شوند، زیرا فرد فرصت

بازسازی تصویر ذهنی خود را از دست می‌دهد. این یافته‌ها با مدل کلارک و ولز همخوانی دارند که در آن راهبردهای ایمنی (Safety Behaviors) مانند اجتناب، ابزار اصلی تداوم اختلال در نظر گرفته می‌شوند (Clark & Wells, 1995).

همچنین، یافته‌ها بر اهمیت بافت فرهنگی در شکل‌گیری این باورها تأکید دارند. شرکت‌کنندگان به‌ویژه در زمینه شرم اجتماعی، ترس از قضاوت دیگران، و نگرانی از آبروی خانوادگی تأکید داشتند که این امر با نتایج پژوهش Heinrichs و همکاران (۲۰۰۶) همخوان است. آنان بیان کرده‌اند که در فرهنگ‌های مبتنی بر شرم، نگرانی از ارزیابی منفی دیگران به مراتب شدیدتر است و همین امر می‌تواند بستر شکل‌گیری باورهای ناتوان‌کننده را تقویت کند.

در نهایت، پژوهش حاضر از منظر کاربرد بالینی، حاوی پیام‌های مهمی است. شناسایی تجارب زیسته و مؤلفه‌های زمینه‌ساز باورهای ناتوان‌کننده می‌تواند در طراحی مداخلات روان‌درمانی مؤثر، به‌ویژه درمان شناختی-رفتاری، مورد استفاده قرار گیرد. این یافته‌ها همچنین تأکید دارند که رویکردهای درمانی باید از سطح نشانه فراتر رفته و بر اصلاح باورهای زیربنایی تمرکز داشته باشند (Hofmann & Otto, 2008).

یکی از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، تمرکز بر نمونه‌ای محدود از بیماران مبتلا به فوبیای اجتماعی در شهر تهران است که تعمیم‌پذیری نتایج را به سایر مناطق و بافت‌های فرهنگی کاهش می‌دهد. همچنین، رویکرد کیفی و تفسیر داده‌ها بر اساس روایت‌های ذهنی ممکن است با سوگیری پژوهشگر همراه باشد، هرچند از روش‌هایی مانند بررسی اعضا و تحلیل موازی برای افزایش اعتبار استفاده شد. از دیگر محدودیت‌ها می‌توان به عدم بررسی افتراق باورهای ناتوان‌کننده بر حسب متغیرهایی مانند سن، جنسیت و شدت اختلال اشاره کرد.

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از رویکردهای آمیخته استفاده شود تا ترکیب روش‌های کیفی و کمی امکان بررسی عمیق‌تر و اعتباربخشی به نتایج را فراهم سازد. همچنین، انجام مطالعات مقایسه‌ای بین مناطق مختلف جغرافیایی و فرهنگی، می‌تواند در شناسایی الگوهای فرهنگی شکل‌دهنده این باورها مفید باشد. بررسی طولی باورهای ناتوان‌کننده در فرآیند درمان نیز می‌تواند اطلاعات ارزشمندی درباره پویایی این ساختارهای ذهنی فراهم آورد.

بر اساس یافته‌های پژوهش، پیشنهاد می‌شود درمانگران در جلسات روان‌درمانی، ارزیابی دقیقی از تجارب زیسته بیماران در زمینه‌های خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی انجام دهند و مداخلات را به‌گونه‌ای طراحی کنند که باورهای ناتوان‌کننده به‌صورت تدریجی و بر اساس شواهد واقعی به چالش کشیده شوند. همچنین، استفاده از درمان گروهی مبتنی بر پذیرش، شناخت درمانی، و آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند در بازسازی اعتماد به نفس اجتماعی بیماران مؤثر باشد. طراحی کارگاه‌های آموزشی برای والدین، معلمان و مشاوران نیز می‌تواند در پیشگیری از شکل‌گیری این باورها در کودکان و نوجوانان نقش کلیدی ایفا کند.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسندگان مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

فهرست منابع

References

- Bruch, M. A., & Heimberg, R. G. (1994). Differences in perceptions of parental and peer social support in anxious and nonanxious youth. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(2), 155–171.
- Bögels, S. M., & Brechman-Toussaint, M. L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 834–856.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). Guilford Press.
- Coplan, R. J., & Armer, M. (2007). A "multitude" of solitude: A closer look at social withdrawal and nonsocial play in early childhood. *Child Development Perspectives*, 1(1), 26–32.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann & P. M. DiBartolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (2nd ed., pp. 395–422). Academic Press.
- Heinrichs, N., Rapee, R. M., Alden, L. A., Bögels, S., Hofmann, S. G., Oh, K. J., & Sakano, Y. (2006). Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 44(8), 1187–1197.
- Hofmann, S. G., & Otto, M. W. (2008). *Cognitive behavioral therapy of social anxiety disorder: Evidence-based and disorder-specific treatment techniques*. Routledge.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Khosravi, M. (2017). The prevalence of social anxiety disorder in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 11(1), e4462.
- La Greca, A. M., & Lopez, N. (1998). Social anxiety among adolescents: Linkages with peer relations and friendships. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(2), 83–94.
- Leigh, E., & Clark, D. M. (2018). Understanding social anxiety disorder in adolescents and improving treatment outcomes: Applying the cognitive model of Clark and Wells (1995). *Clinical Child and Family Psychology Review*, 21(3), 388–414.
- McCabe, R. E., Antony, M. M., Summerfeldt, L. J., Liss, A., & Swinson, R. P. (2013). Social phobia in adults: A guide to assessment and treatment. *Canadian Journal of Psychiatry*, 58(2), 83–89.
- Mogg, K., & Bradley, B. P. (2002). Selective orienting of attention to masked threat faces in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 40(12), 1403–1414.
- Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741–756.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115–1125.
- Tillfors, M., Furmark, T., Ekselius, L., & Fredrikson, M. (2012). Social phobia: Epidemiology, pathogenesis, and treatment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1511–1520.