**مبانی نظری و پیشینه**

**2-1- مبانی نظری**

**2-1-1-اختلال اضطراب اجتماعی**

اضطراب اجتماعی یک گستره تشخیصی نسبتاً جدید است و برای اولین بار به عنوان یک تشخیص جداگانه در DSM-III (1980) مطرح شد. DSM-III-TR (1987) دو نوع اضطراب اجتماعی را متمایز کرد:

1) اضطراب اجتماعی تعمیم یافته [[1]](#footnote-1)؛

 2) اضطراب اجتماعی خاص [[2]](#footnote-2)(هانگ[[3]](#footnote-3)، 2003؛ به نقل از البرزی، 1390).

با مروری بر ادبیات اضطراب اجتماعی می‌توان به این نکته پی برد که در مقاطع تاریخی، اختلال اضطراب اجتماعی با نام‌های متفاوتی مانند هراس اجتماعی، اختلال اضطراب اجتماعی و اضطراب اجتماعی مشخص شده است. این تفاوت در نامگذاری بیشتر به دلایل تاریخی برمی‌گردد تا دلایل کیفی (بارلو[[4]](#footnote-4) و لیبوویتز[[5]](#footnote-5)، 2005؛ به نقل از البرزی، 1390). برخی از مولفین اختلال اضطراب اجتماعی را عنوان مناسب‌تری برای این اختلال دانسته‌اند، زیرا مشکلاتی که همراه این اختلال است بسیار فراگیرتر از هراس بوده و بر حوزه‌های بهنجار زندگی بسیار تاثیرگذار است (دیویدیسون[[6]](#footnote-6)، 2007؛ به نقل از البرزی، 1390). هر چند در حال حاضر هراس اجتماعی و اختلال اضطراب اجتماعی در DSM- IV به یک معنا و مفهوم به کار می‌روند (بارلو و لایبنیتز، 2005؛ به نقل از البرزی، 1390). بر طبق این دسته بندی اضطراب اجتماعی را به 3 نوع تقسیم می‌شود:

تیپ عملکردی که طی آن فرد نمی‌تواند اعمال خاصی مانند سخنرانی، خواندن یا نوشتن را در انظار عمومی انجام دهد (اعمالی که به هنگام تنهایی به راحتی از پس آن بر می‌آید).

تیپ محدود که طی آن اضطراب فقط در موقعیت‌های خاص اجتماعی ایجاد می‌شود، نظیر صحبت کردن با رییس.

تیپ فراگیر که طی آن اغلب موقعیت‌های اجتماعی، اضطراب یا وحشت‌زدگی را برای فرد ایجاد می‌کند (روزنهان[[7]](#footnote-7) و سلیگمن[[8]](#footnote-8)، ترجمه سیدمحمدی، 1379). حال آنکه در بعضی از منابع اضطراب اجتماعی را فقط در دو نوع فراگیر و غیر فراگیر تقسیم‌بندی می‌کنند؛ که اضطراب صحبت کردن در جمع را جز نوع غیرفراگیر می‌دانند اضطراب اجتماعی دربرگیرنده اختلال اجتنابی دوره کودکی نیز هست (دادستان، 1385). به اعتقاد دیکسون[[9]](#footnote-9) و مک لئود[[10]](#footnote-10) (2004، به نقل از البرزی، 1390) اضطراب اجتماعی به طور برجسته با ترس شدید از شرمنده شدن یا بی‌عرضه به نظر رسیدن همراه است و به دنبال آن اجتناب از موقعیت‌های تعامل اجتماعی ایجاد می‌شود (راسل[[11]](#footnote-11) و شو[[12]](#footnote-12)،2006؛ به نقل از البرزی، 1390).

**2-1-1-1-شیوع اختلال اضطراب اجتماعی**

اختلال اضطراب اجتماعی رایج‌ترین اختلال اضطرابی (کاشدان[[13]](#footnote-13)، 2001؛ به نقل از البرزی، 1390) و سومین اختلال شایع روان‌پزشکی درمیان بزرگسالان است (ویل[[14]](#footnote-14)، 2003، کسلر[[15]](#footnote-15)، چیو[[16]](#footnote-16)، دملر[[17]](#footnote-17) و والترز[[18]](#footnote-18)، 2005). اطلاعات ناهماهنگی در مورد فراوانی اضطراب اجتماعی وجود دارد (16- 2 درصد) (مارتین[[19]](#footnote-19)، 2003؛ به نقل از البرزی، 1390). پژوهش‌های غربی تخمین می‌زنند که حدود 40 میلیون نفر مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی هستند؛ اما تنها 5 میلیون نفر مبتلا به این اختلال تشخیص داده می‌شوند (انستیتو ملی سلامت روان، 2012؛ به نقل از خلیلی طرقبه، 1391). میزان شیوع 12 ماهه این اختلال، 8/6 درصد و شیوع آن در طول عمر حداقل دو برابر گزارش شده است (کسلر، چیو، دملر و والترز، 2005).

در ایران بر اساس مطالعه‌ای که سردارآبادی (1385) به منظور بررسی میزان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در دانشجویان دانشکده روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد انجام داده است، 7/6 درصد افراد را دارای اضطراب اجتماعی خیلی زیاد، 7/11 درصد را دارای اضطراب اجتماعی زیاد، 9/1 درصد را دارای اضطراب اجتماعی خفیف و 8/8 درصد را بدون اضطراب اجتماعی ارزیابی کرده است. همچنین در یک مطالعه مقطعی– توصیفی، 2944 دانش‌آموز در شهر کرمان توسط ملاک‌های تشخیصی DSM-IV مورد سنجش قرار گرفتند. 6/14 درصد از دانش‌آموزان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بودند. نسبت زن به مرد 8/1 بود و بین سابقه خجالتی بودن در کودکی و سابقه تنبیه بدنی نیز رابطه معنادار وجود داشت. به‌طور کلی در پژوهش طالع‌پسند و نوکانی (2010) میزان شیوع اختلال اضطراب اجتماعی در ایران را 1/10 درصد گزارش کرده‌اند که این آمار بالاتر از تحقیقات مشابه در غرب است (غفاری نژاد، 1387).

**2-1-1-2-تفاوت‌های جنسیتی در اضطراب اجتماعی**

در مطالعات همه‌گیرشناسی زن‌ها 4/1 بار بیشتر از مردها به اختلال اضطراب اجتماعی مبتلا می‌شوند (ایتون[[20]](#footnote-20)، ویچن[[21]](#footnote-21) و مگی[[22]](#footnote-22)، 1996؛ به نقل از انگ[[23]](#footnote-23) و هیمبرگ، 2007) اما در نمونه‌های بالینی عکس این موضوع صادق است. دلایل این تفاوت معلوم نیست (سادوک و سادوک، 2003) اما ممکن است بدین دلیل باشد که نقش‌های مردانه سنتی به جرات بیشتری در طول زندگی نیاز دارند؛ بنابراین علائم اختلال اضطراب اجتماعی احتمالاً برای مردان نگران‌کننده‌تر است (چپمن[[24]](#footnote-24)، 1995؛ به نقل از لیهی و هالند، 2000؛ ترجمه دهقانی، 1385).

**2-1-1-3-سبب شناسی**

**2-1-1-3-1- تبیین‌های روان پویشی**

در سال 1905 فروید نظریه‌ای مطرح کرد که بر مبنای آن، هراس ناشی از سرکوب‌گری کشاننده‌های لیبیدویی بر اثر منع‌های والدینی است و منجر به ایجاد اضطراب می‌شود که در نهایت به اشیا یا موقعیت‌های خنثی که مهار آن‌ها آسان‌تر و مقابله با آن‌ها سهل‌تر است جابجا می‌شود. در سال 1925 فروید با بازنگری نظریهٔ خود درباره هراس به این نتیجه رسید که ترس اضطرابی در هراس، ترس از یک خطر تهدیدکننده یا خطری که فرد آن را تهدید کننده می‌داند، است. به طور خلاصه می‌توان گفت که از دیدگاه فروید در افراد مبتلا به هراس نه تنها تضعیف و از هم پاشیدگی مکانیزم‌های دفاعی مانند مبتلایان به اختلال اضطراب تعمیم یافته مشاهده نمی‌شود؛ بلکه بالعکس، از مکانیزم‌های دفاعی سرکوب‌گری و جابجایی به صورت مفرط استفاده می‌شود (دادستان،1385).

**2-1-1-3-2- تبیین‌های انسانی نگر و هستی نگر**

نظریه پردازان انسانی‌نگر و هستی‌نگر بر این باورند که هراس و اختلال‌های تعمیم یافته مانند هر اختلال روانی دیگر، هنگامی بروز می‌کند که افراد خود را صادقانه مورد پذیرش قرار نمی‌دهند و در عوض به افکار و تغییر افکار، هیجان‌ها و رفتار خود می‌پردازند. این موضع گیری‌های دفاعی، در نهایت خاصیت ترس‌آور پیدا می‌کند و در مرحله بعد پاسخ‌های گریز یا اجتنابی فرد که برای تقلیل اضطراب لازم است، منجر به تشکیل علایم بیماری می‌شود.

**2-1-1-3-3- تبیین‌های رفتاری**

از دیدگاه رویکرد رفتاری یکی از راه‌های اکتساب واکنش‌های هراس بر اساس الگوبرداری یعنی از راه مشاهده و تقلید است. مشاهده ترس دیگران از پاره‌ای اشیا یا رویدادها می‌تواند ترس‌هایی را در برابر همان اشیا و رویدادها در مشاهده‌کننده ایجاد کند (دادستان، 1385). آن‌ها که واجد اختلال‌های هراسی هستند ترس یا اجتناب از تعداد محدودی از موقعیت‌ها یا اشیا را آموخته‌اند؛ در حالی‌که طیف این‌گونه ترس‌ها در مبتلایان به اضطراب تعمیم یافته بسیار گسترده است. اساسی‌ترین شیوه‌های معمول اکتساب واکنش‌های ترس نسبت به اشیا یا موقعیت‌هایی که به خودی خود خطرناک نیستند عبارت‌اند از: الف) شرطی شدن کلاسیک، ب) الگوبرداری، ج) یادگیری اجتنابی (دادستان، 1385).

**2-1-1-3-4- تبیین‌های شناختی**

اغلب نظریه پردازان شناختی بر این نکته تاکید دارند که اختلال‌های اضطرابی از باورهای نامناسب ناشی می‌شوند. در آغاز دهه 1960، بک و الیس[[25]](#footnote-25) با گسترش نظریه‌های شناختی به قلمرو روانشناسی مرضی، فرایندهای شناختی را به منزله محور اصلی رفتار، فکر و هیجان تلقی کردند (دادستان، 1385). بیشتر شواهد شناختی مربوط به پردازش سوگیرانه اطلاعات به ویژه سوگیری‌های توجه، تفسیر و قضاوت می‌باشد. تا آنجا که مدل‌های شناختی تبیین‌کننده اختلال اضطراب اجتماعی (نظیر نظریه بک، امری و گرینبرگ، 1985؛ کلارک و ولز، 1995؛ راپی و هیمبرگ، 1997؛ به نقل از راپی و اسپنس، 2004)، همگی به نقش یک عامل مهم در ایجاد و حفظ اختلال اضطراب اجتماعی اشاره کرده‌اند و آن پردازش سوگیرانه اطلاعات است. به منظور احاطه بیشتر بر سبب‌شناسی شناختی اختلال اضطراب اجتماعی مدل‌های شناختی ارائه شدند.

**2-1-1-3-4-1- الگوی طرحواره‌ای بک**

بر طبق الگوی بک (1976؛ بک، امری و گرینبرگ، 1985) چندین سطح پردازش شناختی شناختی وجود دارد که بر هیجان‌های فرد تاثیر می‌گذارد. سطحی‌ترین لایه شناخت، افکار منفی خودآیند است که به صورت خودبه‌خودی به ذهن می‌آیند و نشان‌دهندهٔ تفسیر فرد از رویدادها هستند. این افکار مبتنی بر مثلث شناختی هستند که شامل دیدگاه منفی نسبت به خود (من شکست‌خورده هستم)؛ دنیا (دنیا مکان خطرناکی است)؛ و آینده (من هرگز نخواهم توانست زیر بار حقیقت که او مرا ترک کرده است، کمر راست کنم) می‌شود. افکار خودآیند را می‌توان بر اساس سوگیری‌ها یا تحریف‌های ویژه طبقه‌بندی کرد. به عنوان مثال استنباط دلبخواهی (رسیدن به نتیجه خاص در غیاب شواهد کافی)، شخصی‌سازی (گرایش به نسبت دادن رویدادهای بیرونی به خود)، تفکر همه یه هیچ (گرایش به دیدن رویدادها به صورت سیاه یا سفید و خوب یا بد)، بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی (اغراق یا تغریق در ارزش یک رویداد) و تعمیم بیش از حد (استنباط الگوهای کلی بر مبنای یک حادثه) (بک، شاو[[26]](#footnote-26)، راش[[27]](#footnote-27) و امری، 1979). این تحریف‌ها یا خطاهای شناختی، تفسیرهای نادرستی از رویدادها هستند که به عنوان پردازش اطلاعات به صورت غلط (یا به طرزی سودار) شناخته می‌شوند و آسیب‌پذیری نسبت به آن را می‌توان به رویدادهای منفی زندگی مانند فقدان یا تهدید نسبت داد. زیر بنای مثلث شناختی، دسته‌ای از این باورها و فرض‌های ناکارآمد قرار دارند که دومین لایه شناخت را تشکیل می‌دهند (بک، 2005). آن‌ها باورهای مشروط یا قواعد محکمی برای زندگی هستند که به‌طور معمول به عنوان باورهای "اگر –پس[[28]](#footnote-28)" شناخته می‌شوند به عنوان مثال اگر آن‌ها ببینند که من اضطراب دارم، (پس) فکر خواهند کرد که من شخص ضعیفی هستم. زیر بنای این فرض‌های تحریف شده، باورهای ناکارآمدی هستند که در ساختارها یا طرحواره‌های شناختی نسبتاً پایدار جای می‌گیرند. این فرض‌های زیربنایی با طرحواره‌ها یا باورهای هسته‌ای در عمیق‌ترین سطح از پردازش اطلاعات ارتباط دارند. بر طبق تعریف بک، طرحواره‌ها، ساختارهای نسبتاً پایدار درونی از ویژگی‌های ذخیره شده کلی یا قالبی یک محرک یا تجربه هستند که به منظور سازمان‌دهی اطلاعات جدید به شیوه‌ای معنادار مورد استفاده قرار گرفته و از این رهگذر تعیین می‌کنند که چگونه پدیده‌ها ادراک شده و مجسم می‌شوند (بک، 1996). زمانی‌که این طرحواره‌ها توسط رویدادهای بیرونی، داروها و یه عوامل درون‌ریز فعال می‌شوند، گرایش دارد تا پردازش اطلاعات را دچار سوگیری کرده و محتوای شناختی اختلال خاصی را ایجاد کنند (بک، 2005)؛ بنابراین، اختلالات روانی با طرحواره‌های ناسازگاری مشخص می‌شوند که از تجربه‌های اولیه زندگی مانند فقدان، محرومیت، سوءاستفاده و سایر رویدادهای تروماتیک ناشی شده‌اند. الگوی شبکه‌ای باور و الگوی طرحواره‌ای بک به جهت پیش‌بینی و توضیح فرآیندهای شناختی که در ارتباط با هیجان ناکارآمدی مانند افسردگی و اضطراب رخ می‌دهند، پدید آمدند در حالی‌که این دو الگو از نظر مفهومی کاملاً متفاوت به نظر می‌رسند، پیش‌بینی‌های مشابهی درباره رابطه بین فرایندهای شناختی و هیجانی دارند. هر دو الگو پیش‌بینی می‌کنند که وقتی یک تحریک هیجانی وجود داشته باشد، سیستمی مثل طرحواره (که شامل شناخت‌های به هم مرتبط است) در الگوی بک و مجموعه‌ای از گره‌ها یا ساختارهای مبهم مرتبط در الگوی باور فعال می‌شوند که منابع توجه و پردازش هیجانی مربوط به یک هیجان خاص را افزایش می‌دهند، الگوی شبکه‌ای باور و الگوی طرحواره‌ای بک سوگیری‌های همخوان با خلق در توجه، تفسیر و حافظه را در ارتباط با هرگونه از حالات برپایی هیجانی پیش‌بینی می‌کنند؛ بنابراین هر دو الگو پیشنهاد می‌کنند که دامنهٔ گسترده‌ای از سوگیری‌های شناختی در اختلالات اضطرابی باید وجود داشته باشد.

**2-1-1-3-4-2- مدل کلارک و ولز (1995)**

 این مدل به طور اساسی سبب شناسی اختلال اضطراب را تبیین نمی‌کند بلکه اغلب تبیینی را برای تداوم اجتناب اجتماعی و ناراحتی ناشی از آن فراهم می‌سازد. بر اساس مدل شناختی کلارک و ولز افراد به سه دسته باور معتقدند (کلارک و ولز، 1995): 1) قرار دادن استانداردهای بسیار افراطی برای خود (ضمن سخنرانی نباید یک کلمه هم اشتباه کنم). 2) باورهای مشروط درباره خود (اگر هنگام سخنرانی مکث کنم، دیگران فکر می‌کنند که من احمق هستم). 3) باورهای نامشروط درباره خود (من عجیب و غریب و شکست‌خورده هستم). داشتن چنین باورهایی باعث می‌شود تا افراد، جهان اجتماعی را خطرناک درک کنند و به طور طبیعی علائم شناختی، فیزیولوژیکی و رفتاری اضطراب را تجربه کنند. داشتن این برنامه اضطراب[[29]](#footnote-29) تمرکز و توجه فرد را تغییر می‌دهد و فرد مضطرب اجتماعی خود را به عنوان شی اجتماعی[[30]](#footnote-30) پردازش می‌کند. آن‌ها به جای تمرکز بر موقعیت اجتماعی به احساس خود و نحوه برخورد با دیگران توجه می‌کنند. این تغییر توجه منجر به تبعات منفی می‌شود. تجربه علائم فیزیولوژیکی و شناخت‌های منفی درباره خود، جهان اجتماعی را تهدیدکننده‌تر می‌نمایاند. توجه مفرط به علائم جسمانی، شدت آن علائم را بیشتر می‌کند. توجه افراطی بر خود باعث می‌شود تا به اطلاعات مهم در اطراف کمتر توجه شود، از این رو آن‌ها افرادی با مهارت‌های اجتماعی ضعیف به نظر برسند. کلارک و ولز (1995) معتقدند که چندین عامل باعث می‌شود تا افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی نتوانند باورهای خود را به بوته آزمایش بگذارند: عامل اصلی توجه متمرکز بر خود و تمایل به دیدن خود به عنوان شی اجتماعی است. عامل دوم رفتارهای ایمنی‌بخش[[31]](#footnote-31) است. گرچه اضطراب اجتماعی با اجتناب از موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی همراه است، تعداد کمی از این افراد از لحاظ اجتماعی کامل منزوی هستند. آن‌ها با انتخاب و بر اساس ضرورت وارد موقعیت‌های اجتماعی می‌شوند، اما از استراتژی‌ها یا رفتارهای ایمنی‌بخش استفاده می‌کنند که اغلب اثرات متناقض دارد و به طور عملی باعث می‌شود تا احتمال وقوع پیامد منفی رفتار بیشتر شود. عامل مهم دیگر که نه در جریان موقعیت‌های اجتماعی بلکه در پیش‌بینی این موقعیت‌ها و حتی پس از وقوع آن‌ها رخ می‌دهد؛ اینست که این افراد قبل از ورود به موقعیت‌ها، اضطراب انتظاری[[32]](#footnote-32) شدیدی را تجربه می‌کنند. آن‌ها میزان وقوع پیامدهای منفی را بیش از حد تلقی می‌کنند، از این رو میزان توجه متمرکز بر خود و رفتارهای ایمنی‌بخش افزایش می‌یابد. همچنین آن‌ها دنبال داده‌های تایید کننده برای پیامدهای منفی هستند و توجه انتخابی بر این داده‌ها دارند. افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی هنگام ترک موقعیت‌های اجتماعی درگیر ریشه‌یابی یا کالبدشکافی رفتار اجتماعی می‌شوند. آن‌ها در ذهن خود به آن‌چه گفته و انجام داده‌اند، گاهی تا ساعت‌ها فکر می‌کنند. شکست‌های اجتماعی به سرعت کدگذاری می‌شوند و در موقعیت‌های بعدی به صورت سوگیرانه فعال می‌شوند.

**2-1-1-3-4-3- مدل راپی و هیمبرگ (1995)**

مدل شناختی رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی که توسط راپی و همیبرگ ارائه شده است، فرایندهای شناختی سوگیرانه را در تداوم این اختلال مهم فرض می‌کند. این مدل بر این فرض است که پیش‌بینی موقعیت یا خود موقعیت مفروضه‌هایی را در ذهن افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی فعال می‌کند. این افراد باور دارند که در موقعیت‌های اجتماعی به طور غیر موجه عمل خواهند کرد. به طوری‌که به پیامدهای اجتماعی نامطلوبی منجر می‌شود. آن‌ها آن‌چه را که انتظار رخ دادن آن را دارند، در ذهن خود مرور می‌کنند، حوادث منفی گذشته را به خاطر می‌آوردند و خودشان را در موقعیت‌های قبلی تصور می‌کنند و انتظار عملکرد ضعیف را از خودشان دارند. آن‌ها تلاش می‌کنند تا این خطرات را با برگرداندن توجه به سمت خودشان و به سمت اطلاعات تهدیدآمیز دریافت شده از محیط مدیریت کنند. در موقعیت‌های اجتماعی نیز استانداردهایی را برای خود قرار می‌دهند، چون بر این باورند که اطرافیان آن‌ها را مورد ارزیابی قرار می‌دهند و ادراک خود را از عملکرد خودشان بر خلاف استانداردهای مدون خود ارزیابی می‌کنند. زمانی‌که آن‌ها فکر می‌کنند به آن حد مطلوب نرسیده‌اند، احتمال ارزیابی منفی افزایش می‌یابد و اضطراب آن‌ها زیاد می‌شود. برانگیختگی جسمانی منجر به علائم عینی از قبیل سرخ شدن، تنش عضلانی و لرزش می‌گردد. آن‌ها این علائم را بیش برآورد کرده‌اند و معتقدند که دیگران به صورت منفی به این علائم واکنش نشان می‌دهند. تمرکز بر روی علائم فیزیولوژیک و اعتقاد به پیامدهای منفی منجر به افت عملکرد اجتماعی می‌شود. بعد از واقعه نیز آن‌ها تفسیرهای منفی از موقعیت می‌کنند، تفسیرهایی که تصویر خود منفی و انتظارات ضعیف از عملکردشان را در آینده تقویت می‌کند (راپی و هیمبرگ، 1995). مدل راپی و هیمبرگ بر این فرض استوار است که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی اهمیت بسیار بالایی بر تاثیر دیگران قایلند، از این رو چنین دیدگاهی باعث می‌شود تا آن‌ها دیگران را بیش ازحد نقاد در نظر بگیرند. وقتی این افراد موقیعت‌های اجتماعی را پیش‌بینی می‌کنند یا وقتی در چنین موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند تصویر ذهنی از این می‌سازند که توسط دیگران مورد نظاره قرار گرفته‌اند. تمامی این عوامل روی هم رفته منجر به تشدید اضطراب اجتماعی می‌گردد و متعاقباً باعث افت کارکرد فرد در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی می‌شود (راپی و هیمبرگ، 1995).

**2-1-1-3-4-4- مدل هافمن و بارلو (2002)**

طبق این مدل، انسان‌ها از لحاظ تکاملی به خشم و انتقاد و سایر شاخص‌های طرد اجتماعی حساس هستند (هافمن و بارلو، 2002). از این رو اغلب انسان‌ها زمانی ترس را تجربه می‌کنند، ولی تعداد کمی از آن‌ها مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی می‌شوند. شکل‌گیری اختلال اضطراب اجتماعی مستلزم آمادگی بیولوژیکی و روان‌شناختی برای ادراک اضطراب است. براساس این مدل استعداد ژنتیکی برای اضطراب اجتماعی اختصاصی نیست. بلکه اغلب مرتبط با متغیرهای سرشتی خاص مثل خجالت است که ارتباط زیادی با اضطراب اجتماعی دارند. از دیگر عوامل پیشایند ممکن برای ابتلا به اضطراب اجتماعی می‌توان از بازداری رفتاری نام برد که در پژوهش‌های زیادی تایید شده است. مدل هافمن و بارلو فرض می‌کند که حوادث به نسبت جزیی زندگی مثل تعاملات اجتماعی یا عملکردی منجر به اضطراب می‌شوند (هافمن و بارلو، 2002) به ویژه اگر هشداری[[33]](#footnote-33)با این وقایع پیوند یابد. سپس این عوامل زمینه را برای اینکه هشدارهای درست یا اشتباه شکل بگیرند، آماده می‌کنند. فرض آن‌ها بر این است که هشدارهای صحیح اغلب به سمت زیرگونه نافراگیر (خاص، موقعیتی) اختلال اضطراب اجتماعی پیش می‌رود. هافمن و بارلو معتقدند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نافراگیر مثل افراد مبتلا به فوبی خاص واکنش‌های ترس بیشتری را تجربه می‌کنند، در حالی‌که افراد در زیرگونه فراگیر پاسخ‌های اضطراب بیشتری را بروز می‌دهند و ممکن است که همراه با احساس‌های خجالت و شرم باشد. از این رو طبق مدل هافمن و بارلو زیرگونه فراگیر بدون هشدار رخ می‌دهد یا از این طریق هشدارهای اشتباهی مرتبط با موقعیت‌های مرتبط با ارزیابی اجتماعی برانگیخته می‌شود. علاوه بر موارد ذکر شده، مهارت‌های اجتماعی ضعیف و نقش فرایندهای شناختی مثل توجه متمرکز به خود اهمیت دارد که اغلب در تداوم اختلال موثر است (هافمن و بارلو، 2002).

**2-1-1-3-4-5- تبیین‌های مبتنی بر عوامل فرهنگی- اجتماعی**

از دیدگاه نظریه پردازان فرهنگی- اجتماعی اختلال‌های هراسی و اضطراب تعمیم یافته بیشتر در کسانی مشاهده می‌شوند که با فشارها و موقعیت‌های خطرناک اجتماعی مواجه هستند. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند در افرادی که در محیط‌های تهدیدآمیز زندگی می‌کنند، احساس تنش گسترده، نگرانی، برانگیختگی و بی‌قراری، اختلال‌های خواب، ترس‌های خاص و رفتارهای اجتنابی بیشتر است (بوم[[34]](#footnote-34) و فلینگ[[35]](#footnote-35)، 1991؛ به نقل از دادستان، 1385).

همچنین پژوهش‌های که در سراسر جهان انجام شده‌اند، ثابت کرده‌اند که در اغلب موارد در خلال تغییرات اجتماعی ناشی از جنگ، اختناق سیاسی، دگرگونی‌های صنعتی و رویدادهای ملی مرتبط با آن‌ها، نشانه اضطرابی افزایش می‌یابند (کمپتون[[36]](#footnote-36) و همکاران، 1993؛ به نقل از دادستان، 1385).

**2-1-1-3-4-6- تبیین‌های زیستی**

داده‌ها در خصوص بررسی عصب تشریحی در اختلال اضطراب اجتماعی هیچ نابهنجاری در عوامل ساختاری یا جریان خونی منطقه ای در مغز این افراد به وسیله تصویربرداری با طنین مغناطیسی و اسپکتروسکوپی نشان نمی‌دهند (استین[[37]](#footnote-37) و همکاران، 1996). مطالعات متعددی بر روی انتقال دهنده‌های عصبی در این بیماران صورت گرفته است. بررسی سیستم سروتونین با داروهای فن‌فلورامین و سیستم دوپامینرژیک و لوودپا نشان داده که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مشابه افراد سالم است، اما اثر مهارکننده‌های مونوآمینواکسیداز (MAOI) در درمان اضطراب اضطراب اجتماعی موجب شده تا برخی از پژوهشگران به طرح فرضیه دخیل بودن فعالیت سیستم دوپامینرژیک در ایجاد اختلال بپردازند. مصرف آنتاگونیست‌های بتاآدرنرژیک مثل پراپرونولون در هراس کارآمدی به پیدایش نظریه آدرنرژیک منجر شده است. نظریه‌ای که بر بالا بودن سطح اپی‌نفرین در دستگاه عصبی مرکزی و پیرامونی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با گروه با گروه کنترل و یا به حساس بودن بودن این سیستم‌ها به سطح طبیعی تحریک آدرنرژیک تاکید دارند (هیمبرگ و همکاران، 2000). تحقیقاتی نیز به نقش وراثت در اضطراب اجتماعی اشاره کرده‌اند و سه برابر بودن این اختلال در بستگان درجه اول بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با گروه کنترل بهنجار را دلیل این مدعا دانسته‌اند (لیهی و هول‌اند، 2000).

کندلر[[38]](#footnote-38) و نیل[[39]](#footnote-39)، کسلر و ایوز[[40]](#footnote-40)(1992؛ به نقل از شرودر [[41]](#footnote-41)و گوردن[[42]](#footnote-42)، ترجمه فیروزبخت، 1389) به یک نرخ هماهنگ برای دوقلوهای یک تخمکی 4/24 درصد و برای دوقلوهای تخمکی 3/15 درصد دست یافتند که حاکی از دخالت تقریباً 30 درصد عوامل وراثتی در رخ دادن اضطراب اجتماعی است.

**2-1-1-3-4-7- مدل کیمبرل[[43]](#footnote-43) (2008)**

مدل کیمبرل (2008) مبتنی بر نظریه حساسیت به تقویت[[44]](#footnote-44) (کر[[45]](#footnote-45)، 2004؛ مک ناتان[[46]](#footnote-46)، 2004؛ به نقل از محمدی، زرگر، امیدی و باقریان سرارودی، 1392) طراحی شده است. این نظریه مبتنی بر بیولوژی شخصیت است که سه زیر سیستم عمده در مغز را زیربنای تفاوت‌های فردی در افراد می‌داند. این سیستم‌های مغزی عبارت از سیستم جنگ- گریز- توقف[[47]](#footnote-47)، سیستم تماس رفتاری[[48]](#footnote-48) و سیستم بازداری رفتاری[[49]](#footnote-49) است. نظریه‌پردازان این حوزه ساختارهای مغزی متفاوتی را در هر یک از این سه سیستم دخیل می‌دانند و جایگاه‌های متفاوتی را در آسیب‌شناسی اختلال هیجانی در این سه سیستم فرض می‌کنند. مدل کیمبرل بر این فرض است که هم علل نزدیک[[50]](#footnote-50) و هم علل دور[[51]](#footnote-51) باعث اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر می‌شود (کیمبرل، 2008). علل دور شامل عوامل تاریخی است که به حساسیت بالای FFFS و BIS منجر می‌شود (برای مثال، ژن‌ها و تجربیات گذشته)، در حالی‌که علل نزدیک عواملی هستند که به طور مستقیم منجر به اضطراب و اجتناب شناختی می‌شود (برای مثال موقعیت‌های فعلی، سطح فعلی حساسیت BIS و FFFS). مدل فعلی بر این فرض است که تمامی این عوامل به سبک متقابل و پیچیده‌ای به هم تعامل دارند و منجر به ایجاد و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی فراگیر می‌شوند. کیمبرل عوامل ژنتیکی، سرشت، تجربه‌های اجتماعی حساسیت‌زا و خوی‌گیری زا، تجربه‌های استرس‌زا و حساسیت پایین BAS را جزء عوامل دور برای شکل‌گیری و تداوم این‌گونه از اختلال اضطراب اجتماعی معرفی می‌کند. علل نزدیکی که وی برای اجتناب و اضطراب اجتماعی معرفی می‌کند، عبارت از متغیرهای موقعیتی، تفاوت افراد در حساسیت FFFS و BIS و پردازش اطلاعات، استرسورها و عوامل نگهدارنده شامل پرداختن سوگیرانه اطلاعات، رفتارهای اجتنابی و عملکرد ضعیف در موقعیت‌های اجتماعی می‌باشد.

**2-1-1-3-4-8- نظریه تکاملی اضطراب اجتماعی گیلبرت[[52]](#footnote-52)**

بنا به دیدگاه گیلبرت (2001؛ به نقل از داوودی، صلاحیان و ویسی، 1391) کسانی که برای پرهیز از صدمه از جانب افراد صاحب پایگاه‌های بالاتر و مسلط‌تر اجتماعی، به جایگاه اجتماعی پایین‌تر بسنده می‌کنند، اضطراب اجتماعی را در حکم یک پاسخ مفید در برابر آسیب (برای مثال مرگ یا صدمه) شکل می‌دهند. این مدل ابراز می‌دارد که افراد مضطرب اجتماعی ممکن است از ارتقاء جایگاه خود بترسند زیرا این ارتقاء، می‌تواند منجر به تعارض با افراد قدرتمندتر شود.

**2-1-1-3-4-9- مدل راپی و اسپنس (2004)**

این مدل، مدلی جامع بر اساس رویکرد ابعادی به اختلال اضطراب اجتماعی است. این مدل فرض می‌کند که ترکیبی از عوامل ژنتیکی اختصاصی و مشترک به صورت هیجان‌مداری عمومی (عاطفه منفی یا نوروتیسم) ابراز می‌شوند. در این مدل، اضطراب اجتماعی در یک پیوستار بررسی می‌شود. اختلال اضطراب اجتماعی در انتهای پیوستار قرار می‌گیرد. از موضع راپی و اسپنس عوامل ژنتیکی در سبب‌شناسی این اختلال مهم هستند. اگرچه عوامل ژنتیکی به صورت کلی در دیگر اختلالات هیجانی نیز نقش دارند، ولی این احتمال وجود دارد که سهمی از واریانس به مسائل اجتماعی و محیطی مربوط باشد. علاوه بر این، عاطفه منفی پایین (برون‌گرایی و جامعه‌پذیری پایین) به عنوان ویژگی اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد و آن را از سایر اختلالات اضطرابی جدا می‌کند. راپی و اسپنس معتقدند که برای اغلب افراد دو یا بیشتر، از عوامل ژنتیکی به صورت مشترک در سوق دادن فرد به سمت اضطراب اجتماعی نقش دارند (راپی و اسپنس، 2004). این عوامل به صورت تنظیم‌گر[[53]](#footnote-53) عمل می‌کند. تنظیم‌کننده به درجه‌ای از اضطراب اجتماعی در فرد اشاره دارد که تا حدودی ثابت و پایدار است. عوامل بسیاری به ویژه، عوامل محیطی باعث نوسان در فرد در طول پیوستار می‌شود؛ اما هر حرکت در این پیوستار به آسانی رخ نمی‌دهد. این اندازه از ثبات به این معنا نیست که تنظیم‌گر ثابت و غیرقابل تغییر است. قدرت عوامل محیطی که گاهی خود را در تغییرات پایدار در نوع بروز اختلال اضطراب اجتماعی (در باورها، سوگیری‌ها، سبک‌های رفتاری و حتی نوروبیولوژی)، بسته به زمان وقوع (دوره‌های خاص آسیب‌پذیری)، میزان اثر (شدت آن عامل و معنای آن برای فرد) و مزمن بودن آن (طول دوره) خود را نشان می‌دهد. راپی و اسپنس معتقدند که هر گونه تغییرات در نحوه بروز اختلال اضطراب اجتماعی که به علت عوامل محیطی رخ می‌دهد، کم و موقتی است (راپی و اسپنس، 2004)؛ به عبارت دیگر، وقتی عوامل محیطی متوقف می‌شود، تمایل به برگشت به سمت تنظیم‌کننده رخ می‌دهد. تاثیر عواملی چون تعاملات والد/کودک نیز در اختلال اضطراب اجتماعی قابل توجه است. حمایت افراطی والدین، الگوگیری فرزندان از آن‌ها به طور معنی‌داری در افراد تاثیر می‌گذارد. چنین تعاملاتی همچنین از طریق ایجاد باورهایی مثل (دیگران منتقدند، من مهارت ندارم)، بر تداوم مساله کمک می‌کنند. راپی و اسپنس معتقدند که تعامل والد/کودک به صورت فرایند چرخشی رخ می‌دهد که در آن سرشت کودک به نوبه خود بر نحوه رفتار والد با فرزند تاثیر می‌گذارد و در مواقعی که این چرخه به صورت معیوب شکل می‌گیرد، به تشدید مشکل می‌انجامد. با بزرگ شدن کودکان تاثیر همسالان نیز بر رفتارهای آن‌ها بیشتر می‌شود. کودکان هیجانی و کناره‌گیر به احتمال بیشتری طرد شده‌اند و نادیده گرفته می‌شوند یا مورد آزار و اذیت همسالان خود قرار می‌گیرند. این عوامل واریانس زیادی را تبیین می‌کند. تجربه‌های منفی زندگی و تجربه‌های یادگیری خاص نیز موقعیت فرد را در پیوستار تحت تاثیر قرار می‌دهد. راپی و اسپنس در اشاره به نقش رفتارهای اجتماعی، اختلال در عملکرد اجتماعی را که به دلیل اضطراب رخ می‌دهد از مهارت‌های اجتماعی ضعیف است که به دلیل کمبود توانایی اجتماعی (نقص دانش یا نقص در درونی کردنی دانش و عمل به آن) از هم متمایز می‌کنند (راپی و اسپنس، 2004). طبق این مدل، کمبود توانایی اجتماعی نقش علی کمتری در اختلال اضطراب اجتماعی دارد اما از آن جایی‌که مهارت اجتماعی یک عامل درونی است، بر روی محیط تاثیر خواهد گذاشت و در بلندمدت اضطراب اجتماعی را تحت تاثیر قرار خواهد داد. این مدل همچنین به نقش عوامل فرهنگی در اضطراب اجتماعی تاکید کرده است. معیارها و هنجارهای فرهنگی در بروز اضطراب اجتماعی نقش ویژه‌ای دارند؛ به عبارت دیگر، پیوستار زیربنایی اضطراب اجتماعی در فرهنگ‌ها به نسبت ثابت است. در فرهنگ‌های مختلف اهمیت رفتار اجتماعی، نقش جنسیت و تعریف مشکل متفاوت است. طبق این مدل، تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی یا اختلال شخصیت اجتنابی (اضطرابی) بستگی به این دارد که فرد در چه جایگاهی از این پیوستار قرار بگیرد. اختلال چه میزان از ناراحتی، تداخل و آسیب را در زندگی فرد ایجاد کند (راپی و اسپنس، 2004). مشخص است که مداخله در زندگی تحت تاثیر شدت اختلال، سن، جنسیت، اهداف زندگی و فرهنگ قرار دارد.

از جمله دیگر عوامل ایجادکننده اضطراب اجتماعی می‌توان به عوامل زیر اشاره کرد:

1) نیازها و هیجانات در موقعیت‌های طبیعی: این دو یعنی نیاز و هیجانات که در زندگی انسان وجود دارد، حرکات رشدی و تکاملی را برای بازخورد دادن به محیط را در وی منعکس می‌کند. این آمادگی در برابر هیجانات با جداسازی هیجان از نیاز حاصل نمی‌شود، بلکه این فرایند به طور طبیعی در انسان به وجود می‌آید؛ بنابراین ما به این نتیجه می‌رسیم که الگوهای هیجانی مختلفی وجود دارد. گسترش هیجان مربوط به اجتماع خود و اهمیت پیدا کردن ارزیابی اجتماعی در ارتباط با نیازها و خواسته‌ها، موضوع اصلی در بین جوامع مختلف است که همین امر زمینه‌هایی برای وارد شدن افراد در اجتماع به دلیل ترس از برداشت دیگران را فراهم می‌کند (مارک[[54]](#footnote-54) و همکاران، 2002؛ به نقل از البرزی، 1390).

2) دلبستگی: مکانیک حرکت به سوی اضطراب اجتماعی

دلبستگی به موقعیت یا افراد که در اطراف ما هستند ممکن است به عنوان منبع اختلالات هیجانی باشند که به نوبه خود سبب آن می‌شود که افراد متقاضی رجوع به درمانگران باشند. بارها شاهد آن بوده‌ایم که چگونه الگوهای متفاوت تصور یا اندیشه چیزی را که غیرواقع بینانه است به راحتی به شکست‌هایی که در زندگی شخصی و اجتماعی متحمل می‌شویم، مرتبط است. دلواپسی از دلبستگی زیاد به دیگران و اینکه مدام منتظر تایید آن‌ها باشیم و ترس از متحمل شدن زیان باعث شدت اضطراب و به دنبال آن به وجود آمدن نیاز برای کمک به خود می‌شود (فرشواتر[[55]](#footnote-55)، روبرتسون[[56]](#footnote-56)، 2000؛ به نقل از البرزی، 1390).

3) موقعیت‌های ناآشنا[[57]](#footnote-57): این اصطلاح مفهومی تازه در تحقیق پیرامون اضطراب اجتماعی است. موقعیت ناآشنا به موقعیتی که افراد در کنار افراد بیگانه شدیداً احساس خجالت می‌کنند و سعی می‌کنند موقعیت اجتماعی خود را به کسانی که بسیار خوب می‌شناسند محدود سازند و برای احتراز از برخورد با بیگانه‌ها نهایت تلاش را می‌کنند، گفته می‌شود. این اختلال را در بزرگسالان می‌توان معادل فوبی اجتماعی دانست (کاستلو[[58]](#footnote-58) و کارستلو[[59]](#footnote-59)، 1373؛ به نقل از البرزی، 1390). تاثیر موقعیت‌های ناآشنا از طرفی می‌تواند به صورت مستقیم باشد، مانند رفتارهایی که مانع بروز احساسات شده یا به عنوان کم‌رویی تلقی می‌شود. همچنین این تاثیر به طور غیر مستقیم به عنوان یک راه‌انداز نهایی اضطراب اجتماعی در نظر گرفته شود، به عنوان مثال فردی که با محیط‌های اجتماعی مختلف سروکار دارد در عین حال فاقد اعتماد به نفس لازم است (آسندروپف[[60]](#footnote-60)، 1989؛ به نقل از البرزی، 1390).

4) شرایط ارزشیابی: به طور رایج بین محققان در این رابطه با تمایز کم‌رویی در ارتباط با ترس از غریبه‌ها تناقضاتی وجود دارد. از سوی دیگر ممکن است، کم‌رویی در ارتباط با ارزیابی اجتماعی که از فرد به عمل مرتبط باشد. آسندروپف (1989؛ به نقل از البرزی، 1390) به درجاتی از تمایز بین انواع کم‌رویی ممکن در بزرگسالی و نوجوانی اشاره کرد و در این رابطه دلایلی آورده است " به همان اندازه رفتار کم‌رویی قابل مشاهده است که ناشی از تفاوت بین فرایندهای که مانع از بروز احساسات می‌شود، باشد." بر طبق این عقیده، کم‌رویی غیر طبیعی و غیر منطقی در رابطه با افراد غریبه، سهم عمده‌ای در رفتارهای قابل مشاهده از جمله ظاهر نشدن در مجامع به دلیل اینکه شرایط ارزشیابی سنگینی به باور فرد حکم‌فرماست، دارد (آسندروپف، 1993؛ به نقل از البرزی، 1390).

**2-1-1-4- راهبردهای درمانی اضطراب اجتماعی**

چندین مدل شناختی و رفتاری متفاوت برای توضیح اختلال اضطراب اجتماعی ارایه شده‌اند. درمانی که بیش از همه مورد مطالعه قرار گرفته است و احتمالاً موثرترین روش درمان برای فوبی‌هاست، رفتاردرمانی است (لیهی و هال‌اند، 1385). در ادامه روش‌های درمانی گوناگون را مورد بررسی قرار می‌دهیم.

**2-1-1-4-1-دارودرمانی**

رویکرد زیستی سنتی تغییرات در سطوح انتقال‌دهنده عصبی از جمله گذرگاه‌هایی در مغز که گابا، سروتونین، دوپامین و نوراپی نفرین را شامل می‌شوند را بررسی می‌کند. چندین طبقه مختلف از داروها برای درمان اختلال اضطراب اجتماعی مورد مطالعه قرار گرفته است (لیریارد[[61]](#footnote-61) و فالستی[[62]](#footnote-62)،1995؛ پوتز[[63]](#footnote-63) و دیودیسون[[64]](#footnote-64)، 1995؛ به نقل از معماریان، 1390). داروهایی چون سرترالین (زولوفت) و پاروکستین (پاکسیل) و بنزودیازپین در کوتاه مدت موثر واقع می‌شوند، مخصوصاً هنگامی که با درمان شناختی رفتاری ترکیب شده باشند (لیهی و همکاران، 2001)؛ اما به جز عوارض جانبی، مشکل اساسی همه این داروها عود است. داروها حتی با بهترین حمایت وقتی متوقف می‌شوند، میزان زیادی عود نشان می‌دهند. مطالعات درمان‌های دارویی برای هراس اجتماعی نسبت به دیگر اختلالات اضطرابی با کندی بیشتری روبه رو بوده است. لیبوویتز و مارشال در سال 1995 معتقد بودند که این امر به نشانه‌های هراس اجتماعی بازمی‌گردد که به عنوان یک گونه‌ای از شخصیت یا کم‌رویی و یا پدیده شبیه به هراس اجتماعی تعمیم یافته درنظر گرفته می‌شدند و به خاطر این مسایل و به خاطر اینکه خود هراس اجتماعی تا سال 1980 در DSM به عنوان یک اختلال مجزا طبقه بندی نشده بود و کمتر شاهد درمان‌های دارویی بودیم با این وجود با گسترش علم در زمینه دارویی در حال حاضر بازدارنده‌های جذب مجدد سروتونین مثل پاروکستین به عنوان داروی خط اول درمان هراس اجتماعی در نظر گرفته می‌شود. تقریباً 60 درصد از بیماران تحت تاثیر بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز (MAOIs) بهبود می‌یابند؛ اما این اثر موقتی است و زمانی که دارو قطع می‌شود میزان بازگشت بالاست (هالجین[[65]](#footnote-65) و ویتبورن[[66]](#footnote-66)، 1999).

**2-1-1-4-2-روان درمانی**

فروید به عنوان یک روان‌تحلیل‌گر دریافت که اگر قرار باشد در کاوش علایم مربوط به اضطراب اجتماعی پیشرفتی حاصل شود، درمانگر باید نقشی فراتر از نقش روانکاوانه خود به عهده گیرد و باید بیمار را فعالانه به جست‌وجوی موقعیت هراس‌آور تشویق کند تا اضطراب مورد نظر را احساس کند. پس از او اکثر روان‌پزشکان پذیرفتند که برای درمان موفق اضطراب هراس آمیز، اغلب لازم است که درمانگر تا حدی فعال باشد. به منظور اینکه درمانگر بفهمد آیا می‌تواند فنون روان‌درمانی سایکوداینامیک مبتنی بر بینش را برای بیمار به کار ببرد یا نه، صرف وجود علایم هراس کافی نیست، بلکه در ساختار ایگو و الگوی زندگی بیمار هم این شیوه درمانی باید وجود داشته باشد. روان درمانی مبتنی بر بینش بیمار را به فهم منشا هراس، پدیده نفع ثانویه ونقش مقاومت قادر می‌سازد و باعث می‌شود که بیمار به دنبال روش‌های سالمی برای برخورد با محرک‌های اضطراب‌آور برود (کاپلان و سادوک، 1381).

**2-1-1-4-2-1- رفتاردرمانی**

 در بین الگوهای رفتاری، رایج‌ترین تکنیک استفاده شده برای اختلال اضطراب اجتماعی، حساسیت‌زدایی تدریجی بوده است که توسط جوزف ولپی معرفی شده است.

**2-1-1-4-2-1-1- حساسیت زدایی تدریجی**

در این روش بیمار به طور پیاپی با یک رشته از محرک‌های از پیش تعیین شده که سلسله مراتب آن از خفیف‌ترین تا شدیدترین شکل از نظر ایجاد ترس است، رویارویی داده می‌شود. با استفاده از داروهای آرامش‌بخش، هیپنوتیزم و آموزش تمدد ماهیچه ای به بیماران یاد داده می‌شود که چگونه در خود پاسخ روانی و جسمی ایجاد کنند. پس از تسلط فرد به این روش به بیمار آموخته می‌شود که در مواجهه با محرک اضطراب برانگیز برای ایجاد آرامش از آن استفاده کند. با از دست دادن حساسیت نسبت به هر یک از محرک‌های ردیف شده در فهرست، بیمار به سراغ محرک بعدی می‌رود تا زمانی که ترساننده‌ترین محرک هم این عاطفه دردناک را در او ایجاد نکند (سادوک و سادوک، 2003؛ ویل[[67]](#footnote-67)، 2003).

**2-1-1-4-2-1-2- مواجهه درمانی**

تکنیک رفتاری دیگری که مورد استفاده قرار می‌گیرد، مواجهه است. درمان با مواجهه در صدد است که پاسخ‌های ترس شرطی شده به علائم اجتماعی را از بین ببرد. این عمل به واسطه داشتن بیماران برای مواجهه مکرر با علائم ترس تا زمانی که اضطرابشان کاهش یابد، انجام می‌گیرد (لیهی و هال‌اند، 1385) و باعث می‌شود دور باطلی که نشانه‌ها را حفظ می‌کند شکسته شود و یادگیری جدید را تسهیل نماید (سالکووسکیس[[68]](#footnote-68)، 1989). مشکلاتی در رابطه با مواجهه محض برای اضطراب اجتماعی وجود دارد. برای مثال، تکالیف ممکن است به اندازه کافی طولانی نباشند که اضطراب را فرو نشانند. به علاوه تعداد معناداری از بیماران درمان با مواجهه را رد می‌کنند یا به زودی از آن دست می‌کشند. از طرفی آن‌هایی که درمان را کامل می‌کنند، تنها در حدود 50 درصد به مشکلشان غلبه می‌کنند (لیهی و هال‌اند، 1385).

**2-1-1-4-2-1-3- آموزش مهارت‌های اجتماعی**

الگو رفتاری بعدی که برای اختلال اضطراب اجتماعی توصیه می‌شود اینست که افرادی که اختلال را گسترش می‌دهند در معلوماتشان از مهارت‌های اجتماعی نقص دارند. آموزش مهارت‌های اجتماعی به عنوان درمانی برای اضطراب اجتماعی بر اساس الگوی نقص مهارت‌ها توسعه یافته است. محتوا از برنامه‌ای به برنامه دیگر متفاوت است (ولیسنکی[[69]](#footnote-69)، مارکس[[70]](#footnote-70) و ویول[[71]](#footnote-71)، 1982؛ ترنر[[72]](#footnote-72)، بیدل[[73]](#footnote-73)، کولی[[74]](#footnote-74)، وودی[[75]](#footnote-75) و مسر[[76]](#footnote-76)، 1994)؛ اما در کل مهارت‌هایی شامل معرفی خود، انتخاب موضوعات مناسب برای گفتگو، گوش دادن خوب، احساس یگانگی، خودافشایی، شروع فعالیت‌های اجتماعی، شروع و حفظ روابط دوستانه، ابراز مخالفت، جرات ورزی و در بعضی از برنامه‌ها صحبت در جمع است (لیهی و هال‌اند، 1385). بارلو و هیمبرگ (1991) گزارش دادند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی، با وجود تمایل به شروع و ادامه تمایل به شروع و ادامه تعامل اجتماعی، به علت نداشتن مهارت‌های اجتماعی لازم و یا به دلیل خجالتی نمی‌توانند تعامل اجتماعی مناسب داشته باشند و بنابراین گوشه گیر می‌شوند.

**2-1-1-4-2-2- شناخت درمانی**

در دهه‌های اخیر به نقش شناخت در اختلالات اضطرابی بسیار توجه شده است. پژوهشگران معتقدند عوامل شناختی در مرکز اختلال اضطراب اجتماعی هستند (باتلر[[77]](#footnote-77)، 1985). پاسخ‌هایی که به وسیله برنامه اضطرابی فعال می‌شوند تناسبی با موقعیت ندارند. این پاسخ‌ها به جای آن‌که نقش مفیدی را به عهده بگیرند اغلب به عنوان خاستگاه‌های دیگری از ترس تعبیر می‌شوند و این خود به یک دور باطلی می‌انجامد که گرایش به تداوم و تشدید واکنش اضطراب دارد (هاوتون و کلارک، 1386). از دیدگاه شناختی رفتاری مبتلایان به هراس اجتماعی خود را از دید فرد دیگری می‌بینند. از این رو درمان کارآمد، درمانی است که هدف آن تغییر شناخت‌های ناکارآمد به کمک مداخله‌های شناختی باشد (بارلو، 2003؛ به نقل از معماریان، 1390).

بنابراین پیشرفت درمانی به دنبال تغییر در طرحواره شناختی روی می‌دهد. به ویژه هنگامی که به طور مستقیم باورهای نادرست بیمار اصلاح گردند و یا با بهره‌گیری از طرحواره‌های دیگر غیرفعال شوند (راپی و هیمبرگ، 1997). حمایت پژوهشی قابل ملاحظه‌ای برای عوامل شناختی در اضطراب اجتماعی وجود دارد. بیماران مبتلا به هراس اجتماعی در طول تعاملات اجتماعی تفکرات منفی بیشتر و تفکر مثبت کمتری را گزارش می‌دهند. آن‌ها کیفیت عملکرد اجتماعی‌شان را کمتر تخمین می‌زنند، تفسیرهای فاجعه‌آمیزتری از بازخوردهای منفی ناچیز دارند و حافظه بهتری برای بازخوردهای اجتماعی منفی دارند. در نهایت، مطالعات نشان دادند، تغییر در ترس از ارزیابی منفی صرف نظر از نوع درمان بهترین پیشگوی نتیجه درمان در اختلال اضطراب اجتماعی است (کلارک و ولز، 1995؛ لری[[78]](#footnote-78) و کوالسکی[[79]](#footnote-79)، 1995؛ راپی، 1995؛ هیمبرگ و جاستر[[80]](#footnote-80)، 1995)

مطابق با مدل شناختی، بازسازی شناختی به عنوان درمانی برای اضطراب اجتماعی مطرح شده است. سه نوع بازسازی شناختی که اغلب در مطالعات درمانی استفاده شده‌اند، درمان عقلی- عاطفی (الیس، 1962) درمان شناختی (بک، 1976) و تعلیم خودآموزی (مایکنبام[[81]](#footnote-81)، 1977) هستند. اگرچه این رویکردها در تاکیدشان متفاوت هستند اما هر سه نوع شامل آموزش بیماران برای شناسایی باورهای منفی و جایگزینی آن‌ها با باورهای سازگارانه‌تر هستند. یک مطالعه که این رویکردها را در درمان اضطراب اجتماعی مقایسه کرد هیچ تفاوت معناداری بین آن‌ها نیافته است (ویجیوسب[[82]](#footnote-82)، مک گاون[[83]](#footnote-83)، سیمون[[84]](#footnote-84) و گارنر[[85]](#footnote-85)، 1990) بررسی‌ها نشان دادند که درمان شناختی رفتاری بیش از سایر درمان‌های شناختی برای کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی به کار برده و مورد بررسی واقع شده‌اند (ردباگ[[86]](#footnote-86) و همکاران، 2004). این درمان برای اضطراب اجتماعی به کمک بازسازی شناختی و مداخله‌های رویارویی به تنهایی به همراه سایر روش‌ها به صورت فردی و گروهی به کار برده شده است (جاستر و هیمبرگ، 1995).

در این روش درمانی دگرگون‌سازی عوامل تداوم بخش مورد تاکید خاص است. بعد از اینکه بیمار و درمانگر برسر برنامه کاری به توافق رسیدند، تغییر تجربی عناصر کلیدی این مدل آغاز می‌شود. در خلال یک جلسه درمانی از بیمار خواسته می‌شود که در دو وضعیت هراس انگیز اجتماعی شرکت کرده و نقش بازی کند. در حالت اول از بیمار خواسته می‌شود تا از همه رفتارهای ایمنی عادی خود استفاده کند و در حالت دوم خواسته می‌شود که رفتارهای ایمنی خود را کنار گذاشته و توجهشان را به برخورد افراد دیگر در تعامل متمرکز کند. فرد بعد از هر بازی نقش باید به درجه‌بندی کمی میزان اضطرابی که فکر می‌کند در ظاهرشان جلوه کرده است و تصور خود از میزان درستی رفتارشان بپردازد و به این صورت میزان اضطراب خود را مورد ارزیابی قرار دهد (کلارک و فربورن[[87]](#footnote-87)، 1997؛ به نقل از معماریان، 1390).

**2-1-1-5-همایندی**

اختلالات همبود یک مشکل جدی در اختلال اضطراب اجتماعی است. بر طبق پژوهش براون[[88]](#footnote-88)، چیو، سارین[[89]](#footnote-89)، استین، کسلر و راسکیو[[90]](#footnote-90) (2008) 60 تا 90 درصد از افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از یک اختلال همبود نیز رنج می‌برند. جالب‌تر اینکه پژوهش‌ها مطرح می‌کنند که در اغلب موارد، اختلالات همبود ثانویه بر اختلال اضطراب اجتماعی هستند (استین و استین، 2008؛ جاکوبی[[91]](#footnote-91)، بیسدو[[92]](#footnote-92)، فهم[[93]](#footnote-93) و فیدلر[[94]](#footnote-94)، 2008؛ به نقل از خلیلی طرقبه، 1391). شایع‌ترین اختلالات همبود با اختلال اضطراب اجتماعی عبارت‌اند از افسردگی اساسی، اختلال هراس، اختلال اضطراب تعمیم یافته، فوبی خاص و اختلالات مصرف مواد (استین و استین، 2008؛ به نقل از خلیلی طرقبه، 1391). اگرچه درمانگران باید تشخیص‌های افتراقی مانند اختلال هراس، افسردگی اساسی، آگورافوبیا، اختلال شخصیت اجتنابی و حتی در برخی موارد اسکیزوفرنی را در نظر داشته باشند، اما تمییز قائل شدن بین برخی از اختلالات یادشده، چالش‌برانگیز است (سادوک و سادوک، 2003). اختلال اضطراب اجتماعی ثانویه، اصطلاحی است که لیبوویتز و همکارانش (1985) معرفی کرده‌اند و اشاره به علائم اضطراب اجتماعی دارد که نتیجه ثانویه یک بیماری روانپزشکی یا پزشکی همبود است. به عنوان مثال یک فرد مبتلا به اختلال پارکینسون ممکن است از موقعیت‌های اجتماعی اجتناب کند چون می‌ترسد دیگران به لرزش‌های او توجه کرده و دچار شرمندگی شود. DSM-IV چنین شرایطی را به عنوان اختلالات اضطرابی که در جای دیگر مشخص نشده‌اند، طبقه‌بندی می‌کند. از موارد دیگری که در تشخیص افتراقی اختلال اضطراب اجتماعی باید در نظر گرفته شود این است که اضطراب یا ترس ناشی از تاثیر فیزیولوژیکی مستقیم مصرف مواد یا شرایط طبی عمومی نبوده یا اختلال روانی دیگر مانند اختلال هراس، اختلال اضطراب اجتماعی، بی اشتهایی عصبی، ترس یا خجالت طبیعی توجیه بهتری بر آن نباشد. معمولاً اگر شرایط پزشکی دیگر وجود داشته باشد، ترس یا اجتناب، محدود به نگرانی‌های اجتماعی نیست و بنابراین از اختلال اضطراب اجتماعی متمایز می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2004).

**2-1-1-6-مقایسه با دیگر سازه‌ها**

اضطراب اجتماعی و هراس اجتماعی: در بسیاری از ادبیات تحقیقی که در رابطه با هراس اجتماعی انجام شده است، تفاوتی بین اضطراب اجتماعی و هراس اجتماعی مشاهده نمی‌شود (ویل، 2003). ولی برخی از محققان معتقدند که اضطراب اجتماعی و هراس اجتماعی از لحاظ کمیت و نه کیفیت با هم متفاوت‌اند (لری و کوالسکی، 1995؛ راپی، 1995). تراور[[95]](#footnote-95)، گیلبرت و شرلینگ[[96]](#footnote-96) (1990) هراس اجتماعی را در مقایسه با اضطراب اجتماعی این گونه توصیف کردند: " انتهای بالینی‌تر و شدیدتر طیف، همان طور که خجالت کشیدن و ترس از ارتباط برقرارکردن در عین این‌که از هم فاصله دارند، در برخی از تجارب مشترک‌اند." در مطالعه‌ای ترنر، بیدل[[97]](#footnote-97) و لارکین[[98]](#footnote-98) (1986) مراجعان کلینیک با تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را با دانشجویان مضطرب اجتماعی و گروه مراجعه کننده به کلینیک مبتلا به هراس اجتماعی در ارزیابی‌هایی که از شناخت خودشان داشتند، تفاوتی نداشتند؛ اما گروه غیر مضطرب به طور معناداری شناخت‌های منفی کمتر و شناخت‌های مثبت بیشتری را در مورد عملکردشان گزارش دادند. نتیجه اینکه مراجعان مبتلا به هراس اجتماعی و داوطلبان مضطرب اجتماعی در مواجهه با محرک‌های اجتماعی ترسناک از نظر پاسخ‌های فیزیولوژیک، شناخت‌ها و تنش کاملاً مشابه بودند، گرچه گروه مبتلا به هراس اجتماعی میزان علائم را با شدت بیشتری نشان دادند (ترنر و همکاران، 1986).

**2-1-1-6-1- اختلال اضطراب اجتماعی و کم‌رویی**

 اختلال اضطراب اجتماعی و کم‌رویی دو اصطلاحی هستند که برای توصیف افرادی که به کار می‌روند که در موقعیت‌های اجتماعی کم حرف هستند. اگرچه هراس اجتماعی به عنوان یک اختلال بالینی در DSM- IV توصیف شده است اما کم‌رویی اصطلاحی است که کمتر تعریف شده است ولی در کل توصیف هر دو سندرم تقریباً مشابه است (هیزر[[99]](#footnote-99) و همکاران، 2003؛ به نقل از البرزی، 1390) و به نظر نمی‌رسد که اختلال اضطراب اجتماعی از نظر کیفیت علائم کم‌رویی که توسط 20 تا 40 درصد افراد گزارش شده‌اند متفاوت باشد. تا حدودی اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان نوع شدیدی از همان پدیده در نظر گرفته می‌شود که آنقدر جدی است که منجر به اختلال در عملکرد زندگی می‌شود (راپی، 1990؛ به نقل از لیهی و هال‌اند، 1385).

گرچه تحقیقات نشان می‌دهد که کم‌رویی و اختلال اضطراب اجتماعی با هم رابطه دارند و حتی برخی متون این دو را کاملاً مشابه می‌دانند ولی در واقع این دو کاملاً یکی نیستند و دیده شده که فقط درصد کمی (18 درصد) از افراد کم‌رو به هراس اجتماعی مبتلا می‌شوند و اکثر آن‌ها (82 درصد) به هراس اجتماعی مبتلا نیستند. این تحقیقات نشان می‌دهد گرچه کم‌رویی، برای ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی عامل است ولی لزوماً اختلال اضطراب اجتماعی را باعث نمی‌شود. از طرفی اکثر افراد مبتلا به هراس اجتماعی سابقه کم‌رویی دارند و احتمال ابتلا به اختلال اضطراب اجتماعی در میان افراد کم‌رو بیشتر از افراد بهنجار و بدون کم‌رویی است. کم‌رویی در رابطه با دیگران و یا افزایش هوشیاری نسبت به خود، معمولاً در دوران کودکی رخ می‌دهد و در دوران نوجوانی به علت این فکر که دیگران من را چگونه ارزیابی می‌کنند، معمول است. در بسیاری از افراد این نوع از اضطراب با افزایش سن کاهش می‌یابد (اندریس[[100]](#footnote-100)، 1994؛ به نقل از البرزی، 1390).

**2-1-1-6-2- اختلال اضطراب اجتماعی و آگورافوبیا**

هراس اجتماعی ممکن است با آگورافوبیا اشتباه گرفته شود (ویل، 2003). بیمارانی با اضطراب اجتماعی یا از شرایطی که می‌ترسند دوری می‌کنند یا آن‌ها را با ناراحتی قابل ملاحظه ای تحمل می‌کنند و در مواجهه با موقعیت اجتماعی سطوح بالایی از اضطراب را نشان می‌دهند و حتی ممکن است دچار حمله پانیک شوند (هکلمن[[101]](#footnote-101) و اسکینر، 1995؛ جود، 1994؛ به نقل از لیهی و هال‌اند، 1385)؛ اما افراد مبتلا به آگورافوبیا در مورد سلامت فیزیکی یا روانی خود نگران هستند آن‌ها حواس (احساسات بدنی) را به اشتباه به صورت شواهدی از یک فاجعه ناگهانی برای سلامتی‌شان تفسیر می‌کنند. آن‌ها نگران بسیاری از حواس خودکار مثل تپش قلب، سرگیجه یا نفس نفس زدن هستند، گرچه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی هم هنگامی که فکر می‌کنند مورد توجه دیگران هستند، در مورد حواس خودکاری نظیر سرخ شدن، لرزیدن و لکنت زبان نگرانی دارند. حملات پانیک در هراس اجتماعی اغلب منحصراً در موقعیت‌های اجتماعی رخ می‌دهد. بعضی اوقات یک شخص با آگورافوبیا به طور همایند علائم اضطراب اجتماعی را هم دارد. برای مثال کسی که فکر می‌کند ممکن است غش کند یا هر لحظه دچار حمله پانیک شود اما در موقعیت‌های اجتماعی نیز از اینکه مورد ارزیابی قرار بگیرد می‌ترسد (ویل، 2003). هراس اجتماعی از یک نظر شبیه آگورافوبیاست و آن اینست که ترس از شرمندگی اجتماعی به فرد اجازه نمی‌دهد خانه را ترک کند با این حال تفاوت آن‌ها در این است که اضطرابی که فرد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی تجربه می‌کند ویژه موقعیت‌های خاصی است، حال آن‌که آگورافوبیا فراگیرتر است (هالجین، ویتبورن،1999).

**2-1-1-6-3- اختلال اضطراب اجتماعی و اضطراب طبیعی**

برخی از موقعیت‌های اجتماعی برای بسیاری از مردم تا حدی اضطراب‌آور است. بهترین مثال صحبت کردن در جمع یا وارد شدن به جمعی از افراد ناآشنا به تنهایی است. اضطراب اجتماعی ناتوان کننده نیست. به سرعت در طول موقعیت و بعد از آن فروکش می‌کند، در هفته‌های بعد از آن موقعیت ادامه پیدا نمی‌کند و در آن انتظار ارزیابی منفی وجود ندارد. در صورتی که افکار شخص مبتلا به اضطراب اجتماعی متفاوت است. آن‌ها مدت زمان طولانی نگران باقی می‌مانند. اگر در موقعیت بمانند ناراحتی بسیار شدیدتر خواهد شد و دفعه بعد حتی نگرانی بیشتری در آن موقعیت تجربه خواهند کرد. این افراد بعد از اتمام موقعیت، بارها جنبه‌هایی از عملکردشان را که درست نبوده، مرور می‌کنند (آندریس، 1994؛ به نقل از البرزی، 1390).

**2-1-1-6-4- اختلال اضطراب اجتماعی و اختلال شخصیت اجتنابی**

افرادی با اختلال شخصیت اجتنابی اغلب در هر نوع تعامل اجتماعی مضطرب هستند. آن‌ها می‌ترسند و نه تنها انتظار ارزیابی منفی را دارند، بلکه همین‌طور انتظار طرد یا تحقیر را دارند. آن‌ها اغلب نسبت به دیگران احساس حقارت می‌کنند، اعتماد به نفس پایینی دارند و به طور قابل توجهی از تعاملات اجتماعی اجتناب می‌کنند. نکته قابل توجه اینست که مضطرب به نظر رسیدن اغلب برای آن‌ها نگرانی زیادی ایجاد نمی‌کند. این افراد بر خلاف افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی در مورد اینکه چطور با دیگران رابطه برقرار کنند، اضطراب زیادی ندارند و از اینکه بی‌فایده و ناکافی به نظر برسند و طرد شوند، نمی‌ترسند (آندریس، 1994؛ به نقل از البرزی، 1390).

**2-1-2-عزت نفس**

عزت نفس یکی از پرکاربردترین عناوین پژوهشی در روان‌شناسی است که نیاز به آن دغدغه اصلی هر انسانی در نظر گرفته می‌شود (سدیکیدز[[102]](#footnote-102) و گرگ[[103]](#footnote-103)، 2003؛ سوان[[104]](#footnote-104)، چانگ- اشنایدر[[105]](#footnote-105)، مک کلارتی[[106]](#footnote-106)، 2007) و عبارتست از نگرش نسبت به خود که در آن مولفه‌های شناختی و عاطفی وجود دارد (روزنبرگ[[107]](#footnote-107)، 1965؛ به نقل از پناهنده، 1391). عزت نفس ارزیابی خود در پرتو عقاید دیگران بوده و بر اساس فرایندهای عاطفی، به ویژه احساس مثبت و منفی درباره خود بنا شده است (سانتراک[[108]](#footnote-108)، 2001). زمانی‌که افراد مطلع می‌شوند که در ایده‌آل‌های خود شکست خورده‌اند، عزت نفس آن‌ها می‌تواند کاهش یابد (باورن[[109]](#footnote-109)، بیرن[[110]](#footnote-110) و نرسکامپ[[111]](#footnote-111)، 2006؛ به نقل از سانتراک،2001). راجرز[[112]](#footnote-112) (1961) معتقد است دلیل اصلی عزت نفس پایین در افراد این است که به آن‌ها حمایت عاطفی کافی و تایید اجتماعی داده نمی‌شود و در طول دوران رشد به صورت مستمر ارزیابی منفی از جانب دیگران دریافت می‌کنند (سانتراک، 2001).

 مفهوم عزت نفس بالا از نظر بیشتر نظریه‌های معاصر احساس کلی دوست داشتن خود، ارزشمندی خود، احترام و پذیرش است (به عنوان مثال، براون، 1993؛ روزنبرگ، 1965؛ به نقل از پناهنده، 1391). به طور سنتی، عزت نفس به ارزیابی فرد اشاره داشته (روزنبرگ، 1965) و به بیان دیگر، عزت نفس جنبه ارزیابانهٔ دانش خود بوده که منعکس کنندهٔ دوست داشتن خود است (زیگلر هیل[[113]](#footnote-113) و جوردن[[114]](#footnote-114)، 2010). عزت نفس بالا که ایمن و به خوبی تحکیم شده، نه به تصدیق مستمر دائمی و نه میزان بالایی آسیب پذیر به تهدیدهاست (تایس[[115]](#footnote-115)، 1991). از آنجا که اغلب نیاز به عزت نفس، دغدغه‌ای محوری در انسان‌ها است به میزان زیادی برای فرد سودمند بوده (بائومیستر[[116]](#footnote-116)، 1998؛ به نقل از پناهنده، 1391) و نقشی حیاتی در زندگی هیجانی افراد ایفا کرده و هیجانات رایجی مانند گناه، شرم و غم تنها در ارتباط با خود برانگیخته می‌شوند (تانگنی[[117]](#footnote-117) و دیرینگ[[118]](#footnote-118)، 2002؛ سدیکیدس، وایلدچات[[119]](#footnote-119) و بدن[[120]](#footnote-120)، 2004؛ به نقل از پناهنده، 1391). در این راستا نظریه‌ها و الگوهای گوناگونی اشاره به اهمیت و مزیت‌های فراوان عزت نفس بالا دارند (بائومیستر، 1998). فرض نظریه تصدیق خود (استیل، 1998) این بوده که عزت نفس بالا، مانعی در برابر فشار روانی و تجارب شکست است. مشابه این نظر، تیلور[[121]](#footnote-121) و براون (1988) بیان نموده‌اند که دیدگاهی مثبت درباره خود، شادی و سلامت روانی کلی برای شخص به ارمغان می‌آورد. فرض نظریه مدیریت وحشت (گرینبرگ، سولومون[[122]](#footnote-122)، سازنسکی[[123]](#footnote-123)، روزنبلت[[124]](#footnote-124)، بورلینگ[[125]](#footnote-125) و همکاران، 1992)، برآن است که عزت نفس بالا کمکی در جهت سازگاری با تهدیدهای وجودی به افراد می‌کند. در کل، سطح عزت نفس متوسط یا بالا، پیش‌نیاز عملکرد سالم بوده و تعجبی ندارد که ترجیح اکثریت مردم، مثبت نشان دادن خود (عزت نفس متوسط و بالا) باشد (تیلور و براون، 1988).

برخی از افراد علاقه به پذیرفته شدن از جانب دیگران دارند، در پذیرفتن احساسات منفی مرتبط با خود بی‌تمایل هستند. این افراد ترس از این را دارند که به دلیل وانمود مثبت خود از سوی دیگران، طرد شوند. پژوهشگران قدیمی، ترکیب عزت نفس آشکار بالا و ضمنی پایین را عزت نفس بالای دفاعی نامیده‌اند (اشنایدر[[126]](#footnote-126)، تورکات[[127]](#footnote-127)، 1975؛ هورنای، 1950؛ به نقل از پناهنده، 1391) که فرض بر آن است که عزت نفس بالای دفاعی، تلاش‌های زیاد در جهت تحلیل بردن اطلاعات تهدیدکننده خود می‌باشد (اشنایدر، تورکات، 1975). عزت نفس پایین با پدیده‌هایی چون افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، سوء مصرف دارو و الکل و ناخشنودی کلی در ارتباطات است (بائومیستر، هیترتون[[128]](#footnote-128) و تاس، 1993).

اثرات مولفهٔ ناآگاهانه عزت نفس، عزت نفس ضمنی نامیده می‌شود. بیشتر پژوهش‌ها بر روی عزت نفس، متمرکز بر خود ارزیابی‌های آشکار (در نظر گرفتن آگاهانه و نسبتاً کنترل شده) است، با این حال در طول چند سال اخیر، پژوهش‌های بسیاری متمرکز بر عزت نفس ضمنی (ناآگاهانه، فراتر از یادگیری و خودکار) شده‌اند (بکاس و همکاران، 2004؛ دیجکسترهوویس، 2004).

اعتقاد بر اینست که عقاید ضمنی افراد در مورد خود، در مقایسه با عقاید آشکار، زودتر ایجاد شده و عزت نفس ضمنی در مقایسه با عزت نفس آشکار، بسیار آهسته‌تر تغییر می‌یابد (هتز و همکاران، 1999؛ به نقل از پناهنده، 1391). عقیده وجود احساسات ارزشمندی خودناآگاهانه، جدید نیست (فروید، 1957). با این حال با ورود روش‌هایی کامپیوتری توجه واقعی به این موضوع آغاز شده است (فارنهام و همکاران، 1999). در واقع شواهد حمایت‌کننده از وجود عزت نفس ضمنی رو به افزایش بوده که مهم‌ترین مسئله، تمایز و تشخیص بین عزت نفس ضمنی از آشکار در این پژوهش‌هاست. اسپالدینگ و هاردین (1999، به نقل از پناهنده، 1391) تفاوت‌های فردی در عزت نفس ضمنی و آشکار را در مورد سنجش و آزمون قرار داده‌اند. نتایج پژوهش آن‌ها، حاکی از آن بود، از آنجایی‌که عزت نفس ضمنی پیش‌بینی کننده اضطراب غیر کلامی افراد است، عزت نفس آشکار، اضطراب خود گزارشی آن‌ها را پیش‌بینی کرد. هتز و همکاران (1991) تفاوت‌های فردی در عزت نفس ضمنی و آشکار را برای آزمون تاثیرگذاری هویت فرهنگی بر روی هر کدام از آن‌ها اندازه‌گیری کردند. نتایج آن‌ها نشان داد که عزت نفس ضمنی با اجتماعی شدن فرهنگی قبلی آزمودنی‌ها و عزت نفس آشکار با بافت فرهنگی کنونی آن‌ها تحت تاثیر قرار گرفته است. در پژوهش‌های دیگری کول[[129]](#footnote-129)، دیجکسترهوویس و ون‌نیپنبرگ[[130]](#footnote-130) (2001) رابطهٔ بین عزت نفس ضمنی و خودکاری را آزمون کرده و گزارش کردند که افراد، حروف تشکیل دهنده اسم خود را نسبت به دیگر حروف و مثبت‌تر ارزیابی کرده که بیان‌کننده وجود نوعی سوگیری مثبت نگری کلی در عزت نفس ضمنی است. اپستین[[131]](#footnote-131) و مورلینگ[[132]](#footnote-132) (1995، به نقل از پناهنده، 1391) دو سیستم روانشناختی جداگانه برای افراد متصور شده‌اند. سیستمی که شناختی یا منطقی، بر پایه اصول منطقی و زبانی بوده و در سطح آگاهانه عمل می‌کند و عزت نفس آشکار در این سیستم قرار گرفته و منعکس کننده احساسات خود ارزشی آگاهانه بوده که با استفاده از مقیاس‌های عزت نفس استاندارد همچون مقیاس روزنبرگ سنجیده می‌شود. سیستم دیگر تجربی نامیده می‌شود که در سطح ناآگاهانه عمل کرده و بخش بزرگی از آن با تجارب هیجانی مهم، هدایت شده و عزت نفس ضمنی در این سیستم تجربی جای داشته و منعکس کننده احساسات خود ارزشی ناآگاهانه، اما تاثیرگذار بر افکار، هیجانات و رفتارهای افراد است. در نتیجه نمی‌توان، عزت نفس ضمنی را با پرسش مستقیم از افراد درباره احساس خود سنجید و مقیاس‌های ضمنی ابزار مناسبی خواهند بود.

**2-1-2-1-نظریاتی در باب نگرش خود**

**2-1-2-1-1- دسترس‌پذیری و نیروی تداعی**

فرض می‌شود واحدها یا عناصری که شامل طرحواره خود فرد است، درجه‌های متفاوتی در نیرومندی تداعی با یکدیگر را دارا هستند (سگال[[133]](#footnote-133)و اینگرام[[134]](#footnote-134)،1994؛ به نقل از پناهنده، 1391). ممکن است اختلالات هیجانی، عناصر طرحواره مرتبط با خود، تداعی پایین در حوزه‌های مثبت و تداعی بالا در حوزه‌های منفی داشته باشند. اگر اطلاعات مرتبط به خود منفی با طرحواره، تداعی نیرومندی داشته باشند؛ مواجهه فرد با هر عنصر خاص مرتبط با طرحواره، دسترس‌پذیری دیگر عناصر مرتبط با طرحواره را افزایش خواهد داد؛ بنابراین در رویدادی که چنین عنصری فعال شده است، ارتباطات تداعی با دیگر محرک‌های نسبت به خود منفی متشابه آن ایجاد خواهد شد و احتمال فعال‌سازی کامل طرحواره خود افزایش می‌یابد (کالین[[135]](#footnote-135) و لوفتوس[[136]](#footnote-136)، 1975). فازیو[[137]](#footnote-137) و ویلیامز[[138]](#footnote-138) (1986) همبستگی قوی میان دسترس‌پذیری یک طرحواره و درجه ادراک اطلاعات همخوان با آن را (سوگیری همخوان با طرحواره) نشان داده‌اند. به این طریق، فرض شده است که تفاوت‌ها در تعبیر و ادراک محیطی نشات گرفته از تفاوت‌هایی در دسترس پذیری طرحواره‌های مربوطه است.

**2-1-2-1-2- دیدگاه دسترس پذیری نگرش**

از نظر این دیدگاه (فازیو، پاول[[139]](#footnote-139) و هر[[140]](#footnote-140)، 1983)، نگرش‌ها به عنوان تداعی‌های ارزیابی‌های شی در حافظه نشان داده شده‌اند که نیروی تداعی‌ها دسترس پذیری نگرش‌ها را تعیین می‌کند. علاوه بر این، تداعی‌های ارزیابی شی نیرومندتر (یعنی دسترس پذیرتر)، به احتمال بیشتری از طریق مواجه شدن با موضوع نگرش به طور خودبخودی فعال می‌شوند (فازیو و ویلیامز، 1986). مهم‌تر اینکه نگرش‌های دسترس پذیرتر (در مقایسه با نگرش‌های کمتر دسترس پذیر)، "پیش‌بینی کننده قوی‌تری برای ادراکات بعدی موضوع نگرش و رفتار بعدی به سمت موضوع نگرش" هستند (فازیو و ویلیامز، 1986). از این دیدگاه، زمان واکنش به سوالات نگرشی، منعکس کنندهٔ دسترس‌پذیری نگرش بر پایهٔ شواهد مطالعات گوناگون است که نشان می‌دهد (الف) بیان مکرر نگرش‌ها سرعت را افزایش می‌دهد که با آن افراد به تصدیق‌های نگرشی پاسخ می‌دهند و (ب) تصدیق‌های نگرشی سریع به احتمال بیشتر همخوان با نگرش‌های فعال شده خودکار در مقایسه با تصدیق‌های نگرشی آهسته هستند. با این مطالعات ارزشمند، فازیو، ویلیامز و پاول (2000) بیان کرده‌اند که اندازه‌گیری دسترس‌پذیری نگرش، به علاوهی پاسخ‌های نگرشی، راهبرد بسیار مفیدی برای افزایش پیش‌بینی نگرش‌ها، عقاید و رفتارهاست.

**2-1-2-1-3- الگوی MODE[[141]](#footnote-141) فازیو**

این دیدگاه (فازیو و اولسون، 2003) از نظر مفهومی با دیدگاه دسترس پذیری نگرش مرتبط بوده، بیان می‌کند که تداعی‌های ارزیابانه از موضوع دسترس پذیر به محض مواجهه با موضوع نگرش، به طور خود به خودی فعال شده (به عنوان مثال، در طی یک قضاوت نگرشی) و بر قضاوت نگرشی مربوط تاثیر می‌گذارد؛ بنابراین، مورد انتظار است که تداعی‌های خودارزیابانه خودکار به احتمال بیشتری به طور خودبخودی برای نگرش‌های خود بسیار دسترس پذیر در طی قضاوت‌های خودارزشی فعال شود؛ بنابراین تداعی‌های ارزیابانه خودکار به میزان نیرومندتری با قضاوت‌های خودگزارشی برای نگرش‌های خود بسیار دسترس پذیر، در مقایسه با کمتر دسترس پذیر مطابق باشد.

**2-1-2-1-4- یادگیری تداعی‌گرایانه**

یادگیری تداعی‌گرایانه به عنوان پدیده‌ای در یادگیری تعریف شده است که تغییر در رفتار و عقاید به تغییراتی در روابط جهان منجر می‌شود (دی هائر، 2009). برای تاکید و روشن سازی بیشتر می‌توان گفت اثرات یادگیری تداعی‌گرایانه از فرایندهای گوناگونی ریشه می‌گیرند. به عنوان مثال، اثرات یادگیری تداعی‌گرایانه، تغییرات در رفتار (مانند اثرات شرطی سازی کلاسیک) و تغییراتی در علاقه به محرک (مانند اثرات شرطی سازی ارزشی) به دلیل تکرار مکرر محرک‌های خاص هستند. پژوهش‌ها در مورد اثرات این دو روش می‌توانند نسبت به فرایندهای گوناگون تاثیرگذار در آن روشن‌گر باشند (دی هائر، 2007). فرض شده که دو فرایند شایع باعث اثرات یادگیری تداعی‌گرایانه می‌شود: فرایند خودکار که شامل استدلال شناختی نیست و فرایند استدلال گزاره‌ای که دربردارندهٔ استدلال‌های گزاره‌ای است؛ بنابراین افکار و رفتار چه از طریق اتصال تداعی‌های ساده (فرایند خودکار) و چه از طریق ترجیحات سازمان یافته و استدلال شناختی (فرایند استدلال گزاره‌ای) تحت تاثیر قرار می‌گیرند (شانکس[[142]](#footnote-142)، 2007) هر دو دیدگاه، بر اساس فرض‌های متفاوتی بوده و پیش‌بینی‌های متفاوتی برای اثرات یادگیری و تاثیر محیط‌های یادگیری متفاوت دارند. لازم به یادآوری است که برخی از پژوهشگران اغلب فرایندهای خودکار را به عنوان فرایند شکل‌گیری تداعی یا صرفاً فرایند تداعی‌گرایانه نامیده‌اند (دی هائر، وندروپ[[143]](#footnote-143) و بکرز[[144]](#footnote-144)، 2005) بر اساس این دیدگاه مفهوم‌بندی کاملاً خودکار (یعنی بدون تاثیر شناخت یا آگاهی) است.

**2-1-3- آستانه‌ها**

تعریف ادراک زیر آستانه‌ای عنوان جنجال برانگیزی در میانهٔ دهه 1980 بود (چیزمن[[145]](#footnote-145) و مریکل[[146]](#footnote-146)، 1986؛ به نقل از پناهنده، 1391) که بحث بر پایهٔ مفاهیم آستانه‌های عینی و ذهنی را برانگیخت. گذر از آستانه عینی به معنای حس کردن آن محرک، یعنی ورود به سیستم حسی متناسب است و گذر از آستانه ذهنی، ورود به آگاهی هشیارانه یک محرک است. در صورت عدم عبور از آستانه عینی، ادراک وجود ندارد؛ اما اگر از آستانه عینی عبور کرده و از آستانه ذهنی خیر، ادراک زیر آستانه‌ای روی داده است و اگر از از آستانه ذهنی عبور کند ادراک آگاهانه اتفاق افتاده است. هولندر[[147]](#footnote-147) (1986) بیان کرد که نمی‌توان بر آستانه‌های ذهنی به عنوان مقیاسی از ادراک آگاهانه تکیه کرد به عنوان جایگزین، می‌توان به یک ملاک تعریفی بر آستانهٔ عینی تکیه نمود. وقتی برخی از تاثیرات حسی قابل توضیح از محرکی وجود داشته باشد – یعنی رسیدن به آستانهٔ عینی- هرگز نمی‌توان ضمانت کرد که افراد از محرک، آگاه نیز می‌شوند (دیجکسترهویس، آرتس و اسمیت، 2005). ادراک ناآگاهانه یا ضمنی اشاره به ادراکی داشته که به آگاهی هشیارانه نمی‌رسد، اما پژوهشگران بین فرضیه‌های گوناگون بیان‌کننده دلایل وارد نشدن به حیطه آگاهی اطلاعات، تمایزی قائل نمی‌شوند. احتمال آن است که یک محرک ادراک شده به این دلیل که بسیار کوتاه ارائه شده، وارد آگاهی نشده باشد؛ با این حال ممکن است یک محرک ادراک شده به دلیل توجه پایین به آن وارد آگاهی نشده باشد که با کمی توجه بیشتر، محرک می‌تواند وارد آگاهی شود. به عنوان مثال در حالی‌که در حال رانندگی هستیم بسیاری از تابلوهای تبلیغاتی را می‌بینیم بدون اینکه اطلاعاتی از این تابلوهای تبلیغاتی وارد آگاهی هشیارانه شود، توضیح آن ساده است؛ به این دلیل که به آن‌ها توجه نشده است با توجه بیشتر، اطلاعات روی تابلوها وارد آگاهی خواهند شد. این ادراک ضمنی یا ناآگاهانه است. با این حال، به طور کلی ادراک زیر آستانه‌ای برای اشاره به محرک‌هایی به کار رفته که به روشی ارائه شده‌اند که نمی‌توانند به آگاهی هشیارانه رسیده، حتی اگر توجه به سمت آن‌ها معطوف شده باشد (دیجکسترهویس و همکاران، 2005).

**2-1-3-1- ادراک زیر آستانه‌ای**

این مفهوم که رفتار افراد می‌تواند تحت تاثیر محرک‌هایی قرار گرفته که از ادراک آن آگاه نیستند، علاقه زیادی در میان عموم مردم و روان‌شناسان ایجاد کرده است، پژوهش‌ها در مورد تعریف ادراک زیر آستانه‌ای، با بحث در این مورد که پژوهشگران دقیقاً چه چیزی را باید اندازه گرفته و توجیه چگونگی ارزیابی روی دادن ادراک زیر آستانه‌ای، آغاز شده است. نظریه‌های گوناگونی با در نظر گرفتن تفاوت بین پردازش‌های آگاهانه و ناآگاهانه ارائه شده‌اند. برخی از پژوهشگران بیان می‌کنند که بازنمایی‌های ذهنی و آگاهی به موازات هم پیش رفته، بنابراین فضای کمی برای احتمال سطوح ناآگاهانهٔ بازنمایی‌ها باقی می‌ماند (پروچت[[148]](#footnote-148)، وینتر[[149]](#footnote-149)، 2002). سال‌هاست که علم شناختی، به این پرسش که " آیا یک محرک با وجود عدم آگاهی از آن درک می‌شود؟" علاقه نشان داده است. این ایده که ادراک می‌تواند بدون آگاهی هشیارانه اتفاق افتاده و تاثیر معناداری بر رفتار و افکار فرد داشته باشد، به نظر بسیاری ادراک غیر مستقیم می‌آمد. با در نظر گرفتن این، هر یافته‌ای با حمایت از مفهوم ادراک ناآگاهانه، نظرها را به خود جلب کرده است، زیرا مفهوم ادراک مستقیم (حسی) را که هشیاری برای ادراک ضروری بوده را به چالش می‌کشد (دیجکسترهویس و همکاران، 2005).

معنای اصطلاح ادراک زیر آستانه‌ای در طول سالیان تغییر کرده و برخی ترجیح داده‌اند تا از ادراک بدون آگاهی به عنوان جایگزین استفاده کنند تا از موضوع مباحثه انگیز آستانه جلوگیری کنند. به طور کلی ادراک زیر آستانه‌ای، در هر زمانی که محرک‌ها در زیر آستانه آگاهی ارائه شوند اتفاق می‌افتد که بر افکار، احساسات یا اعمال تاثیرگذار است و اندازه گیری آن نسبتاً ساده است. بخش مشکل در این زمینه ارزیابی آگاهی یک محرک در زیر آستانهٔ آزمودنی است. مساله مهم در این موضوع، دانستن این است که در چه زمانی آزمودنی به طور هشیارانه از یک محرک آگاه بوده و چگونه می‌تواند در آزمایش‌ها مشخص شود (دیجکسترهویس و همکاران، 2005). به طور سنتی در زمینه ادراک زیر آستانه‌ای، خود گزارشی از آگاهی، به نظر غیرقابل اجتناب می‌رسد استفادهٔ اجتناب ناپذیر از خودگزارشی منجر به بحث بیشتر درباره این است که تعبیر و تفسیر خودگزارشی‌ها به چه صورت است. ادراک بدون آگاهی تنها زمانی است که آزمودنی هیچ نوع آگاهی هشیارانه‌ای از محرک گزارش نکرده، اما اثرات معنادار دیگری بروز داده که محرک، با وجود این موضوع ادراک شده است (مریکل و گوردنر[[150]](#footnote-150)، 1997؛ به نقل از پناهنده، 1391).

**2-1-3-2- اثرات ادراک زیرآستانه‌ای**

با وجود مباحث فراوان در مورد وجود ادراک زیرآستانه‌ای در سال‌های اخیر، شواهد زیادی مبنی بر وجود ادراک زیرآستانه‌ای بدست آمده است. در نتیجه این پرسش اصلی این است که در مواجهه با محرک‌های زیرآستانه‌ای دقیقاً چه چیزی بدست می‌آید. آیا ادراک زیرآستانه‌ای نسبتاً بی ضرر است و فقط تاثیرات معنایی کوتاهی دارد یا می‌تواند بر موضوعات مهم‌تری همچون زندگی هیجانی و رفتارآشکار تاثیر داشته باشد؟

تاثیرات ادراک زیرآستانه‌ای در ادامه توضیح داده شده است که شامل موارد (الف) همبسته‌های عصبی، (ب) تاثیرات ارزشی و هیجانی، (ج) تاثیرات معنایی، (د) تاثیرات بر قضاوت اجتماعی و (ه) تاثیرات بر رفتار آشکار (دیجکسترهویس و همکاران، 2005) می‌باشد.

**2-1-3-2-1- همبسته‌های عصبی**

به جرات می‌توان گفت اولین شواهد فیزیولوژیک برای ادراک زیرآستانه ای را لیبت[[151]](#footnote-151)، رایت[[152]](#footnote-152) و فانشتاین[[153]](#footnote-153) (1997؛ به نقل از پناهنده، 1391) فراهم کردند. پوست شرکت کنندگان در آزمایش آن‌ها تحریک شد اما نتوانستند آگاهانه آن را گزارش کنند. با این حال، تغییرات الکتریکی در اطراف مغز نشان داده شد. آن‌ها در پژوهش خود شواهد واضحی برای فعالیت مغز در نتیجه ادراک که معطوف به آگاهی هوشیارانه نبود فراهم کردند. بعدها دی هائر و همکارانش (1998) نیز شواهدی بر تاثیرات نورولوژیکی تحریک زیرآستانه‌ای گزارش کردند.

**2-1-3-2-2- اثرات هیجانی و ارزشی**

در سال 1968 زاجونک[[154]](#footnote-154) ایدهٔ مواجهه صرف را بیان نمود که به معنای دوست داشتن بیشتر محرک در اثر مواجهه بیشتر با آن بود. در ابتدا کانست – ویلسون[[155]](#footnote-155) و زاجونک (1980) توضیح دادند که حتی مواجهٔ زیر آستانه‌ای با یک محرک، نگرش فرد به سمت این محرک را افزایش می‌دهند. در آزمایش آن‌ها، آزمودنی‌ها با ده چند ضلعی هرکدام 5 بار و به مدت 1 میلی ثانیه مواجه شدند. بعد از آن برای آزمودنی‌ها جفت‌های چندضلعی قدیمی (قبلاً ارائه شده) و چند ضلعی جدید ارائه شد. برای هر جفت، باید نشان داده می‌شد که کدامیک از آن‌ها قبلاً ارائه شده و به کدامیک علاقه بیشتری دارند. آزمودنی‌ها اغلب چندضلعی قبلاً ارائه شده را در مقایسه با چند ضلعی جدید را ترجیح داده؛ بدون آنکه قادر به بیان آن باشند که با کدامیک قبلاً مواجه شده‌اند. این اثر مواجهٔ کوتاه زیرآستانه‌ای چندین بار دیگر نیز تکرار شد.

**2-1-3-2-3- اثرات معنایی پایه**

دبنر[[156]](#footnote-156) و جاکوبی [[157]](#footnote-157) (1994؛ به نقل از پناهنده، 1391) شواهدی برای پردازش زیرآستانه‌ای معنایی بدست آوردند. در آزمایش‌های آن‌ها یک واژه پنج حرفی (مثلاً جمجمه) به صورت زیرآستانه‌ای بر صفحه کامپیوتر نمایش داده شد. بعد از ارائه واژه، آزمودنی‌ها با کلمه‌های ناقص مواجه شده که دارای 3 حرف یک واژه بود (مثلاً جمج...) از آن‌ها خواسته شد واژهای پنج حرفی ساخته تا واژه ارائه شده را تکمیل کند. در برخی شرایط، مجبور به عدم انتخاب واژه‌های قبلاً مواجه شده بودند. در مقایسه با گروه کنترل (که در آن واژهٔ یکسان بدون مواجهه قبلی با یک واژه زیر آستانه‌ای ارائه شد) درخواست عدم استفاده از واژهٔ زیر آستانه‌ای ارائه شده منجر به استفادهٔ بیشتر آن شد. با این تکلیف شواهدی در تایید پردازش معنایی واژه بدست آمد درحالی‌که در همان زمان اطمینان وجود داشت که این واژه آگاهانه ادراک نشده است.

**2-1-3-2-4- قضاوت‌های اجتماعی**

برق[[158]](#footnote-158) و پیتروموناکو[[159]](#footnote-159) (1982؛ به نقل از پناهنده، 1391) نشان دادند که سازه‌های صفت فعال شده، زیرآستانه‌ای بر شکل گیری عقیده ما در مورد دیگران تاثیرگذار است. شرکت کنندگان در آزمایش آن‌ها با واژه‌های واقعی زیرآستانه‌ای در نقاط مختلف صفحه مواجه شده و از آن‌ها خواسته شد که محل هر کدام از آن‌ها را تشخیص دهند. بسته به شرایط آزمایشی، صفر، 20 یا 80 درصد واژه‌ها مرتبط با صفت خصومت بود. بعد از تکمیل این تکلیف، شرکت کنندگان با توصیف کوتاهی از فردی مواجه شده که با او به روشی خصمانه به طور مبهم رفتار می‌شد. عقیده آن‌ها در مورد این شخص با مواجهه زیرآستانه‌ای واژه‌ها تحت تاثیر قرار گرفت؛ یعنی واژه‌های خصمانه‌تر قبلی منجر به شکل گیری عقیده منفی‌تر شد.

**2-1-3-2-5- رفتار**

پژوهش‌های اخیر، تبیین نموده‌اند که سازه‌های صفت فعال شده و کلیشه‌های اجتماعی نه تنها تاثیر بر قضاوت در مورد دیگران دادند، بلکه بر رفتار آشکار آزمودنی نیز تاثیرگذار است کلیشه‌ها و صفات فعال شده، رفتار را در خط صفت یا کلیشهٔ خاص هدایت می‌کند (دیجکسترهویس و ون نیپنبرگ، 1998).

**2-1-4- فرایندهای ضمنی**

روان شناسی به عنوان یک رشته علمی، به درک فرآیندهای زیربنایی رفتار متمایل شده و در طی دههٔ گذشته، پژوهشگران بیشتری به تاثیر فرایندهای ضمنی بر رفتار علاقه مند شده‌اند. این سیر تکاملی در زیر شاخه‌های رشته‌های گوناگون علم روانشناسی مانند روانشناسی عمومی، روانشناسی اجتماعی (گرین والد و باناجی، 1995)، روانشناسی بالینی (گمار[[160]](#footnote-160)، سگال[[161]](#footnote-161)، ساگارتی[[162]](#footnote-162) و کندی[[163]](#footnote-163)، 2001؛ به نقل از پناهنده، 1391) و اعتیاد دیده می‌شود.

اخیراً بسیاری از پژوهشگران توضیح داده‌اند که افراد، اطلاعات درباره خود و محیط را به صورت آگاهانه (یعنی به صورت آشکار و کنترل شده و هشیار) و ناآگاهانه (یعنی در سطحی ناهشیار و خودکار و ضمنی که فراتر از آگاهی است) پردازش می‌کنند (فازیو، گرین والد و همکاران، 2002). فرآیندهای ضمنی از فرآیندهای آشکار متمایز است در حالی‌که فرآیندهای آشکار اشاره به فرآیندهای شناختی داشته که فرد به طور آگاهانه از آن آگاه است (همچون حافظه، قضاوت، توجه)، فرآیندهای ضمنی فراتر از آگاهی هشیارانهٔ فرد هستند (گرین والد و باناجی، 1995). فرایندهای ضمنی نمایانگر شکل‌های خودبخودی رفتار بوده و غیر هدفمند، خودکار و ناآگاهانه هستند. از طرف دیگر فرآیندهای آشکار از طریق درون نگری قابل دست یابی است و با خواست و اراده فرد تغییر می‌یابند؛ بنابراین آگاهی از فرآیندهای آشکار ضرورتاً به معنای درک و کسب اطلاعات مفیدی از تاثیرات فرآیندهای اطلاعات ضمنی (که ادراک کننده از آن آگاه نیست).

با وجود علاقه زیاد به فرآیندهای ضمنی، تقریباً توجه کمی به معنای فرآیند ضمنی معطوف شده است. با این حال در سال‌های اخیر پژوهش‌هایی در این زمینه انجام شده است (دی هائر، 2006).

گرین‌والد (1997) بیان می‌کند که دو فرایند آشکار و ضمنی ممکن است به طور همزمان و مستقل از یکدیگر روی داده، در نتیجه احتمال ناهمخوانی برای آن‌ها وجود داشته، به این معنا که گزارش آشکار افراد همخوان با پاسخ ضمنی آن‌ها نباشد. چندین روش برای تمایز فرایندهای ضمنی از آشکار وجود دارد. روش‌های سنجش فرآیندهای ضمنی شامل موارد: تکلیف نام بردن رنگ استروپ (استروپ[[164]](#footnote-164)، 1935؛ به نقل از پناهنده، 1391)؛ تکالیف آشکارسازی نقطه (مک لئود، روترفورد[[165]](#footnote-165)،1998؛ به نقل از پناهنده، 1391)؛ روش‌های تکلیف دوگانه (برق و چارت راند[[166]](#footnote-166)، 2000؛ به نقل از پناهنده، 1391)، مقیاس‌های حافظه یادآوری آزاد (طبقه بندی) (برق، ارت راند،2000؛ به نقل از پناهنده، 1391)، تکالیف واژه‌هایی متشابه الصوت (آیسنک، 1991؛ به نقل از پناهنده، 1391)، آزمون‌های تداعی ضمنی (گرین والد، مگ قی و شوارتز[[167]](#footnote-167)،1998؛ به نقل از پناهنده، 1391)، تکالیف تکمیل اصل کلمه (کرسنر[[168]](#footnote-168) و همکاران، 1998؛ به نقل از پناهنده، 1391)، پردازش مکرر (هاشر[[169]](#footnote-169) و زاکس[[170]](#footnote-170)، 1979؛ به نقل از پناهنده، 1391)، تشخیص ادراکی (کرسنر و همکاران، 1998؛ به نقل از پناهنده، 1391) و تکالیف تصمیم گیری واژگانی (کرسنر و همکاران، 1998؛ به نقل از پناهنده، 1391)، می‌باشد.

**2-1-5- شرطی سازی ارزشی**

یکی از تاثیرگذارترین ایده‌ها در روان‌شناسی این است که رفتار انسان، به مقدار زیادی با دوست داشتن‌ها و دوست نداشتن‌ها هدایت می‌شود. در طول سه دهه گذشته، روان‌شناسی اجتماعی به میزان زیادی به نقش سازوکارهای شرطی سازی به عنوان منبعی از دوست داشتن و نداشتن افراد گرایش نشان داده است (والتر[[171]](#footnote-171)، ویل [[172]](#footnote-172)و داسینگ[[173]](#footnote-173)، 2011). اغلب محرک اول به عنوان محرک شرطی (CS) و محرک دوم به عنوان محرک غیرشرطی (US) نامیده می‌شود. روش شرطی سازی ارزشی (EC) شکلی از شرطی سازی پاولفی بوده که در آن تغییری در پاسخ به CS ایجاد شده که نشات گرفته از جفت‌سازی CS با US است. در حالی‌که شرطی سازی پاولفی می‌تواند اشاره به تغییر در هر نوع پاسخی داشته باشد. EC تنها به تغییر در پاسخ ارزشی به CS مربوط می‌شود (دی هائر، 2007). پژوهش‌های EC جدید با کار لوی و مارتین که برنامه تصویر– تصویر را معرفی کردند، آغاز شد. در ابتدا آزمودنی‌ها مجموعه‌هایی از تصاویر را به گروه‌های دوست داشتنی، دوست نداشتنی و خنثی طبقه بندی کرده و در مرحله بعدی، کارت‌های خنثی ابتدایی CS با کارت‌های مثبت، منفی و خنثی دیگر با هم ارائه می‌شوند. ارزیابی‌های"دوست داشتن" بعدی نشان داد که بار هیجانی CSها که با US دوست داشتنی یا دوست نداشتنی جفت شده بود، در جهت بار هیجانی US تغییر کرده بود. بعد از این پژوهش‌های ابتدایی EC در حوزه‌های بسیار گوناگونی آزمون شد که شامل روان‌شناسی یادگیری، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی مصرف کالا، پژوهش‌های هیجانی، علم عصب شناسی، علم تغذیه است. اصول شرطی سازی ارزشی عبارت‌اند از: الف) شرطی سازی ارزشی به طور خاص اشاره به تغییراتی در علاقه به یک محرک داشته که از جفت‌سازی آن محرک با دیگر محرک‌های مثبت و منفی ناشی می‌شود (دی هائر، توماس و بائینز، 2001). یک برنامه شرطی سازی ارزشی معمول شامل جفت‌سازی محرک‌های خنثی با محرک‌های دوست داشتنی یا دوست نداشتنی است. در پی این جفت‌سازی، آزمودنی‌ها محرک خنثی را در جهت بار هیجانی محرک دارای بار هیجانی ارزش‌گذاری می‌کنند (بکاس،2005، به نقل از پناهنده، 1391).

ب) شرطی سازی ارزشی بر آگاهی از رابطه تکیه ندارد. برخلاف شرطی سازی پاولفی که به طور کلی تنها زمانی اتفاق می‌افتد که آزمودنی‌ها از وابستگی بین CS و US آگاهی دارند، به نظر نمی‌رسد که شرطی سازی ارزشی تکیه بر آگاهی از رابطه داشته باشد. مروری بر پژوهش‌های دی هائر، هندریکس و بائینز (1997) نشان می‌دهد که شرطی سازی ارزشی مستقل از آگاهی از رابطه است. ج) شرطی سازی ارزشی به میزان زیادی مقاوم به خاموشی است (دی هائر، توماس و بائینز، 2001). همچنین مطالعات گوناگون در فاصله‌های مختلف زمانی مرحله پیگیری از انجام مداخله گزارش کرده‌اند که اثرات EC هنوز به قوت خود باقی بود (بائینز، کرومبز، ون دن برق[[174]](#footnote-174) و الن، 1989).

د) شرطی سازی ارزشی حساس به روش‌های شرطی سازی تقابلی است (دی هائر، توماس و بائینز، 2001). شرطی‌سازی تقابلی برای حذف پاسخی که قبلاً از طریق جفت‌سازی CS با US ایجاد شده، استفاده شده است. بائینز، الن، ون دن برق و کرومبز (1989) توضیح داده‌اند که شرطی سازی تقابلی می‌تواند در برنامه‌های شرطی سازی ارزشی تاثیرگذار باشد. علاوه بر این، شواهدی وجود داشته که روش شرطی سازی تقابلی سبب کسب بار هیجانی مخالف در تصویر خنثی می‌شود (به عنوان مثال از دوست داشتنی به دوست نداشتنی و بالعکس) (بکاس، 2005؛ به نقل از پناهنده، 1391). این یافته‌ها بیان کنندهٔ حساسیت یادگیری ارزشی انسان به اطلاعات کنونی در محیط است، به خصوص اگر اطلاعات جدید متضاد اطلاعات قبلاً یادگرفته شده باشد (بائینز و همکاران، 1989). یادآوری این نکته لازم است که این تغییر در ترجیح هیجانی حتی در آزمودنی‌هایی که هیچ نوع رابطه‌ای گزارش نکرده بودند نیز دیده شد. همچنین، این نتایج نشان داده‌اند که شرطی سازی تقابلی می‌تواند روش مفیدی برای تغییر پاسخ‌های ناسازگارانه و مشکل‌ساز در محرک‌های مشخصی باشد (بکاس، 2005؛ به نقل از پناهنده، 1391). در نهایت دی هائر و همکارانش (2001) بیان می‌کنند که از نظر مفهومی شرطی سازی ارزشی در مقایسه با شرطی سازی پاولفی با یادگیری انتظاری، می‌تواند نوعی از یادگیری ارجاعی در نظر گرفته شود. در شرطی سازی پاولفی، حضور و ارائه CS ((به عنوان مثال، صدای زنگ) منجر به انتظاری واضح شده کهUS (به عنوان مثال، غذا) در آینده نزدیک واقعاً اتفاق خواهد افتاد. نیروی رابطه بین US و CS به میزانی وابسته بوده که CS پیش‌بینی‌کنندهٔ قابل اعتمادی از US باشد. اگر US روی ندهد، احتمالاً خاموشی اتصال CS- CR اتفاق می‌افتد. در مقابل در شرطی سازی ارزشی حضور CS منجر به فعال‌سازی آگاهانه و ناآگاهانه US بدون درگیری در هیچ نوع توقع و انتظاری از روی دادن US می‌شود؛ حتی اگر US اتفاق نیفتد CS منجر به CR خواهد شد.

**2-1-5-1- شرطی‌سازی ارزشی و شرطی‌سازی پاولفی**

درحالی‌که برخی پژوهشگران بحث کرده‌اند که اساساً شرطی‌سازی ارزشی (EC) از دیگر شکل‌های شرطی‌سازی پاولفی (PC) متفاوت است (بائینز و دی هائر، 1994)، دیگران تردیدهایی درباره این ادعا ابراز کرده‌اند (لیپ[[175]](#footnote-175) و پورکیس[[176]](#footnote-176)، 2005). بحث بر سر یگانگی EC اساساً متمرکز بر تاثیر آگاهی از رابطه و روش‌های خاموشی است. چندین مطالعه، EC راحتی زمانی‌که آزمودنی‌ها از رابطه CS-US آگاهی نداشته‌اند، گزارش کرده‌اند (بائینز، الن و ون‌دن‌برق، 1990). چنین یافته‌هایی قابل ملاحظه است، زیرا دیگر اشکال شرطی‌سازی پاولفی وابسته به آگاهی از CS-US هستند (لووی‌باند[[177]](#footnote-177) و شانکس، 2002) با این حال دیگر مطالعات نشان داده‌اند که EC بعد از آن‌که آزمودنی‌ها از رابطه بین US-CS آگاه شدند اتفاق می‌افتد (استال[[178]](#footnote-178)، آنکلباخ[[179]](#footnote-179) و کرنیل[[180]](#footnote-180)، 2009).

با در نظر گرفتن تاثیر روش‌های خاموشی، چندین مطالعه دریافته‌اند که اهمیت EC با ارائه‌های CS جفت نشده که بعد از جفت‌های CS-US اتفاق افتاده‌اند بی تاثیر است (دیاز[[181]](#footnote-181)، روئیز[[182]](#footnote-182) و بائینز، 2005) با این حال، دیگر پژوهشگران گزارش کرده‌اند که ارائه‌های CS جفت نشده کاهش معنی‌داری بر اثرات EC دارد (لیپ، اوتون[[183]](#footnote-183)، لولیور[[184]](#footnote-184)، 2003) به علاوه عدم قطعیت در مورد تاثیر معنی‌دار رابطه بین CS و US در طی اکتساب باقی‌مانده که یعنی درباره تاثیر ارائه‌های CS و US جفت نشده که با جفت‌سازی US-CS مرحله یادگیری درهم آمیخته شده است. به طور خلاصه هنوز نامشخص است که آیا متغیرهایی وجود دارد که تاثیر متفاوتی بر EC در مقایسه با دیگر شکل‌های شرطی‌سازی ارزشی داشته باشد یا خیر.

**2-1-5-2- شباهت‌های شرطی‌سازی ارزشی (EC) و شرطی‌سازی پاولفی (PC**)

در شرطی‌سازی پاولفی، نیروی تداعی بین CS و US با افزایش تعداد کوشش‌ها کم کم افزایش می‌یابد. برخی از مطالعات EC چنین تغییر تدریجی معناداری در ارزش اثر CS با افزایش تعداد کوشش‌ها پیدا کرده است (بائینز و همکاران، 1992) اما دی هائر و همکارانش (2001) بیان می‌کنند که چنین اکتساب تدریجی اثر، در مورد شرطی‌سازی ارزشی کاملاً صادق نیست. این موضوع را می‌توان با بحث در مورد شکل‌گیری تداعی ارزشی که سریع اتفاق افتاده، توضیح داد. در واقع، انتقال معنی‌دار اثر می‌تواند بعد از فقط یک جفت‌سازی از CS و US نیز نشان داده شود (استوارت و همکاران، 1987). همچنین چندین ویژگی عملکردی از EC همسو با PC است. یکی از این ویژگی‌ها مرتبط با آن است که EC حساس به روش شرطی‌سازی تقابلی است. در توضیح شرطی‌سازی تقابلی از ارزش موثر بدست آمده، بائینز و همکاران (1989) یک مطالعهٔ EC تصویر-تصویر انجام دادند. پس از نمره‌گذاری پایه از تصاویر، CS های خنثی با US های مثبت و منفی جفت شدند. بعد از مرحلهٔ اکتساب که CS ها به عنوان مثبت‌تر (زمانی‌که با یک تصویر دوست‌داشتنی جفت شدند) یا منفی‌تر (زمانی‌که با یک US منفی جفت شدند) نمره‌گذاری شد، نشانهٔ EC آشکار شد. پس از آن، برخی از CS ها را اکنون با یک US با ارزش هیجانی مخالف نسبت به مرحلهٔ قبل جفت شدند. پس از این مرحله از آزمایش، آزمودنی‌ها، تمام CS ها را دوباره نمره‌گذاری کردند. نمره‌گذاری CS ها که با US دارای ارزش هیجانی مخالف جفت شده بود به سطح پایه بازگشت در حالی‌که ارزیابی دیگر CS ها در مقایسه با نمره‌گذاری‌های مرحله اول تغییر نکرد. به نظر می‌رسد که شرطی‌سازی ارزشی نیز مانند شرطی‌سازی پاولفی، به اثرات قبل از مواجههٔ محرک حساس است. به عنوان نمونه، استوارت و همکاران (1987) توضیح دادند که مواجهه قبلی US-CS را ضعیف می‌کند. اخیراً دی هائر، بائینز، ون استین وگن و الن (2000) نیز نشانه‌هایی پیدا کرده‌اند که مواجهه قبلی با CS ممکن است انتقال هیجان به این CS در EC بعدی را تضعیف کند. مشابه این، EC نیز به مواجهه قبلی US حساس است (هافمن[[185]](#footnote-185)، دی هائر، پروگینی[[186]](#footnote-186)، بائینز و کرومبز، 2010). همرل[[187]](#footnote-187)، بلوچ[[188]](#footnote-188) و سیلورتون[[189]](#footnote-189) (1997) دریافتند که مواجهه قبلی مکرر US در یک مطالعه تصویر- تصویر، EC را تضعیف کرده که همسو با یافته‌هایی است که مواجهه قبلی US منجر به کاهش پاسخ شرطی در PC می‌شود. اثر دیگر که همخوان با یافته‌هایی در PC است، حساسیت به ارزیابی دوباره US درEC می‌باشد. پژوهش تصویر-تصویری با استفاده از تصاویر صورت‌های انسان انجام شد. بعد از مرحلهٔ ابتدایی، US ها با همراهی تصویر دوست‌داشتنی با صفات منفی و تصویر دوست‌نداشتنی با صفات مثبت دوباره ارزیابی شدند. نمرات CS تغییری در جهت شبیه به تغییر در ارزش هیجانی US به علت ارزیابی دوباره نشان داد که این اثر در پیگیری یک ماهه نیز هنوز وجود داشت (بائینز، الن، کرومبز و ون دن برق، 1992).

**2-1-5-3- تفاوت‌های شرطی‌سازی ارزشی و شرطی‌سازی پاولفی**

با وجود اینکه شرطی‌سازی ارزشی به نظر بسیار شبیه به شرطی‌سازی پاولفی است، تفاوت‌های مهم و قابل ملاحظه‌ای بین آن‌دو وجود دارد. به عنوان مثال مجاورت بین CS و US در توضیح شرطی‌سازی پاولفی مهم است که به‌طور قطع در مورد شرطی‌سازی پاولفی نیز حقیقت دارد؛ اما بر خلاف PC که بیش‌ترین یادگیری زمانی روی داده که CS قبل از US بیاید (یعنی روش شرطی‌سازی تاخیری[[190]](#footnote-190)، EC به خصوص زمانی بهترین کارایی را دارد که CS و US دارای بار هیجانی ترکیبی ارائه شوند (یعنی روش شرطی‌سازی همزمان[[191]](#footnote-191)) (روزین[[192]](#footnote-192)، رزنسیوسکی[[193]](#footnote-193)، بایرنز[[194]](#footnote-194)، 1998). علاوه بر این مخالف یافته‌های کلی شرطی‌سازی پاولفی، شرطی‌سازی ارزشی با استفاده از روش شرطی‌سازی رو به عقب[[195]](#footnote-195) که US قبل از ارائه CSآمده نیز عمل کرده است (استوارت[[196]](#footnote-196)، شیمپ[[197]](#footnote-197) و انگل[[198]](#footnote-198)، 1987) که لازم به یادآوری است این اثر همیشه به‌دست نمی‌آید. یک اختلاف قابل ملاحظه با PC این یافته بوده که رابطه، نقش مهمی در انتقال اثر بازی نمی‌کند. بائینز و همکارانش (1993) میزان رابطه بین CS و US را در یک مطالعه تصویر- تصویر دستکاری کردند. انتقال اثر نشان‌دهنده شرطی‌سازی ارزشی، بین یک گروه که در آن CS همیشه با US جفت شده و گروه دیگری که CS در نیمی از کوشش‌ها با US جفت شده و گروهی که در آن CS تنها در یک سوم از کوشش‌ها با US ها جفت شده بود، تفاوت نداشت. فرد نیازی به آگاهی از رابطه بین CS و US ندارد. با وجود اینکه هنوز بحث قابل ملاحظه‌ای درباره طبیعت ضمنی شرطی‌سازی ارزشی وجود دارد؛ نتیجه کلی اینست که در شرطی‌سازی ارزشی نیازی به آگاهی داشتن از رابطه بین CS و US نیست در حالی‌که این یک اصل در شرطی‌سازی پاولفی تلقی می‌شود (دی هائر و همکاران، 2001). تفاوت مهم دیگر با شرطی‌سازی پاولفی در میزان مقاومت به خاموشی است. شرطی‌سازی ارزشی بسیار مقاوم به خاموشی است در حالی‌که شرطی‌سازی پاولفی، در پاسخ یادگیری شده با ارائه CS بدون US خاموش می‌شود (همچون مواجهه بدون تقویت پس از اکتساب) در شرطی‌سازی ارزشی بر بار هیجانی بدست آمده از CS تاثیر نمی‌گذارد (بائینز، کرومبز، هندریک و الن، 1995؛ دی هائر، بائینز، ون استین وگن و الن، 2000). این ضرورتاً بدین معنا نیست که شرطی‌سازی ارزشی از شرطی‌سازی پاولفی متفاوت است. پاسخ‌های پاولفی به شیوه دیگری خاموش نمی‌شوند. با ارائه CS پاولفی خارج از فرایند خاموشی (بدون وجود فرایند خاموشی) پاسخ‌های شرطی شده عموماً بهبود می‌یابند. این احتمال وجود دارد که اثر چنین تکراری، عامل مقاومت شرطی‌سازی ارزشی در برابر خاموشی است (باتن[[199]](#footnote-199)، 1993) درحالی‌که خاموشی پاسخ شرطی شده پاولفی در طول فرایند خاموشی اندازه‌گیری شده، خاموشی شرطی‌سازی ارزشی معمولاً بعد از اتمام فرایند خاموشی مورد بررسی قرار می‌گیرد. این احتمال وجود دارد که اندازه‌گیری ارزش هیجانی CS بعد از خاموشی، به عنوان موقعیت یا بافت جدیدی در نظر گرفته شده که به تکرار شرطی‌سازی ارزشی کمک می‌کند (لیپ و همکاران، 2003). در واقع لیپ و همکارانش (2003) خاموشی شرطی‌سازی ارزشی را زمانی‌که ارزش هیجانی CS در طی عمل خاموشی اندازه‌گیری می‌شد نشان دادند. با وجود اینکه خاموشی شرطی‌سازی ارزشی نسبت به خاموشی پاولفی ناقص‌تر و کندتر است، می‌توان گفت که شرطی‌سازی ارزشی به صورت استثنائی و نه کاملاً، مقاوم به خاموشی است. مشابه مقاومت به خاموشی، EC همچنان مقاوم به نوسان است. در یادگیری تمایزی پاولفی، پاسخ به CS زمانی‌که CS تقویت شده می‌تواند تحت کنترل نوسانی یا تقدم (تمایز مثبت ویژگی)[[200]](#footnote-200) حضور ویژگی محرک قرار گیرد. مشابه این، پاسخ به CS زمانی‌که تقویت شده می‌تواند تحت کنترل نوسانی غیاب ویژگی محرک قرار گیرد (تمایز منفی ویژگی). گفته شده است که ویژگی محرک موقعیتی برای تقویت CS (در مداخله تمایز مثبت ویژگی) یا تقویت نشدن آن (در مورد مداخله تمایز منفی ویژگی) فراهم می‌کند (رزکورلا[[201]](#footnote-201)،1985) در پژوهشی تکراری بائینز و همکارانش (1998) چنین زمینه موقعیتی در شرطی‌سازی ارزشی را رد کرده‌اند. در نتیجه می‌توان گفت که در مطالعات بسیاری شرطی‌سازی ارزشی شبیه به شرطی‌سازی پاولفی است. با این حال در نظر گرفتن ویژگی‌های خاص شرطی‌سازی ارزشی به خصوص مقاومتش در برابر خاموشی و عدم اهمیت آگاهی از رابطه، شرطی‌سازی ارزشی معمولاً به عنوان شکلی از یادگیری محرک-محرک تداعی‌گرایانه در نظر گرفته شده است که از نظر کیفی متفاوت از شرطی‌سازی پاولفی است (دیوی[[202]](#footnote-202)، 1994).

**2-1-5-5- رویکردهای نظری شرطی سازی ارزشی**

پیشرفت کمی در مورد ماهیت فرایندهای ذهنی مسئول EC انجام شده است. چندین دیدگاه نظری برای EC بیان شده است که به طور خلاصه پنج طرح اصلی EC در ادامه می‌آید (هافمن و همکاران، 2010).

**2-1-5-5-1- دیدگاه انتسابی**

بائینز و همکاران (1993) فرض کرده‌اند که دو نوع شرطی سازی پاولفی وجود دارد که هر دو بر پایهٔ سازوکارهای ساده‌ای از شکل‌گیری تداعی هستند. اولین نوع یادگیری تداعی‌گرایانه روابط پیش‌بین را در نظر گرفته که توسط آن، CS نشانه‌ای برای ارائه قریب الوقوع US می‌شود (بائینز، الن، کرومبز، ون دن برق، 1992). فرض شده است که این نوع نشانه یا یادگیری انتظاری با رابطه بین CS-US تعیین شده و زمینه بیشتر موارد شرطی سازی پاولفی است. نوع دوم یادگیری تداعی‌گرایانه روابط صرفاً ارجاعی را در نظر می‌گیرد. در یادگیری ارجاعی، CS محرکی شده که به سادگی بازنمایی‌های ذهنی US را بدون ایجاد انتظار و توقعی برای روی دادن US فعال می‌کند. برای نمونه نام بردن از غذایی که فرد دوست دارد، باعث گرسنگی فرد می‌شود بدون آنکه ضرورتاً انتظاری برای خوردن آن غذا وجود داشته باشد. فرض شده است که یادگیری انتسابی با همزمانی صرف محرک‌ها و نه در رابطه، اتفاق افتاده که این نوع یادگیری فرض زیربنایی EC را تشکیل می‌دهد (بائینز و همکاران، 1992). به این دلیل که یادگیری انتسابی با همزمانی محرک‌ها (در مقایسه با رابطه بین رویدادها) به پیش رفته دیدگاه انتسابی پیش‌بینی کننده مقاومت EC به خاموشی است. در نهایت به این دلیل که فرض شده است یادگیری انتسابی بخشی از سازوکارهای شکل‌گیری تداعی‌های خودکار ابتدایی بوده، این دیدگاه بیان می‌کند که آگاهی آشکار از رابطه‌های CS-US برای روی داد EC ضروری نیست (هافمن و همکاران، 2010).

**2-1-5-5-2- دیدگاه کل‌گرایانه**

بر اساس دیدگاه کل‌گرایانه (لوی[[203]](#footnote-203) و مارتین[[204]](#footnote-204)،1975) همزمانی CS و US به طور خودکار منجر به شکل‌گیری بازنمایی کلی شده که عناصر محرک هر دو CS و US و همچنین بار هیجانی US را رمزگردانی می‌کند. با یک بار شکل‌گیری بازنمایی کلی، CS این بازنمایی و بنابراین ارزیابی که مرتبط با US شده را فعال می‌کند. با وجود اینکه مارتین و لوی (1994) از اصطلاح تداعی‌گرایانه استفاده نکرده‌اند، الگو می‌تواند شبه تداعی‌گرایانه در نظر گرفته شود. به دلیل اینکه فرض شده است، CS شبیه فرایندهای الگوی تکامل در شبکه‌های تداعی، می‌توان فعال‌سازی ساختار اطلاعات بزرگ‌تر که یک جز یا مولفه شده را به طور خودکار دارد. الگوی کلی، پیش‌بینی کرده است که تغییرات شرطی شده در علایق بیشتر وابسته به همزمان روی دادن CS-US است. ارائه CS به تنهایی نباید ارائه کلی و بنابراین تغییر شرطی شده در علایق را نیز تغییر دهد؛ بنابراین، فرض شده است که EC به خاموشی مقاوم است. درست مانند دیدگاه انتسابی دیدگاه کل‌گرایانه نیز بیان کرده است که EC وابسته به آگاهی از رابطه CS-US نیست (هافمن و همکاران، 2010).

**2-1-5-5-3- دیدگاه اسناد نادرست ضمنی**

اخیراً جونز، اولسون[[205]](#footnote-205) و فازیو (2009)، نظریه اسناد نادرست ضمنی را پیشنهاد کرده‌اند که نقاط مشترک بسیاری با دیدگاه کل‌گرایانه مارتین و لوی دارد. بر اساس نظر جونز و همکارانش (2009) واکنش ارزیابانه که توسط US و مرتبط با CS بوده موجب یادگیری شده است. نتیجه بازنمایی تداعی‌گرایانه می‌تواند به عنوان معادل یک بازنمایی کلی دیده شده که شامل ویژگی‌های محرک CS و تنها مولفهٔ پاسخ ارزیابانه US است؛ مانند مارتین و لوی، جونز و همکارانش فرض کرده‌اند که EC می‌تواند در غیاب آگاهی از رابطه CS-US اتفاق افتد. با این حال جونز و همکارانش بیان کرده‌اند که EC وابسته به فرایند اسناد نادرست ضمنی است؛ زیرا واکنش‌های هیجانی به محرک‌های تجارب پدیدارشناسی گول زننده بوده و ممکن است اغلب منبع واقعی چنین تجاربی روشن نباشد (راسل[[206]](#footnote-206)، 2003). احتمالاً پاسخ‌های ارزیابانه به US به صورت غیرمستقیم و در طی شرطی سازی به CS نسبت داده می‌شوند. فرض شده است که چنین اسناد نادرست ضمنی از تجارب هیجانی در مراحل ابتدایی پردازش ادراکی شناختی اتفاق افتاده و بنابراین وابسته به ارزیابی آشکار و آگاهانه از CS یا US نیست. با این حال، هر متغیری که بر احتمال اسناد نادرست بار هیجانی US به CS تاثیر گذاشته بر EC نیز تاثیرگذار است. هر چند جونز و همکارانش، تاثیر تعدادی از این گونه محرک‌ها مانند مجاورت فضایی را مشاهده کرده‌اند (یعنی احساسات، به احتمال بیشتری به CS ها که از نظر فضایی به US نزدیک بوده نسبت داده می‌شوند). همچنین دیدگاه اسناد نادرست پیش‌بینی می‌کند که افزایش میزان همپوشی بین US و CS به احتمال بیشتری اسناد نادرست را ایجاد می‌کند (جونز و همکاران، 2009)؛ بنابراین اثرات EC برای محرک‌هایی که هماهنگ در شباهت ادراکی بوده و برای محرک‌هایی شبیه‌تر بیشتر است. علاوه بر این احتمالاً US های دارای بار هیجانی متوسط، منجر به اثرات قویتر EC نسبت به US های دارای بارهیجانی قوی می‌شوند. این به دلیل آن بوده که احتمال خطا در شناسایی منبع احساسات ایجاد شده با US های دارای بار هیجانی قوی کمتر است. در نهایت ممکن است اسناد نادرست ضمنی در موارد آگاهی رابطه پایین، بهترین عملکرد را داشته باشد، زیرا چنین آگاهی می‌توانست US و جوانب ارزیابانه‌اش را برجسته کرده و احتمال اسناد نادرست به CS را کم کند؛ بنابراین در حالی‌که دیدگاه‌های ارجاعی و کل‌نگرانه پیش‌بینی کرده‌اند، EC مستقل از آگاهی رابطه است، گزارش اسناد نادرست ضمنی نوعی رابطه منفی بین این دو را پیش‌بینی کرده است.

**2-1-5-5-4- دیدگاه طبقه‌بندی مفهومی**

بر اساس نظر دیوی (1994)، EC ممکن است نتیجهٔ شکل‌گیری تداعی‌ها نبوده بلکه نتیجه یادگیری مفهومی باشد. به خصوص ممکن است تغییری در علاقه به CS اتفاق افتد زیرا جفت‌سازی CS و US آن ویژگی‌های CS را که مشترک به US بوده برجسته می‌کند. در نتیجه، CS به احتمال بیشتری به عنوان محرک دوست داشتنی (یا دوست نداشتنی) طبقه بندی می‌شود. به عنوان مثال، یک صورت خنثی را تصور کنیدکه ویژگی‌های چشمان قهوه‌ای، صورت کشیده، لب‌های پر و موهای بلند دارد. حال تصور کنید که این صورت خنثی به طور مکرر با یک US دوست داشتنی ارائه شده که ویژگی‌هایی چون چشمان آبی، صورت گرد، لب‌های پر و موهای بلند دارد. بر اساس دیدگاه جفت‌سازی CS-US برجستگی ویژگی‌های مشترک CS با US (یعنی لب‌های پر و موهای بلند) را افزایش خواهد داد. به این علت، ممکن است جفت‌سازی، ارزیابی از صورت را به میزانی تغییر داده که به عنوان محرکی دوست داشتنی طبقه‌بندی شود. الگوی دیوی (1994) پیش‌بینی کرده است که EC اساساً وابسته به وقوع همزمان تعداد معینی از CS و US ها (به جای وقوع تصادفی آن‌ها) است که در نتیجه برخی از ویژگی‌های برجسته CS تغییر می‌یابند. با افزایش اهمیت ویژگی‌های معینی از CS، تغییرات حاصل شده در اهمیت (و بنابراین علاقه به این جنبه‌ها) حتی زمان ارائه CS یا US در زمان دیگری نیز ادامه دارند؛ بنابراین، EC مقاوم به خاموشی بوده و در نهایت تاثیرات آن باید محدود به مواردی شود که در آن CS و US ویژگی‌های مشترکی دارند؛ بنابراین تاثیرات EC زمانی که CS و US به کیفیت‌های متفاوتی متعلق بوده مورد انتظار نیست (یا حداقل احتمال آن کمتر است) (هافمن و همکاران، 2010).

**2-1-5-5-6- دیدگاه گزاره‌ای**

دیدگاه گزاره‌ای، این احتمال را در نظر گرفته است که همه شکل‌های یادگیری تداعی‌گرایانه شامل EC، وابسته به شکل هدفمند و ارزیابی حقیقی از گزاره‌ها در مورد روابط CS-US هستند (دی هائر، 2007). گزاره‌ها می‌توانند به عنوان بیاناتی در مورد رویداددهای جهان تعریف شده که تا حدی متفاوت با آن چیزی است که اعتقاد بر درست بودن آن است. دیدگاه گزاره‌ای در مورد EC، بیان می‌کند که علاقه به CS تنها بعد از اینکه آزمودنی‌ها گزاره‌ای آگاهانه که CS با یک US دارای بار هیجانی جفت شده (یا به طور همزمان اتفاق افتاده است) را شکل داده، تغییر خواهد کرد، با وجود اینکه این الگو همیشه توضیح نمی‌دهد چگونه دانش گزاره‌ای منجر به تغییر در علایق شده؛ فرض شده است که شکل‌گیری گزاره درباره روابط CS-US گام میانجی ضروری است. یک روش احتمالی برای روی دادن آن، اینست که آزمودنی‌ها از دانش گزاره‌ای روابط CS-US برای تعیین میزان علاقه به CS استفاده کنند. به عنوان نمونه این واقعیت که CS با US جفت شده توجیهی برای عدم علاقه به CS است (دی هائر و همکاران، 2005). به این دلیل که فرض شده است شکل‌گیری گزاره در مرتبه بالاتری از فرایند ذهنی بوده، دیدگاه گزاره‌ای پیش‌بینی کننده وابستگی ECبه آگاهی از رابطه CS-US (و تمام متغیرهایی که شکل‌گیری آگاهی از رابطه را ارتقا داده یا مانع آن شده و به عقب می‌رانند) است. علاوه بر این، EC با متغیرهای مربوط به توان شکل‌دهی گزاره‌ها (به عنوان مثال، منابع پردازش کافی) میانجی‌گری می‌شود؛ بنابراین این دیدگاه EC را در غیاب آگاهی رابطه فرض نکرده است و علاوه بر این، نسبتاً در مورد نقش رابطه در مقایسه با همزمانی محرک‌ها سکوت اختیار کرده است. از طرف دیگر ممکن است که EC با گزاره‌هایی در مورد رابطه بین CS و US میانجی‌گری شود، زیرا رابطه بیشتر این عقیده که ارائه CS و US مرتبط بوده را قوی‌تر می‌کند. از طرف دیگر، گزاره‌هایی که تحت EC وجود داشته نیز به این واقعیت که CS و US همزمان اتفاق افتاده محدود شده‌اند (هافمن و همکاران، 2010).

**2-1-5-6- کاربردهای شرطی سازی ارزشی**

کاربردهای متفاوتی برای شرطی سازی ارزشی برشمرده‌اند. افراد سعی داشته تا نگرش‌های خود را از طریق فنون شرطی سازی ارزشی تغییر دهند. تاثیرگذاری بر رفتار مصرف کننده، مورد دیگری بوده که از کاربردهای شرطی سازی ارزشی است (دیجکسترهویس، آرتس[[207]](#footnote-207)، اسمیت[[208]](#footnote-208)، 2005).

**2-2- پیشینه عملی**

اضطراب اجتماعی نشانگر میزان تمایل به مضطرب بودن در موقعیت‌های اجتماعی است و مبین ترس از طرد شدن از سوی دیگران نیز می‌باشد (زارب[[209]](#footnote-209)، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، 1383؛ به نقل از محمدی و سجادی نژاد، 1386). نتایج تحقیقات متعدد نشان داده است که عوامل زیادی در شکل‌گیری و تکوین اضطراب اجتماعی سهیم هستند. نیل[[210]](#footnote-210) و ادلمن[[211]](#footnote-211) (2003) در خصوص بررسی سبب شناسی اختلال اضطراب اجتماعی به این نتیجه رسیدند که تغییر مزاج و خلق و خو، انگیزش‌های رفتاری، سبک‌های فرزندپروری، مشکلات روابط با همسالان و درون‌سازی در زمینه‌سازی ایجاد اختلال اضطراب اجتماعی موثر است. همچنین نیسی، شهنی ییلاق و فراشبندی (1384) دریافتند که عدم وجود حمایت اجتماعی و رابطه امن که در پرتو حمایت اجتماعی دیگران به وجود می‌آید، موجب کاهش تصور مثبت فرد از خود و در نتیجه زمینه بروز اضطراب اجتماعی می‌شود.

 پژوهش‌های بین جنسیتی اختلال اضطراب اجتماعی حاکی از آن است که عامل جنس بر بعد شناختی اضطراب اجتماعی اثرمعنادار دارد و الگوی آسیب‌پذیری دو جنس در برابر ارزیابی‌های منفی دیگران، مشابه است (گراوند، افضلی، شکری، پارسیان، پاکلک، خدایی و طولابی، 1389). همچنین ایندر بیتزن- نولان[[212]](#footnote-212) و والترز[[213]](#footnote-213) (2000) دریافتند که که اگرچه دختران در مقایسه با پسران در موقعیت‌های اجتماعی جدید، رفتارهای اجتنابی بیشتری دارند، اما میزان این تفاوت نسبتاً کم است. در ادامه این پژوهش دریافته شد که ترس از ارزیابی منفی، نگرانی درباره تصور از خود در دختران بیشتر از پسران است (ایندربیتزن- نولان و والترز، 2000؛ پاکلک[[214]](#footnote-214) و ویدک[[215]](#footnote-215)، 2008). از سوی دیگر، بین دو جنس از نظر مولفه‌های رفتاری اضطراب اجتماعی تفاوتی وجود ندارد (پاکلک و ویدمار[[216]](#footnote-216)، 2000).

پژوهش آمرینجن[[217]](#footnote-217)، مانسینی[[218]](#footnote-218)، استین[[219]](#footnote-219) و دانیسون[[220]](#footnote-220)(1991) بیانگر وجود همبودی[[221]](#footnote-221) بین اختلال اضطراب اجتماعی با دیگر بیماری‌های روان‌پزشکی است. از جمله این اختلالات می‌توان به اختلالات خلقی اشاره کرد که از میان مجموعه اختلالات خلقی، اختلال افسردگی اساسی بیش‌ترین همبودی را با اختلال اضطراب اجتماعی دارد که که منجر به ایجاد عقاید منفی با ثبات بیشتری نسبت به خود در مقایسه با اضطراب اجتماعی که بدون افسردگی است؛ می‌شود (لیبوویتز، هورنیگ[[222]](#footnote-222)، جانسون[[223]](#footnote-223)، شنیر[[224]](#footnote-224) و ویسمن[[225]](#footnote-225)، 1992؛ به نقل از تنر[[226]](#footnote-226)، استوپا[[227]](#footnote-227) و دی هائر، 2006). در پژوهش ویتینگوم[[228]](#footnote-228)، استین [[229]](#footnote-229)و سوآفر [[230]](#footnote-230) (2002) اختلال مثانه خجالتی با اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی همبودی بالایی نشان داده است و در بررسی مقیاس اضطراب اجتماعی لیبوویتز وجود اضطراب بیشتر در عملکردهای اجتماعی را نسبت به تعاملات اجتماعی در این افراد تایید شده است.

هیمبرگ (1997؛ به نقل از کولز[[231]](#footnote-231)، ترور و هیمبرگ، 2001) با اعتقاد به وجود خطاهای شناختی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی اظهار کرده‌اند که یکی از مهم‌ترین خطاهای شناختی، ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران است. در این راستا، کنت[[232]](#footnote-232) و کوهان[[233]](#footnote-233) (2001) نیز نشان داده‌اند افرادی که به اضطراب اجتماعی مبتلا هستند، به دلیل اینکه خودشان را نسبت به ارزیابی منفی از جانب دیگران آسیب‌پذیر می‌بینند، از موقعیت‌های اجتماعی می‌ترسند و از چنین موقعیت‌هایی اجتناب می‌کنند. این افراد وقتی در موقعیت‌های اجتماعی قرار می‌گیرند، فکر می‌کنند که دیگران در حال نظارت، وارسی و ارزیابی منفی جنبه‌های رفتار، عملکرد و ظاهر آن‌ها هستند. پس اضطراب اجتماعی بر نحوه ادراک خود نیز تاثیر می‌گذارد؛ بر این اساس نوجوانان مضطرب در مقایسه با همسالان غیر مضطرب از ادراک‌های منفی بیشتری برخوردارند (پاکلک، 1997؛ به نقل از گراوند و همکاران، 1389) و احساس خود ارزشمندی کمتری را گزارش می‌کنند (لاگرکا[[234]](#footnote-234) و استون[[235]](#footnote-235)، 1993؛ به نقل از گراوند و همکاران، 1389). از سوی دیگر اضطراب اجتماعی شیوه پردازش اطلاعات اجتماعی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. افراد مضطرب همواره خود را در معرض مشاهده و انتقاد می‌بینند و همین احساس به شدت عملکرد آن‌ها را متاثر می‌سازد (پاکلک و ویدمار، 2000؛ به نقل از گراوند و همکاران، 1389).

همچنین با توجه به پژوهش‌های انجام گرفته می‌توان گفت خودارجاعی‌های منفی[[236]](#footnote-236) شامل ترس از ارزیابی منفی اجتماعی (انجمن روانپزشکی آمریکا، 2000؛ به نقل از باتن[[237]](#footnote-237)، برانینگ[[238]](#footnote-238)، مونافو[[239]](#footnote-239) و لوییس[[240]](#footnote-240)، 2012)، خود ارزیابی منفی (ولز، پاپاجورجیوس[[241]](#footnote-241)، 1908؛ به نقل از باتن، برانینگ، مونافو و لوییس، 2012) و تمایل به ارزیابی خود از دیدگاه مخاطبان (ولز، کلارک و احمد[[242]](#footnote-242)، 1998؛ به نقل از باتن، برانینگ، مونافو و لوییس، 2012) است که بخشی از مولفه‌های اضطراب اجتماعی را در بر می‌گیرد.

بر طبق پژوهش آلن[[243]](#footnote-243) و تیچمن[[244]](#footnote-244) (2007) مدل‌های شناختی در افراد با اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد که فقدان درک پذیرش از جانب دیگران منجر به پیش‌بینی اضطراب اجتماعی آشکار و ترس از ارزیابی منفی می‌شود. در حالی‌که فشارهای هیجانی ناشی از تعاملات همسالان نزدیک، ترس از ارزیابی منفی ضمنی را پیش‌بینی می‌کند. در ادامه پژوهش‌های بسیاری نیز این ارتباط را نشان داده‌اند که اضطراب اجتماعی با پذیرش کمتر از طرف همسالان و طرد شدن از سوی آن‌ها رابطه مثبت (ایندربیتزن- نولان، والترز و باکوفسکی[[245]](#footnote-245)، 1997؛ لاگرکا و استون، 1993؛ به نقل از گراوند و همکاران، 1389) و با برقراری روابط صمیمانه و مصاحبت با همسالان رابطه معکوس دارد (ورنبرگ[[246]](#footnote-246)، ابوندر[[247]](#footnote-247)، ایول[[248]](#footnote-248) و بیری[[249]](#footnote-249)، 1992؛ به نقل از گراوند و همکاران، 1389). نوجوانان با اضطراب اجتماعی بالا کمابیش ادراک پایینی از پذیرش اجتماعی، جاذبه احساسی و حمایت اجتماعی دارند (لاگرکا و لوپز[[250]](#footnote-250)، 1998؛ به نقل از گراوند و همکاران، 1389)؛ به ویژه نوجوانان دختر با اضطراب اجتماعی بالا در مقایسه با همسالان غیر مضطرب خود، احساس کفایت و صمیمیت کمتری را در روابط دوستانه گزارش می‌کنند.

 راپی و هیمبرگ (1997؛ به نقل از کولز، ترور و هیمبرگ، 2001) دریافتند که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از رفتارهای اجتنابی (عدم برقراری تماس چشمی) به منظور پیشگیری از ارزیابی‌های منفی دیگران استفاده می‌کنند. این چنین رفتارهایی ممکن است در کاهش ترس از ارزیابی منفی موقعیتی این افراد موثر باشد اما از دریافت بازخوردهای مثبتی که این افراد می‌توانند از دیگران در حین حضور در فضای اجتماعی بگیرند محروم شده و ترس از ارزیابی منفی‌شان تعدیل نمی‌شود. مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی برآورد می‌کنند به محضی که فرد در موقعیت اجتماعی قرار می‌گیرد الگوی خود نگری منفی به طور مختلی فعال می‌شود. منظور از خود نگری منفی تفاوت و تعارض بین ادراک از خود و استانداردهای دیگران است و سازه‌ای بی‌ثبات تلقی شده که در نهایت منجر به افزایش ترس از ارزیابی منفی می‌گردد (تنر، استوپا، دی هائر، 2006). همچنین بر اساس مدل ولز و کلارک (1997؛ به نقل از سیسلر[[251]](#footnote-251) و کاستر[[252]](#footnote-252)، 2010). زمانی که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی وارد یک موقعیت هراس آور اجتماعی می‌شوند افکار با تمرکز بر خودشان فعال گشته و روی به سبک‌های اسنادی درونی می‌آورند.

گرکا و استن (1993؛ به نقل از مسعودنیا، 1388) نیز نشان داده‌اند که افراد با سطوح بالای اضطراب اجتماعی، ادراک منفی بالایی از خود گزارش می‌کنند. در ادامه بررسی پژوهش‌ها، ویکس[[253]](#footnote-253)، هیمبرگ و رودباق (2008؛ به نقل از فرگاس[[254]](#footnote-254)، والنتینر[[255]](#footnote-255)، مک گراث[[256]](#footnote-256)، استفنسون[[257]](#footnote-257)، گیر[[258]](#footnote-258) و جنسیوس[[259]](#footnote-259)، 2009) مطرح کرده‌اند که افراد مضطرب اجتماعی نه تنها از ارزیابی منفی بلکه از ارزیابی مثبت نیز واهمه دارند؛ چرا که این افراد عملکرد خوب خود را به منزله توجه بیشتر دیگران نسبت به خود ارزیابی می‌کنند که به دنبال آن ترس از ارزیابی به وجود می‌آید. مطالعه ویکس، همیبرگ، رودباق و نورتن[[260]](#footnote-260) (2008) نیز نشان داد که ترس از ارزیابی مثبت با ناراحتی بیشتر هنگام دریافت بازخورد اجتماعی مثبت و باور ضعیف‌تر به درستی بازخورد مثبت اجتماعی دریافت شده مرتبط است و ترس از ارزیابی مثبت رابطه اضطراب اجتماعی و ناراحتی مربوط به بازخورد مثبت اجتماعی را میانجی می‌کند. از سوی دیگر در همین پژوهش ترس از ارزیابی منفی با احساس ناراحتی مربوط دریافت بازخورد مثبت و کاهش صحت ادراک شدهٔ بازخورد اجتماعی دریافت شده ارتباط نداشت. محققان از این یافته برداشت می‌کنند که بازنمایی سوگیرانه افراد دارای اضطراب اجتماعی ممکن است جنبه‌های مثبت تصویر خود را به همان اندازه جنبه‌های منفی آن شامل شود. بنا به نظر آلدن[[261]](#footnote-261) و والاس[[262]](#footnote-262) و (1995؛ به نقل از داوودی، صلاحیان و ویسی، 1391) افراد دارای اضطراب اجتماعی نگران‌اند که پس از دریافت نشانه‌های مثبت در تعامل اجتماعی، انتظار اطرافیان از آنان افزایش یابد و از سوی دیگر، بر این باورند که عملکرد آنان تغییر مثبت و رو به بهبودی نخواهد داشت. در نتیجه این باور، پیش‌بینی می‌کند که ارزیابی مثبت از جانب اطرافیان سرانجام به شکست آن‌ها منجر خواهد شد. ذکر این نکته ضروری است که این محققان ترس از ارزیابی مثبت را یک نوع تاخیری[[263]](#footnote-263) از ارزیابی منفی می‌دانند و آن را ترس از ارزیابی منفی متعاقب می‌نامند. بنا به نظر آن‌ها ترس از ارزیابی مثبت به صورت غیر مستقیم با اضطراب اجتماعی مرتبط است

در مطالعات امیر[[264]](#footnote-264)، فوآ[[265]](#footnote-265) و کولز (1998؛ به نقل از هرسن[[266]](#footnote-266) و راسکیست[[267]](#footnote-267)، 2008)، استوپا و کلارک (2000؛ به نقل از هرسن و راسکیست، 2008) به رابطه اضطراب اجتماعی با سوگیری منفی در خصوص تفسیر وقایع اجتماعی مربوط به خود پرداخته شده است. مطالعات بیشتر، از فرضیه وجود ارتباط بین اضطراب اجتماعی و توجه متمرکز بر خود این افراد حمایت می‌کند. فنیگستن[[268]](#footnote-268) (1975؛ به نقل از پناهنده، 1391) سازه خودآگاهی به معنای توجه به تمامی ابعاد خود که ممکن است مورد مشاهده و ارزیابی دیگران قرار بگیرد را تعریف کرده‌اند و ارتباط مثبت معناداری بین خودآگاهی و اضطراب اجتماعی گزارش نموده‌اند.

موسی[[269]](#footnote-269)، لپین[[270]](#footnote-270)، کلارک، مانسل[[271]](#footnote-271) و اهلرز (2003؛ به نقل از گاتلیب[[272]](#footnote-272)، کاش[[273]](#footnote-273)، ترایل[[274]](#footnote-274)، جورمن[[275]](#footnote-275)، آرنو[[276]](#footnote-276) و جانسون[[277]](#footnote-277)، 2004) نیز در بررسی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی در مقایسه با افراد بهنجار به سوگیری توجهی این افراد نسبت به کلمات تهدیدکننده اجتماعی اشاره نموده‌اند، درحالی که افراد بهنجار تمایل به اجتناب از این کلمات داشتند. هیرن[[278]](#footnote-278)، ریس[[279]](#footnote-279)، مک‌نالی[[280]](#footnote-280) و فیلیپات[[281]](#footnote-281) (2012) از طریق اجرای برنامه آموزش توجه پروب دات، بر روی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی دریافتند که این برنامه، سوگیری توجه را کاهش داده و توجه این افراد را بر محرک‌های غیرتهدیدکننده جابجا می‌کند.

با توجه به مدل شناختی اضطراب اجتماعی (کلارک و ولز، 1995؛ راپی و هیمبرگ، 1997؛ به نقل از سیسلر و کاستر، 2010) گلاشور، دو جنگ، پنینکس (2012) دریافتند که دیدگاه منفی نسبت به خود (دو هولو[[282]](#footnote-282)، دو جنگ، اسپورتال و ناتو،2011؛ به نقل از شرایبر[[283]](#footnote-283)، به ون[[284]](#footnote-284)، ادرکا[[285]](#footnote-285)، استینگر[[286]](#footnote-286) و استیل[[287]](#footnote-287)، 2012) و تداعی‌های ضمنی و آشکار نسبت به خود، نقش مهمی در نگهداری و تداوم این اختلال بازی می‌کند. در این راستا دید منفی نسبت به خود در ایجاد تفاوت بین ادراک از خود و استانداردهای دیگران دخیل است که نهایتاً منجر به افزایش ترس از ارزیابی منفی می‌شود. مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی فرض می‌کند که دیدگاه منفی مختل غیرشرطی نسبت به خود، زمانی فعال شده که فرد در موقعیت اجتماعی قرار می‌گیرد و به همین دلیل بی ثبات در نظر گرفته می‌شود (تنر، استوپا، دی هائر، 2006). پس به‌طور کلی می‌توان عوامل شناختی موثر در ایجاد و نگهداری اختلال اضطراب اجتماعی عبارت از خودارزیابی منفی شدید از عملکرد اجتماعی (کلارک و آرکوویتز[[288]](#footnote-288)،1975؛ به نقل از هارتمن، 1984)، تفسیر منفی از بازخوردهای اجتماعی (اسمیت و ساراسون[[289]](#footnote-289)، 1975؛ به نقل از هارتمن، 1984)، یادآوری بازخوردهای منفی بیشتر از بازخوردهای مثبت (اوبانیون[[290]](#footnote-290) و آرکوویتز، 1977؛ به نقل از هارتمن، 1984)، داشتن عقاید غیرمنطقی (گلدفراید[[291]](#footnote-291) وسابینسکی[[292]](#footnote-292)، 1975؛ به نقل از هارتمن، 1984)، داشتن عقاید منفی نسبت به خود (عزت نفس پایین) (کاسیپو[[293]](#footnote-293)، گلاس[[294]](#footnote-294) و مرلوتزی[[295]](#footnote-295)، 1979؛ به نقل از هارتمن، 1984) و داشتن استانداردهای بالا برای عملکردهای گوناگون (بندورا[[296]](#footnote-296)، 1977؛ به نقل از هارتمن، 1984) دانست و پرداختن به هریک از این عوامل می‌تواند راهبردی برای درمان این اختلال تلقی گردد. به نظر می‌رسد اضطراب اجتماعی زمانی پیشرفت می‌کند که فرد در راستای اهدافش حرکت نکند (شیر[[297]](#footnote-297) و کارور[[298]](#footnote-298)، 1986، 1999؛ اشلنکر[[299]](#footnote-299) و لری[[300]](#footnote-300)، 1982 به نقل از کوکووسکی[[301]](#footnote-301)، اندلر[[302]](#footnote-302)، 2000) اشلنکر و لیری (1982، به نقل از کوکووسکی، اندلر، 2000) با مطرح کردن مدل خود ارائه‌دهی در افراد اضطراب اجتماعی بیان می‌کنند که این افراد در صدد اثرگذاری بر دیگرانند اما احساس می‌کنند که در راستای تحقق این هدفشان ناتوان‌اند. افراد با خودآگاهی بالا در مجامع عمومی، هوشیاری بالاتری نسبت به ادراک دیگران و متعاقباً حساسیت بیشتری نسبت به ارزیابی منفی از جانب آن‌ها دارند (فنیگستین[[303]](#footnote-303)، 1977؛ به نقل از کوکووسکی، اندلر، 2000) در پژوهش کوکووسکی، اندلر (2000) خودآگاهی در میان جمع، به عنوان پیش‌بینی کننده اضطراب اجتماعی درنظر گرفته شده است.

در پژوهش آسندروف، بانس[[304]](#footnote-304)، موک[[305]](#footnote-305)، 2002؛ اگلف[[306]](#footnote-306) و اشماکل[[307]](#footnote-307)، 2002؛ اسپلدینگ[[308]](#footnote-308)، هاردین[[309]](#footnote-309)، 1999(به نقل از گلاشور، ورولینگ، دو جنگ، لنگ و دو کیجسر، 2012) به نقش پیش‌بینی‌کننده تداعی‌های خودکار در رفتارهای اضطرابی- برانگیختگی دانشجویان اشاره شده است. ارزیابی ضمنی و خودکار نقش مهمی در آسسیب‌شناسی‌های روانی (روف[[310]](#footnote-310) و همکاران، 2011)، اعتیاد (ویرز[[311]](#footnote-311) و استیسی[[312]](#footnote-312)، 2006) و تعاملات اجتماعی (فازیو و اولسون، 2003) ایفا می‌کند. اضافه بر این مطالعات نشان می‌دهد که تداعی‌های خودکار منفی نسبت به خود منجر به تشخیص‌گذاری در حوزه اختلال اضطراب اجتماعی و نگهداری آن در طول زمان می‌گردد (گلاشور، دو جنگ، 2010؛ به نقل از گلاشور، ورولینگ، دو جنگ، لنگ و دو کیجسر، 2012؛گلاشور، دوجنگ و پنینکس، 2012). این یافته در پژوهش گمر[[313]](#footnote-313)، اشماکل، لوکا کوس گریل[[314]](#footnote-314) و اگلف (2008؛ به نقل از گلاشور، ورولینگ، دو جنگ، لنگ و کیجسر، 2012) نیز تایید شده است. بک، امری و گرینبرگ (1996؛ به نقل از مسعودنیا، 1388) نشان دادند که افراد از نظر اجتماعی مضطرب، بیان‌های منفی از خود و باورهای منفی از ارزیابی خود بیشتری در مقایسه با افراد غیر مضطرب گزارش کردند. به اندازه‌ای که شناخت‌های معطوف بر ارزیابی‌های منفی از خود نقش مهمی در ایجاد و تداوم اضطراب اجتماعی ایفا می‌کند، باید انتظار سطوح پایین عزت نفس در افراد با اضطراب اجتماعی را داشت. پژوهش باتن، لوآن[[315]](#footnote-315)، دیویس[[316]](#footnote-316) و سگونا بارک[[317]](#footnote-317) (1997؛ به نقل از مسعودنیا، 1388) با بررسی بهزیستی روانی افراد نظریه بک، امری و گرینبرگ (1996) را تایید کرد بدین معنا که افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از عزت نفس پایین‌تری در مقایسه با افراد عادی برخوردارند که این یافته در پژوهش جودیت[[318]](#footnote-318)، لیزا[[319]](#footnote-319) و روث[[320]](#footnote-320) (1993؛ به نقل از نیسی، شهنی ییلاق و فراشبندی، 1384) نیز تایید شده است.

در بررسی ارتباط بین عزت نفس ضمنی و آشکار، برخی از پژوهش‌ها به وجود رابطه معنادار بین این دو متغیر اشاره کرده‌اند (لیبولد[[321]](#footnote-321) و مک‌کانل[[322]](#footnote-322)، 2001؛ لپور[[323]](#footnote-323) و برآون، 1997؛ کاواکامی[[324]](#footnote-324) و همکاران، 1998؛ ویتنبرینک[[325]](#footnote-325) و همکاران، 1997؛ به نقل از فازیو و اولسون، 2003) در حالی‌که برخی دیگر از پژوهش‌ها به عدم وجود رابطه معنادار بین عزت نفس ضمنی و آشکار اشاره کرده‌اند، بدین معنا که معتقدند عوامل تاثیرگذار بر عزت نفس عینی ممکن است به طور کاملاً متفاوتی بر عزت نفس ضمنی عمل کنند (فازیو و همکاران، 1995؛ گرینوالد و همکاران، 1998؛ رودمن و کیلانسکی[[326]](#footnote-326)، 2000؛ کاواکامی ودیویدو[[327]](#footnote-327)، 2001؛ منتیث[[328]](#footnote-328) و همکاران، 2001؛ دیویدو و همکاران، 2002؛ به نقل از فازیو و اولسون، 2003).

عزت نفس ضمنی پایین‌تر با نشانه‌های شدید اضطراب اجتماعی در مردان همراه است در حالی‌که هیچ‌گونه ارتباطی در رابطه با این متغیرها میان خانم‌ها مشاهده نشده است. به طور کلی تداعی‌های منفی خودکار با نشانه‌های اجتماعی و عزت نفس ضمنی پایین در شناخت فرایندهای زیربنایی اختلال اضطراب اجتماعی موثر است (کلاسک، ورولینگ، دو جنگ، لانگ، کیجسر، 2012).

باتن، مونافو، برانینگ، لویس (2012) در طی پژوهش خود دریافتند که عزت نفس ضمنی پایین با کاهش تداعی‌های مثبت و افزایش تداعی‌های منفی نسبت به خود همراه است. در این بین عزت نفس ضمنی پایین از طریق ادغام تداعی‌ها و خودارجاعی‌های منفی نسبت به خود می‌تواند منجر به اضطراب اجتماعی شود.

افراد با سطوح پایین عزت نفس به طور شدیدی به طرد اجتماعی حساس‌اند (براون، 2010؛ ریشتر[[329]](#footnote-329)، ریدوت[[330]](#footnote-330)، 2011؛ سامر[[331]](#footnote-331)، بائومیستر، 2002؛ به نقل از لی[[332]](#footnote-332)، زیگلر هیل، لو[[333]](#footnote-333)، یانگ[[334]](#footnote-334) و ژانگ[[335]](#footnote-335)، 2012). این حساسیت از این واقعیت نشئت می‌گیرد که افراد با عزت نفس پایین نسبت به دیگران میزان بیشتری از طرد اجتماعی را در طول زندگی‌شان تجربه کرده‌اند (هارتر، 1983؛ به نقل از لی، زیگلر هیل، لو، یانگ، ژیلا[[336]](#footnote-336)، زیاو [[337]](#footnote-337)و ژانگ، 2012). این سابقهٔ طرد اجتماعی ممکن است بتواند توضیحی برای بعضی الگوهای شناختی و رفتاری افراد با عزت نفس پایین که شامل تمایل به طرد (بالدوین[[338]](#footnote-338)،2009؛ به نقل از لی، زیگلر هیل، لو، یانگ، ژیلا، زیاو و ژانگ، 2012) شکست در به کار بردن راهبردهای پیشگیرانه طرد (سامر، بائومیستر، 2002؛ به نقل از لی زیگلر هیل، لو، یانگ، ژیلا، زیاو و ژانگ، 2012) و به طور شدید واکنش نشان دادن به طرد زمانی که به طور واقعی اتفاق می‌افتد (مورای[[339]](#footnote-339)، رز[[340]](#footnote-340)، بلاویا[[341]](#footnote-341)، هولمز[[342]](#footnote-342) وکوش[[343]](#footnote-343)، 2002؛ به نقل از لی، زیگلر هیل، لو، یانگ، ژیلا، زیاو و ژانگ، 2012).

کول[[344]](#footnote-344)، دیجکسترهوویس و ون نیپنبرگ[[345]](#footnote-345) (2001) رابطهٔ بین عزت نفس ضمنی و خودکاری را آزمون کرده و گزارش کردند که افراد، حروف تشکیل دهنده اسم خود را نسبت به دیگر حروف و مثبت‌تر ارزیابی کرده که بیان‌کننده وجود نوعی سوگیری مثبت نگری کلی در عزت نفس ضمنی است. این یافته در پژوهش تنر، استوپا و دی هائر (2006) در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی خود را نیز به‌صورت زیر نشان داده است؛ این افراد عقاید منفی بیشتری نسبت به خود در پرسشنامه نگرش اجتماعی نشان می‌دهند، همچنین در آزمون تداعی ضمنی نسبت به کلمات مثبت درباره خود و کلمات منفی درباره دیگران سوگیری بیشتری نشان می‌دهند. تحقیقات پیشینیان نشان می‌دهد که عزت نفس ضمنی به طور گسترده‌ای از افکار مثبت و احساساتی که از حس امن پذیرفته شدن و مورد احترام واقع شدن توسط دیگران پایه‌ریزی می‌شود (لیری، تردل[[346]](#footnote-346)، تمبر[[347]](#footnote-347) و داون[[348]](#footnote-348)، 1995 به نقل از به نقل از بکاس و همکاران، 2004). همچنین عزت نفس پایین که به حس عدم امنیت نسبت داده می‌شود؛ به رفتارهای پرخاشگرانه منجر می‌گردد (والنسیا[[349]](#footnote-349)، واف[[350]](#footnote-350) و کریک‌پاتریک[[351]](#footnote-351)، 2002؛ رزنسونیسکی[[352]](#footnote-352)، دانلان[[353]](#footnote-353)، روبین[[354]](#footnote-354)، مافیت[[355]](#footnote-355) و کاسپ[[356]](#footnote-356)، 2005). پیش‌بینی می‌شود که افراد با عزت نفس پایین، در صورتی‌که تحت شرایط شرطی پذیرش خود قرار بگیرند در مقابل شرایط کنترلی، خودگزارشی‌های کمتری از رفتارها و احساسات پرخاشگرانه نشان خواهند داد.

 پس دست‌کاری عزت نفس ضمنی کاهش هیجان منفی را پیش‌بینی می‌کند (دیجکسترهوویس، 2004). همچنین پژوهش‌ها مبین اهمیت نقش مهم خود ضمنی در تعدیل هیجانی است. برخی از روش‌های مداخله، تاثیری بر عزت نفس غیرمستقیم (ضمنی) داشته، اما بر عزت نفس خودگزارشی (آشکار) تاثیری ندارد (بکاس، بالدوین و پکر[[357]](#footnote-357)، 2004). دیجکسترهوویس (2004) با چندین آزمایش کلمه "من" را به صورت زیر آستانه‌ای ارائه نمود که فوراً با یک صفت مثبت جفت می‌شد (مانند باهوش، دوست داشتنی، موفق). نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان گروه شرطی‌سازی ارزشی، افزایشی را در عزت نفس ضمنی در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند. شبیه به کار دیجکسترهوویس، چندین پژوهش دیگر از جمله بکاس و همکارانش (2004) نیز این فرضیه را که شرطی‌سازی ارزشی می‌تواند عزت نفس ضمنی را تغییر دهد، آزمون کردند. تفاوت اصلی بین این پژوهش‌ها این بود که بکاس از روش جفت سازی فوق آستانه‌ای استفاده کرد. با وجود تفاوت‌ها در روش پژوهش نتایجی شبیه مطالعه دیجکسترهوویس (2004) بدست آمد به این صورت که شرطی‌سازی ارزشی می‌تواند به طور تاثیرگذاری در تغییر ارزیابی‌های ضمنی از خود با استفاده از محرک‌های ارائه شده چه به صورت زیرآستانه‌ای و چه به صورت فوق آستانه‌ای، مورد استفاده قرار گیرد؛ که این یافته در پژوهش چان و ژانگ (2009) نیز تایید شده است. در این پژوهش اثربخشی معنادار شرطی‌سازی ارزشی بر عزت نفس ضمنی تایید شده در حالی‌که چنین ارتباطی بر عزت نفس آشکار اثبات نشده است؛ اما از طریق تغییر در نگرش ضمنی می‌توان بر نگرش عینی نیز تغییر ایجاد کرد (چان و ژانگ، 2009؛ گارونسکی و بودن‌هاوزن، 2006). اضافه بر این در پژوهش بالاس[[358]](#footnote-358) و سولج[[359]](#footnote-359)، (2012) این اجماع حاصل شد که شرطی سازی ارزشی در دو حالت آگاهی و ناخودآگاهی از ارتباط بین محرک‌های شرطی و غیر شرطی نیز اتفاق می‌افتد.

در پژوهش دیگری دربه‌کارگیری فرایند شرطی‌سازی در افراد معتاد به الکل، نگرش منفی ضمنی نسبت به الکل را در آن‌ها ایجاد کردند (ویرز، هاورمن[[360]](#footnote-360) و هوبن[[361]](#footnote-361)، 2010). به‌طور کلی در مروری بردیدگاه‌های گوناگون شرطی‌سازی ارزشی می‌توان گفت که میزان اثر بخشی روش شرطی سازی ارزشی در حوزه‌های گوناگون مورد تایید واقع شده است؛ به خصوص زمانی‌که تعداد محرک‌ها شرطی و غیرشرطی کم باشد (میچل[[362]](#footnote-362)، 2003؛ فیلد[[363]](#footnote-363)، 2005؛ به نقل از جان[[364]](#footnote-364)، بند[[365]](#footnote-365)، بولدر[[366]](#footnote-366) و استالن[[367]](#footnote-367)، 2012)؛ اما هیچ الگوی قطعی برای توضیح سازوکارهای زیربنایی شرطی‌سازی ارزشی وجود ندارد. با این وجود با توجه به نتایج پژوهش‌های گوناگون احتمالاً الگوی شبکه تداعی بهترین توصیف‌گر و مناسب‌ترین الگو به حساب می‌آید که معتقد است، شرطی‌سازی ارزشی بر پایهٔ سازوکارهای ساده‌ای از شکل‌گیری تداعی هستند (دی هائر و همکاران، 2001).

در راستای بررسی درمان‌های گوناگون در خصوص اختلال اضطراب اجتماعی، درمان‌های دارویی از گروه داروهای SSRIها نسبت به بقیه درمان‌ها نقش موثری در برطرف کردن علائم اختلال ندارد (کلارک، 2003)؛ اما بر طبق یافته‌های شنیر، بلانکو[[368]](#footnote-368)، کامپیس[[369]](#footnote-369)، لویس، سانچزلکی[[370]](#footnote-370)، سیمپسون[[371]](#footnote-371)، مارشال[[372]](#footnote-372)، لین[[373]](#footnote-373)، فماندز[[374]](#footnote-374)، اسمیت و لیبوویتز (2003) سیتالوپرام به عنوان درمان دارویی اضطراب اجتماعی همبود با افسردگی اساسی بکار برده شده و اثربخشی آن تایید شده است.

 اما بر طبق یافته‌های مک اووی[[375]](#footnote-375)، ناتان[[376]](#footnote-376)، راپی و کمپل[[377]](#footnote-377) (2012) گروه درمانی شناختی رفتاری نقشی پررنگ در درمان اختلال اضطراب اجتماعی ایفا می‌کند. پژوهش رحمانیان، میرزاییان و حسن زاده (1390) نیز مهر تاییدی بر پیش بینی اثربخشی این روش 99 درصد اطمینان می‌باشد. طرحواره درمانی نیز موجب کاهش فعالیت طرحواره‌های ناسازگار اولیه در تمامی حوزه‌های طرحواره و متعاقب آن سبب کاهش معنادار آماری و بالینی در آماج اصلی درمان (ترس و اجتناب) می‌شود. طرحواره درمانی در درمان اختلال اضطراب اجتماعی زنان، از کارایی و اثربخشی لازم برخوردار است (خورشیدزاده، برجعلی و دلاور، 1390).

از دیگر روش‌های درمانی بکار گرفته شده، تعدیل ادراکات زیرآستانه‌ای است که تداعی‌های ضمنی منفی افراد با اضطراب اجتماعی را کاهش می‌دهد (کلرکین[[378]](#footnote-378) و تیچمن، 2010).

**2-3- سوالات پژوهش**

با توجه به اینکه این پژوهش در عرصه علم تاکنون انجام نگرفته است تمامی موضوعات آن به صورت سوال مطرح می‌شود که عبارت‌اند از:

1. آیا دریافت برنامه شرطی‌سازی ارزشی زیرآستانه‌ای باعث افزایش عزت نفس ضمنی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شود؟
2. آیا دریافت برنامه شرطی‌سازی ارزشی زیرآستانه‌ای باعث کاهش ترس از ارزیابی منفی ضمنی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شود؟
3. آیا دریافت برنامه شرطی‌سازی ارزشی زیرآستانه‌ای باعث کاهش علائم اضطراب اجتماعی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شود؟
4. آیا دریافت برنامه شرطی‌سازی ارزشی زیرآستانه‌ای باعث کاهش سطح اضطراب اجتماعی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شود؟
5. آیا دریافت برنامه شرطی‌سازی ارزشی زیرآستانه‌ای باعث افزایش عزت نفس آشکار (روزنبرگ) افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌شود؟
6. آیا بین عزت نفس آشکار (روزنبرگ) و عزت نفس ضمنی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی رابطه وجود دارد؟
7. **منابع و مآخذ**
8. **منابع فارسی**
9. البرزی، سرور. (1390). بررسی توان استروپ هیجانی ترکیبی زیرآستانه‌ای و فوق آستانه‌ای در سنجش تورش توجه اضطراب اجتماعی و اضطراب امتحان. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه فردوسی مشهد.
10. انجمن روانپزشکی آمریکا. (DSM-IV) (1374). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. (ترجمه محمدرضا نائینیان، محمدرضا مداحی و محمدابراهیم بیابانگرد). تهران: انتشارات شاهد. (تاریخ انتشار به زبان اصلی 1994).
11. پناهنده، سامیه. (1391). تاثیر آموزش برنامه شرطی سازی ارزشی زیر آستانه‌ای بر افزایش عزت نفس ضمنی در دانشجویان افسرده غیر بالینی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد.
12. حمیری، کاملیا. (1389). بررسی ترس از ارزیابی مثبت، هوش هیجانی، ارزیابی چهره‌های هیجانی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه شیراز.
13. خورشیدزاده، محسن؛ برجعلی، احمد؛ سهرابی، فرامرز و دلاور، علی. (1390). اثربخشی طرحواره درمانی در درمان زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، 1 (2)، 24-5.
14. داداش زاده، حسین؛ یزداندوست، رخساره؛ غرایی، بنفشه و اصغرنژادفرید، علی اصغر. (1391). اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و مواجهه درمانی بر میزان سوگیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، 18 (1)، 51-40.
15. دادستان، پریرخ. (1385). روانشناسی مرضی تحولی. از کودکی تا بزرگسالی. ج 1، تهران: انتشارات سمت.
16. دادستان، پریرخ؛ اناری، آسیه و صالح پور، بهرام. (1388). اختلال اضطراب اجتماعی و نمایش درمانگری*. فصلنامه روانشناسان ایرانی*. 4 (13)، 123- 115.
17. داوودی، ایران؛ صلاحیان، افشین و ویسی، فاطمه. (1391). اضطراب اجتماعی و ترس از ارزیابی مثبت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، 22 (96)، 88-80.
18. رجبی، غلامرضا و بهلول، نسرین. (1386). سنجش پایایی و روایی عزت نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران، *پژوهش‌های تربیتی و روانشناختی*، 3 (2)، 48-34.
19. رجبی، غلامرضا و عباسی، قدرت اله (1390). بررسی رابطه خودانتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی شده در دانشجویان، *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، 1 (2)، 182-171.
20. رحمانیان، زاهده؛ میرزاییان، بهرام و حسن زاده، رمضان. (1390). اثردرمان شناختی رفتاری گروهی بر اضطراب اجتماعی دختران دانش آموز، *دوماهنامه علمی پژوهشی دانشور پزشکی*، 19 (96)، 11-1.
21. رئیس المحدثین، فائزه. (1391). اثربخشی شرطی‌سازی ارزشی زیرآستانه‌ای بر کاهش نشانه‌های وسواسی در افراد دارای علائم وسواس آلودگی از طریث کاهش واکنش‌های انزجاری، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
22. سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (1385). *کاپلان-سادوک خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی* (جلد 2، ترجمه نصرت الله پور افکاری). تهران: انتشارات شهر آب. (تاریخ انتشار به زبان اصلی 2003).
23. سانتراک، جان دبلیو. (2001). روانشناسی تربیتی، ترجمه مرتضی امیدیان (1385). یزد: نشر دانشگاه
24. سردارآبادی، مهدی. (1385). بررسی میزان شیوع فوبی اجتماعی، اضطراب افسردگی و استرس در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. پایان نامه کارشناسی دانشگاه فردوسی مشهد.
25. سلیگمن، مارتین و روزنهان، دیوید. (1379). [آسيب‌شناسي روانی: روان‌شناسی نابهنجاري](http://www.ketab.ir/bookview.aspx?bookid=223132). (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: نشر ساوالان.
26. شرودر، کارولین و گوردن، بتی. (2002). سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی (راهنمای روانشناسان بالینی و روانپزشکان)، ترجمه مهرداد فیروزبخت، 1389، تهران: نشر دانژه
27. غفاری نژاد، علیرضا. (1387). شیوع اختلال ترس اجتماعی و برخی عوامل وابسته، نظیر جنسیت و سابقه خجالتی بودن در کودکی در دانش آموزان دبیرستانی شهر کرمان، *مجله علوم پزشکی هرمزگان*، 3، 29-26.
28. فیست، جس و فیست، گریگوری. جی. (1386). نظریه‌های شخصیت. (ترجمه یحیی سیدمحمدی). تهران: نشر روان. (تاریخ انتشار به زبان اصلی: 2002).
29. گراوند، فریبرز؛ افضلی، محمدحسن؛ شکری، امید؛ پارسیان، منیره؛ پاکلک، ملیتا؛ خدایی، علی و طولابی، سعید. (1389). تفاوت‌های جنسی و سنی در اضطراب اجتماعی دوره نوجوانی، *روانشناسی تحولی، روانشناسان ایرانی*، 7(26)،174 -165.
30. لیهی، رابرت و هالند، استفان. (1385). راهنمای گام به گام درمان اختلالات اضطراب (ترجمه اکرم دهقانی). مرکزی: انتشارات نوای دانش (تاریخ انتشار به زبان اصلی، 2000).
31. محمدی، ابوافضل؛ زرگر، فاطمه؛ امیدی، عبداله و باقریان سرارودی، رضا. (1392). مدل‌های سبب‌شناسی اختلال اضطراب اجتماعی، مجله *تحقیقات علوم رفتاری*، 11 (1)، 80-68.
32. محمدی، نوراله و سجادی نژاد، مرضیه. (1386). رابطه نگرانی از تصویر بدنی، ترس ازارزیابی منفی و عزت نفس با اضطراب اجتماعی، *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز*، 2 (5)، 75-60.
33. مسعودنیا، ابراهیم. (1388). بررسی رابطه بین عزت نفس و اضطراب اجتماعی در دانشجویان دوره کارشناسی، *دوماهنامه علمی- پژوهشی دانشور رفتار، روانشناسی بالینی و شخصیت،* 16 (37)، 58-49.
34. معماریان، سپیده. (1390). اثربخشی برنامه آموزش کنترل توجه بر کاهش سوگیری توجه به محرک‌های اضطراب اجتماعی و بهبود شاخص‌های درمانی افراد مضطرب اجتماعی؛ پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد.
35. نجات، پگاه و حاتمی، جواد. (1391). بررسی آزمون تداعی ضمنی (IAT): مقایسه بین سازه‌ای و راهبردهای پاسخ‌دهی آزمودنی‌ها، *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، 14 (1)، 75-87.
36. نیسی، عبدالکاظم؛ شهنی ییلاق، منیجه و فراشبندی، افسانه. (1384). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای عزت نفس، اضطراب عمومی، حمایت ادراک شده و سرسختی روانشناختی با اضطراب اجتماعی دختران دانش‌آموز پایه اول دبیرستان‌های شهرستان آبادان، *مجله علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز*، 12 (30)، 152-137.
37. هالجین، ریچارد پی؛ ویتبورن، سوزان گراس. (1999). *آسیب‌شناسی روانی، دیدگاه‌های بالینی درباره اختلالات روانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی (1385)، تهران: نشر روان
38. یعقوبی نصرآبادی، محمد؛ عاطف وحید، محمد و احمدزاده، غلامحسین. (1382). تاثیر گروه‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال خلقی*. مجله اندیشه و رفتار*. 9(2). 8-1.
39. **منابع انگلیسی**
40. American Psychiatric Association. (2004*). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. (DSM-IV*). *Washington, DC: APA.*
41. American Psychiatric Association: DSM-V Development. (2012). Retrieved on Aguest 22, *from: http://* [*www.dsm5.org/pages/default.aspx*](http://www.dsm5.org/pages/default.aspx)*.*

# Ameringen, M., Mancini, C., Stayn, G.,& Donison, D. (1991). Relationship of social phobia with other psychiatric illness. *Journal of Affective Disorders*, 21, 93-99.

# Baccuc, J.R., Baldwin, M.W., & packer, D.J. (2004). Increasing implicit self esteem through classical conditioning. *Psychology Science*, 15, 498-502.

1. Baeyens, F., Eelen, P., Crombez, G., & Van den Bergh, O. (1992). Human evaluative conditioning: Acquisition trials, presentation schedule, evaluative style, and contingency awareness. *Behaviour Research and Therapy*, 30 (2), 133-142.

# Baeyens, F., Eelen, P., Van den Bergh, O., & Crombez, G. (1989). Acquired affective evaluative value: Conservative but not unchangeable. *Behaviour Research and Therapy*, 27 (3), 279-287.

# Baeynes, F., & De Houwer, J. (1995). Evaluative conditioning is a qualitatively distinct from of classical conditioning: A reply to Davey (1994). *Behaviour Research and Therapy*, 33(7),825-831.

1. Balas, R.,& Sweklej, J. (2012). Evaluative conditioning may occur with and without contingency awareness. *Psychological Research*. 76, 304–310.
2. Bar-Anan, Y., De Houwer, J. & Nosek, B. A. (2010). Evaluative Conditioning and Conscious Knowledge of Contingencies: A Correlational Investigation with Large Samples, *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 63 (12), 2313–2335.
3. Basson, J.K., Brown, R.P., Zeigler-Hill,V., & Swann,W.B.(2003). Self enhancement tendencies among people with high explicit self esteem. The moderating role of implicit self esteem*. Self and Identity*, 2, 169-187.
4. Beck, A.T., Emery, G., & Greenberg, R.L. (1996). Cognitive therapy for the evaluation. anxieties. In C. G. Lindemann, *Handbook of the treatment of the anxiety disorders (pp.235–260).* Northvale: Aronson.
5. Bolders, A. C., Band, G. P. H., & Jan stallen, P. (2013). Evaluative conditioning induced changes in sound valence*, Original Research Article*, 3, 1-12.
6. Bouton, M. E. (1993). Context, time and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning, *Psychological Bulletin*, 114(1), 80-99.
7. Butler, A.C., Hokanson, J., & Flynn, H. A.(1994). A Comprison of self esteem lability and low trait self esteem as vulnerability factors for depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 166-177.
8. Butler, R. (1988). Enhancing and understanding intrinsic motivation: the effects of task involving and ego involving evaluation on interest and performance, [*British Journal of Educational Psychology*](http://onlinelibrary.wiley.com.sci-hub.org/journal/10.1111/%28ISSN%292044-8279), 58(1), 1-14.

# Button, K.S., Browning, M., Munafo, M. R., & Lewis, G. (2012). Social inference and social anxiety: Evidence of fear congruent self referential learning bias*. Journal of Behavior Therapy and Exprimental Psychiatry*, 43, 1088- 1087.

1. Cisler. J.M., & Koster, E.H. (2010). Mechanisms of attentional bises towards therat in anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*,30(2), 203- 216.
2. Clark, D. M, Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Clark DM, Heimberg, R. G, Liebowitz, M. R, Hope, D.A, Editors*. Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment. New York, NY: Guilford Press, 69-93.*

# Clark, D., Ehlers, A., & McManus, F.(2003). Cognitive Therapy Versus Fluoxetine in Generalized Social Phobia: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (6),1053- 1067.

1. Clark, D.M & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. Heimberg, M. Liebowitz,D.A.Hope & F.R.Schneier (Eds), *Social phobia: Diagnosis assessment & treatment*. ( 69- 93)New York: Guilford press.

# Clerkin, E., & Teachman, B.( 2010). Training implicit social anxiety associations: An experimental intervention*. Journal of Anxiety Disorders*, 23 (3), 300-308.

# Coles, M.E., Trevor. A., & Heimberg, G. (2001). International Handbook of social anxiety: Concepts, Research and Interventions relating to the self and shyness, (Eds) Crozier, W. R., Alden, E. John Wiley & sons.

1. Collins, A.M., & Loftus, E.F. (1975). A spreading activation theory of semantic processing*. Psychological Review*, 82, 407-428.
2. Corr, P. J. (2004). Reinforcement Sensitivity Theory and Personality. *Neuroscience Biobehavior Review*, 28(3), 317-32.
3. Dattilio, F. M. (2002). Homework Assignments in Couple and Family Therapy, *Journal of Clinical Psychology*, 58 (5), 83-88.
4. Davey, G. C. L. (1994). Is evaluative conditioning a qualitatively distinct from of classical conditioning*? Behaviour Research and Therapy*, 32 (3), 291-299.

# De Houwer, J. (2007). A conceptual and theoretical analysis of evaluative conditioning, *Spanish Journal of psychology*, 10(2), 230-241.

1. De Houwer, J. (2009). The propositional approach to associative learning as an alternative for association formation models, *Journal of Learning and Behavior*, 37(1), 1-20.

# De Houwer, J., Hendrickx, H., & Baeyens, F. (1997). Evaluating Learning with Subliminally presented stimuli. *Consciousness and Cognition*, 6 (1), 87-107.

# De Houwer, J., Thomas, S., & Baeyens, F. (2001). Associative learning of likes and dislikes: A review of 25 years of research on human evaluative conditioning, *Psychological Bulltein*, 127(6), 853-869.

# De Houwer, J., Vandorpe, S., & Beckers, T. (2005). On the role of controlled cognitive process in human associative learning. *New directions in human assosiative learning. Lawrence Erlbaum*.

1. De Houwer. J. (2007). A conceptual and theoretical analysis of evaluative conditioning*. The Spanish Journal of Psychology*, 10,230-241.
2. De Houwer. J., Baeyens, F., & Field, A. (2005). Associative learning of likes and dislikes: Some current controversies and possible ways forward. *Cognition & Emotion*, 19, 161-174.
3. Diaz, E., & Ruiz, G. (2005). Resistance to extinction of human evaluative conditioning using a between-subjects design, *Journal of Cognition and Emotion*, 19(2), 245-268.
4. Dijksterhuis, A. (2004). I Like Myself but I Don’t Know Why: Enhancing Implicit Self-Esteem by Subliminal Evaluative Conditioning. *Journal of Personality and Social Psychology* , 86 (2), 345-355.
5. Dijksterhuis, A., Aarts, H., Bargh, J. A., & Van Knipennberg, A. (2000). Relation between associative strength and automatic behavior, *Journal of Experimental Social Psychology*, 36, 531-544.
6. Dodgson, P.G., & Wood, J. V. (1998). Self esteem and the cognitive accessibility of strengths and Weaknesses after failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 178- 197.
7. Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Casp A. (2005). Low self esteem is related to aggression, antisocial behavior and delinquency. *Psychological Science*,16(4), 328-335.
8. Eng, W. & Heimberg, R. G. (2007). Handbook of Evidence-based Psychotherapies: *A Guide for research and practice.* Edited by Freeman, C. & Power, M, *John Wiley & Sons.*
9. Farnham, S.D., Greenwald, A.G., & Banaji, M.R. (1999). Implicit self esteem. InD. Abrams & M. A. Hogg (Eds). *Social Identity and Social Cognition*. 230-248. Oxford,UK:Blackwell.
10. Fazio, R. H. & Olson, M. A. (2003). Implicit measure in social cognition research: Their Meaning and Use. *First published online as a review in advance on August 6, Annual Review.*
11. Fazio, R. H., & Williams, C. J. (1986). Attitude Accessibility as a Moderator of the Attitude-Perception and Atiitude-Behavior Relations: An Investigation of the 1984 Persidential Election*. Journal of personality and Social Psychology*, 51 (3), 505-514.
12. Fazio, R. H., Powell, M. C., & Herr, P. M. (1983). A Process Model of the Attitude –Behvior Relation: Processing One’s Attitude Upon Mere Observation of the Attitude Object, Journal *of the Personality and Social Psychology*, 44(4), 723-735.
13. Fazio, R. H., Williams, C. J., & Powell, M. C, (2000). Measuring Associative Strenght: Category-Item Associations and Their Activation from Memory, 21(1), 7-25.

# Fegus, T.A., Valentiner, P., Mc Grath, P.B., Stephenson, K., Gier, S., & Jencius, S. (2009). The Fear of Positive Scale,Psychometric properties in a clinical sample, *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1177-1183.

# Field, A.P., & Moore, A.C. (2005). Dissociating the effects of attention and contingency awareness on evaluative conditioning effects in the visual paradigm, *Cognition and Emotion*,19,217-243.

# Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Kuipers, E., Bebbington, P., Bashforth, H., Coker, S., Hodgekins, J., Gracie, A., Dunn, G.,& Garty, P. (2006). The Brief Core Schema Scale (BCSS): Psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine*, 36, 749-759.

1. Fulcher, E., & Hammerl, M. (2001). When all is revealed : A dissociation between evaluative learning and contingency awareness*. Journal of Consciousness and Cognitive* , 10, 524-544.
2. Furmark, T. (2002). Social phobia: overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105 (2), 84-93.
3. Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: an integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 132, 692–731.

# Glashouwer, K.A., De Jong P. J., & Penninx, B.W.J.H. (2012). Prognostic value of implicit and explicit self association for the course of depressive and anxiety disorders, *Journal of Behavior Research and Therapy*, 50, 479-486.

1. Glashouwer, K.A., Vroling, M. S., De jong. P.J., & Jos de keijser. W.L. (2012). Low implicit self esteem and dysfunctional automatic associations in social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(2),262-270.

# Gotlib, I. H., Kasch, K. L., Traill, S., Joormann, J., Arnow, B.A., & Johnson, S. L. (2004). Coherence and Specificity of Information Proccessing Biases in Depression and Social Phobia*. Journal of Abnormal Psychology*, 113 (3), 386-398.

1. Greenberg, J., Solomon, S., Pyszezynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., et al. (1992). Why Do People Need Self esteem? Converging Evidence that Self esteem Serves an Anxiety–Buffering Function. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(6), 913-922.

# Greenwald, A.G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, Self esteem, and Stereotypes, Psychological Review, 102 (1), 4-27.

#  Greenwald, A.G., McGhee, D.E., & Shwartz, J.L.K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The implicit association test*. Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (6), 1464-1480.

1. Grumm, M., Nestler, S., Von Collani, G. (2009). Changing explicit and implicit attitudes: The case of self esteem*, Journal of Exprimental Social Psychology*,45, 327-335.
2. Hammerl, M. (2000). I Like It, but Only When I’m Not Sure Why: Evaluative Conditioning and the Awareness Issue, *Journal of Consciousness and Cognition***,** 9,37–40.
3. Hammerl, M., Bloch, M., & Silverthorne, C .P. (1997). Effects of US alone presentations on human evaluative conditioning. *Learning and Motivation*, 28 (4), 491-509.
4. Hartman, L. M. (1984). Cognitive Components of Social Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (1). 137-139.

# Heeren, A., Reese, H., Mc Nally, R. J.,& Philippt. P. (2012). Attention training toward and away from threat in social phobia: Effects on subjective, behavioral and physiological measures of anxiety*, Journal of Behaviour Research and Therapy*, 50, 30-39.

# Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E.J., Shneier. F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Psychometric properties of the liebowitz social anxiety scale, *Psychological Medicine*, 29, 199-212.

1. Hofmann, S. G., Barlow, D.H. (2002). Social Phobia (Social Anxiety Disorder). In: Barlow, D.H. Anxiety and Its Disorders, Second Edition*: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. New York, NY: Guilford Press*, 454-76.
2. Hofmann, W., De Houwer, J., Perugini, M., Baeyens, F., & Crombez, G. (2010). Evaluative conditioning in human: A Meta-analysis. *Psychological Bulletin*,136 (3), 390-421.

# Hofmann, W., De Houwer. J., Perugini, M., Baeyens, F., & Crombez, G. (2010). Evaluative conditioning in humans: A meta-analysis, *Psychological Bulletin*,136,390-421.

## Holender, D. (1986). Semantic activation without conscious identification in dichotic listening, parafoveal vision, and visual masking: A survey and appraisal, *Journal of Behavioral and Brain Sciences*, 9(1), 1-23.

1. Houben, K., Havermans, R. C., Wiers, R. W. (2010). Learning to dislike alcohol: conditioning negative implicit attitude towards behavior. *Psychopharmocology*, 211. 79-86.
2. Implicit cognitive processes in psychopathology: An introduction, *Journal of* *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, (2007), 38 , 95–104.
3. Inderbitzen-Nolan, H. M. & Walters, K. S. (2000). Social anxiety scale for adolescents: Normative data and further evidence of construct validity. *Journal of clinical child psychology*, 29, 360-371.

# Jazaieri, H., Goldin, P.R., Warner, K., Ziv, M., & Gross, J. (2012). A Randimized Trial of MBSR Versus Aerobic Exercise for Social Anxiety Disorder. *Clinical Psychology*, 68 (7), 715-731.

1. Jones,C. R., Fazio, R. H., Olson, M. A. (2009). Implicit Misattribution as a Mechanism Underlying Evaluative conditioning, *Journal of Personality and Social Psychology*, 96 (5), 933-948.
2. Jordan, C.H., Spencer, S. J., Zanna, M.P. (2003). “ I love me…..I love me not” Implict self esteem,explicit self esteem,explicit self esteem and defensiveness. In S.J. Spencer, S.Fien, M. P . Zanna,J. M. Olson (Eds), The Ontario symposium; vol. 9: Motivated social perception (117-145). Mahwah,NJ: Erlbaum.

# Kent, G., & Keohan, S. (2001). Social anxiety and disfigurement: the moderating effects of fear of negative evaluation and past experience*, British Journal of Clinical Psychology*. 40 (1), 23-34.

1. Kernis, M.H., Grannemann, B.D., Mathis, L.C. (1991). Stability of self esteem as moderator of the relation between level of self esteem and depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61,80-84.
2. Kimbrel, N. A. (2008). A model of the development and maintenance of generalized social phobia*. Clininal Psychology Review*, 28(4), 592-612.
3. Kirkpatrick, F., Waugh, L. A., Valencia, C. E., A., & Webster, G. D. (2002). The functional domain specificity of self-esteem and the differential prediction of aggression*. Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 756–767*.*
4. Kocovski, N. L. & Endler, N. S. (2000). Social Anxiety, Self-Regulation, and Fear of Negative Evaluation, *European Journal of Personality*, 14, 347-358.
5. Koole, S. L., Dijksterhuis, A., & van Knippenberg, A. (2001). What's in a Name: Implicit Self-Esteem and the Automatic Self, *Journal of Personality and Social Psychology*, 80( 4), 669-685.
6. Kunst-Wilson, W. R., & Zajonc, R. B. (1980). Affective Discrimination of Stimuli that cannot be Recognized, *Science*, 207(4430), 557-558.
7. Lampe, L.A. (2009). Social anxiety disorders: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*,43,887-898.
8. Leavy, A. B.,& Martin, L. (1975). Classical conditioning of human evaluative responses. *Behavior Research and Therapy*, 13(4), 221-226.
9. Lépine, J., & Pélissolo, A. (2000).Why take Social Anxiety Diosrder Seriously? *Journal of Depression and Anxiety* , 11, 87–92.

# Li, H., Zeigler-Hill, V., Lue, J., Yang, J.,& Zhang, Q. (2012). Self esteem modulates attentional responses to rejection: Evidence from even related brain potentionals*, Journal of Research in Personality*, 46, 459-464.

# Li, H., Zeigler-Hill, V., Yang, J., Jila, L., Xiao ,X., Luo, J., & Zhang, Q. ( 2012). Low self esteem and neural basis of attentional bias for social rejection cues:Evidence from the N2pc ERP component. *Journal of Personality and Individual Differences*, 53, 947- 951.

1. Lindesay, J. (1995). Neurotic Disorders in the Elderly. Oxford: Oxford University Press.

# Lipp, O. V., & Purkis, H. M. (2005). No support for dual process accounts of human affective learning in simple Pavlovian conditioning, *Journal of Cognition and Emotion*, 19(2), 269-282.

1. Lipp, O. V., Oughton, N., & Lelievre, J. (2003). Evaluative learning in human Pavlovian conditioning: Extinct, but still there? *Journal of Learning and Motivation*, 34, 219-239.

# Lovibond, P. F., & Shanks, D. R. (2002).The role of awareness in Pavlovian conditioning: Empirical evidence and theoretical implications*, Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Process*, 28(1), 3-26.

1. Martin, I., & Leavy, A. B. (1994). The evaluative response: Primitive but necessary, *Behaviour Research and Therapy*, 32(3), 301-305.

# Mc Evoy, P.M., Nathan, P., Rapee, R. M., Campbell, B. N. C. (2012). Cognitive behavioral group therapy for social phobia,Evidence of transportability to community clinics. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 50, 258-265.

1. McNaughton
1. Generalized social anxiety (GSA) [↑](#footnote-ref-1)
2. Specific social anxiety (NGSA) [↑](#footnote-ref-2)
3. Hung [↑](#footnote-ref-3)
4. Barlow [↑](#footnote-ref-4)
5. Liebowitz [↑](#footnote-ref-5)
6. Davidson [↑](#footnote-ref-6)
7. Rosenhan [↑](#footnote-ref-7)
8. Seligman [↑](#footnote-ref-8)
9. Dikson [↑](#footnote-ref-9)
10. Mac Leod [↑](#footnote-ref-10)
11. Russell [↑](#footnote-ref-11)
12. Showe [↑](#footnote-ref-12)
13. Kashdan [↑](#footnote-ref-13)
14. Will [↑](#footnote-ref-14)
15. Kessler [↑](#footnote-ref-15)
16. Chiu [↑](#footnote-ref-16)
17. Demler [↑](#footnote-ref-17)
18. Walters [↑](#footnote-ref-18)
19. Martin [↑](#footnote-ref-19)
20. Eaton [↑](#footnote-ref-20)
21. Wittchen [↑](#footnote-ref-21)
22. Magee [↑](#footnote-ref-22)
23. Eng [↑](#footnote-ref-23)
24. Chapman [↑](#footnote-ref-24)
25. Ellis [↑](#footnote-ref-25)
26. Shaaw [↑](#footnote-ref-26)
27. Rush [↑](#footnote-ref-27)
28. If- Then [↑](#footnote-ref-28)
29. Anxiety program [↑](#footnote-ref-29)
30. Social Object [↑](#footnote-ref-30)
31. Safety Behavior [↑](#footnote-ref-31)
32. Anticipatory Anxiety [↑](#footnote-ref-32)
33. Alarm [↑](#footnote-ref-33)
34. Boom [↑](#footnote-ref-34)
35. Fling [↑](#footnote-ref-35)
36. Campton [↑](#footnote-ref-36)
37. Stein [↑](#footnote-ref-37)
38. Kandler [↑](#footnote-ref-38)
39. Neale [↑](#footnote-ref-39)
40. Eaves [↑](#footnote-ref-40)
41. Schroeder [↑](#footnote-ref-41)
42. Gordon [↑](#footnote-ref-42)
43. Kimbrel [↑](#footnote-ref-43)
44. Reinforcement Sensitivity Theory (RST) [↑](#footnote-ref-44)
45. Corr [↑](#footnote-ref-45)
46. Mc Naughton [↑](#footnote-ref-46)
47. Fight-flight- freeze System (FFFS) [↑](#footnote-ref-47)
48. Behavioral approach system (BAS) [↑](#footnote-ref-48)
49. Behavioral inhibition system (BIS) [↑](#footnote-ref-49)
50. Proximal [↑](#footnote-ref-50)
51. Distal [↑](#footnote-ref-51)
52. Gilbert [↑](#footnote-ref-52)
53. Set-point [↑](#footnote-ref-53)
54. Mark [↑](#footnote-ref-54)
55. Fraschuter [↑](#footnote-ref-55)
56. Robertson [↑](#footnote-ref-56)
57. Unfamiliar situation [↑](#footnote-ref-57)
58. Castello [↑](#footnote-ref-58)
59. Carstello [↑](#footnote-ref-59)
60. Asendorpf [↑](#footnote-ref-60)
61. Lydiard [↑](#footnote-ref-61)
62. Falestti [↑](#footnote-ref-62)
63. Pottts [↑](#footnote-ref-63)
64. Daividson [↑](#footnote-ref-64)
65. Haljin [↑](#footnote-ref-65)
66. Vitborn [↑](#footnote-ref-66)
67. Veale [↑](#footnote-ref-67)
68. Salkovskis [↑](#footnote-ref-68)
69. Vilenski [↑](#footnote-ref-69)
70. Marks [↑](#footnote-ref-70)
71. Viole [↑](#footnote-ref-71)
72. Turner [↑](#footnote-ref-72)
73. Beidel [↑](#footnote-ref-73)
74. Kooli [↑](#footnote-ref-74)
75. Woody [↑](#footnote-ref-75)
76. Messer [↑](#footnote-ref-76)
77. Butler [↑](#footnote-ref-77)
78. Lary [↑](#footnote-ref-78)
79. Koalski [↑](#footnote-ref-79)
80. Juster [↑](#footnote-ref-80)
81. Michenbam [↑](#footnote-ref-81)
82. Vijusb [↑](#footnote-ref-82)
83. Mc Goven [↑](#footnote-ref-83)
84. Simone [↑](#footnote-ref-84)
85. Garner [↑](#footnote-ref-85)
86. Redbaugh [↑](#footnote-ref-86)
87. Fairburn [↑](#footnote-ref-87)
88. Brown [↑](#footnote-ref-88)
89. Sareen [↑](#footnote-ref-89)
90. Ruscio [↑](#footnote-ref-90)
91. Jacobi [↑](#footnote-ref-91)
92. Beesdo [↑](#footnote-ref-92)
93. Fehm [↑](#footnote-ref-93)
94. Fiedler [↑](#footnote-ref-94)
95. Traver [↑](#footnote-ref-95)
96. Sherling [↑](#footnote-ref-96)
97. Beidel [↑](#footnote-ref-97)
98. Larkin [↑](#footnote-ref-98)
99. Hyser [↑](#footnote-ref-99)
100. Andris [↑](#footnote-ref-100)
101. Hakelman [↑](#footnote-ref-101)
102. Sedikides [↑](#footnote-ref-102)
103. Gregg [↑](#footnote-ref-103)
104. Swann [↑](#footnote-ref-104)
105. Chang- Schneider [↑](#footnote-ref-105)
106. Mc Clarty [↑](#footnote-ref-106)
107. Rosenberg [↑](#footnote-ref-107)
108. Santrock [↑](#footnote-ref-108)
109. Baron [↑](#footnote-ref-109)
110. Beren [↑](#footnote-ref-110)
111. Nursecamp [↑](#footnote-ref-111)
112. Rogers [↑](#footnote-ref-112)
113. Zeigler-Hill [↑](#footnote-ref-113)
114. Jordan [↑](#footnote-ref-114)
115. Tice [↑](#footnote-ref-115)
116. Baumeister [↑](#footnote-ref-116)
117. Tangney [↑](#footnote-ref-117)
118. Dearing [↑](#footnote-ref-118)
119. Wildschut [↑](#footnote-ref-119)
120. Baden [↑](#footnote-ref-120)
121. Taylor [↑](#footnote-ref-121)
122. Solomon [↑](#footnote-ref-122)
123. Pyszezynski [↑](#footnote-ref-123)
124. Rosenblatt [↑](#footnote-ref-124)
125. Burling [↑](#footnote-ref-125)
126. Schneider [↑](#footnote-ref-126)
127. Turkat [↑](#footnote-ref-127)
128. Heatherton [↑](#footnote-ref-128)
129. Koole [↑](#footnote-ref-129)
130. Van Knippenberg [↑](#footnote-ref-130)
131. Epstein [↑](#footnote-ref-131)
132. Morling [↑](#footnote-ref-132)
133. Segal [↑](#footnote-ref-133)
134. Ingram [↑](#footnote-ref-134)
135. Collins [↑](#footnote-ref-135)
136. Loftus [↑](#footnote-ref-136)
137. Fazio [↑](#footnote-ref-137)
138. Williams [↑](#footnote-ref-138)
139. Powell [↑](#footnote-ref-139)
140. Herr [↑](#footnote-ref-140)
141. Motivation and Opportunity as Determinants of the attitude behavior relation [↑](#footnote-ref-141)
142. Shanks [↑](#footnote-ref-142)
143. Vandorpe [↑](#footnote-ref-143)
144. Beckers [↑](#footnote-ref-144)
145. Cheesman [↑](#footnote-ref-145)
146. Merikle [↑](#footnote-ref-146)
147. Holender [↑](#footnote-ref-147)
148. Perruchet [↑](#footnote-ref-148)
149. Vinter [↑](#footnote-ref-149)
150. Joordner [↑](#footnote-ref-150)
151. [Libet](http://link.springer.com/search?facet-author=%22B.+Libet%22) [↑](#footnote-ref-151)
152. Wright [↑](#footnote-ref-152)
153. Feinstein [↑](#footnote-ref-153)
154. Zajonc [↑](#footnote-ref-154)
155. Kunst-Wilson [↑](#footnote-ref-155)
156. Debner [↑](#footnote-ref-156)
157. Jackoby [↑](#footnote-ref-157)
158. Bargh [↑](#footnote-ref-158)
159. Pietromonaco [↑](#footnote-ref-159)
160. Gemar [↑](#footnote-ref-160)
161. Segal [↑](#footnote-ref-161)
162. Sagrati [↑](#footnote-ref-162)
163. Kennedy [↑](#footnote-ref-163)
164. Stroop [↑](#footnote-ref-164)
165. Rutherford [↑](#footnote-ref-165)
166. Chartrand [↑](#footnote-ref-166)
167. Schwartz [↑](#footnote-ref-167)
168. Kerisner [↑](#footnote-ref-168)
169. Hasher [↑](#footnote-ref-169)
170. Zacks [↑](#footnote-ref-170)
171. Walther [↑](#footnote-ref-171)
172. Weil [↑](#footnote-ref-172)
173. Dusing [↑](#footnote-ref-173)
174. Van den Bergh [↑](#footnote-ref-174)
175. Lipp [↑](#footnote-ref-175)
176. Purkis [↑](#footnote-ref-176)
177. Lovibond [↑](#footnote-ref-177)
178. Stahl [↑](#footnote-ref-178)
179. Unkelbach [↑](#footnote-ref-179)
180. Corneille [↑](#footnote-ref-180)
181. Diaz [↑](#footnote-ref-181)
182. Ruiz [↑](#footnote-ref-182)
183. Oughton [↑](#footnote-ref-183)
184. Lelievre [↑](#footnote-ref-184)
185. Hofmann [↑](#footnote-ref-185)
186. Perugini [↑](#footnote-ref-186)
187. Hammerl [↑](#footnote-ref-187)
188. Bloch [↑](#footnote-ref-188)
189. Silverthorne [↑](#footnote-ref-189)
190. Delayed conditioning [↑](#footnote-ref-190)
191. Stimultaneous conditioning procedure [↑](#footnote-ref-191)
192. Rozin [↑](#footnote-ref-192)
193. Wrezesniewski [↑](#footnote-ref-193)
194. Byrnes [↑](#footnote-ref-194)
195. Backward conditioning procedure [↑](#footnote-ref-195)
196. Stuart [↑](#footnote-ref-196)
197. Shimp [↑](#footnote-ref-197)
198. Engle [↑](#footnote-ref-198)
199. Bouton [↑](#footnote-ref-199)
200. Feature Positive Discrimination [↑](#footnote-ref-200)
201. Rescorla [↑](#footnote-ref-201)
202. Davey [↑](#footnote-ref-202)
203. Lavy [↑](#footnote-ref-203)
204. Martin [↑](#footnote-ref-204)
205. Olson [↑](#footnote-ref-205)
206. Russell [↑](#footnote-ref-206)
207. Aarts [↑](#footnote-ref-207)
208. Smith [↑](#footnote-ref-208)
209. Zarb [↑](#footnote-ref-209)
210. Neal [↑](#footnote-ref-210)
211. Edelmann [↑](#footnote-ref-211)
212. Inderbitzen- Nolan [↑](#footnote-ref-212)
213. Walters [↑](#footnote-ref-213)
214. Puklet [↑](#footnote-ref-214)
215. Videk [↑](#footnote-ref-215)
216. Vidmar [↑](#footnote-ref-216)
217. Ameringen [↑](#footnote-ref-217)
218. Mancini [↑](#footnote-ref-218)
219. Stayn [↑](#footnote-ref-219)
220. Donison [↑](#footnote-ref-220)
221. Comorbidity [↑](#footnote-ref-221)
222. Hornig [↑](#footnote-ref-222)
223. Johnson [↑](#footnote-ref-223)
224. Schneier [↑](#footnote-ref-224)
225. Weissman [↑](#footnote-ref-225)
226. Tanner [↑](#footnote-ref-226)
227. Stopa [↑](#footnote-ref-227)
228. Vythilingum [↑](#footnote-ref-228)
229. Stein [↑](#footnote-ref-229)
230. Soifer [↑](#footnote-ref-230)
231. Coles [↑](#footnote-ref-231)
232. Kent [↑](#footnote-ref-232)
233. Keohan [↑](#footnote-ref-233)
234. Lagreca [↑](#footnote-ref-234)
235. Stone [↑](#footnote-ref-235)
236. Self referential [↑](#footnote-ref-236)
237. Button [↑](#footnote-ref-237)
238. Browning [↑](#footnote-ref-238)
239. Munafo [↑](#footnote-ref-239)
240. Lewis [↑](#footnote-ref-240)
241. Papageorges [↑](#footnote-ref-241)
242. Ahmad [↑](#footnote-ref-242)
243. Allen [↑](#footnote-ref-243)
244. Teachman [↑](#footnote-ref-244)
245. Bukowski [↑](#footnote-ref-245)
246. Vernberg [↑](#footnote-ref-246)
247. Abwender [↑](#footnote-ref-247)
248. Ewell [↑](#footnote-ref-248)
249. Beery [↑](#footnote-ref-249)
250. Lopez [↑](#footnote-ref-250)
251. Cisler [↑](#footnote-ref-251)
252. Koster [↑](#footnote-ref-252)
253. Weeks [↑](#footnote-ref-253)
254. Fergus [↑](#footnote-ref-254)
255. Valentiner [↑](#footnote-ref-255)
256. Mc Grath [↑](#footnote-ref-256)
257. Stephenson [↑](#footnote-ref-257)
258. Gier [↑](#footnote-ref-258)
259. Jencius [↑](#footnote-ref-259)
260. Norton [↑](#footnote-ref-260)
261. Alden [↑](#footnote-ref-261)
262. Wallace [↑](#footnote-ref-262)
263. Delayed form [↑](#footnote-ref-263)
264. Amir [↑](#footnote-ref-264)
265. Foa [↑](#footnote-ref-265)
266. Hersen [↑](#footnote-ref-266)
267. Rosquist [↑](#footnote-ref-267)
268. Fenigstein [↑](#footnote-ref-268)
269. Musa [↑](#footnote-ref-269)
270. Lepine [↑](#footnote-ref-270)
271. Mensell [↑](#footnote-ref-271)
272. Gotlib [↑](#footnote-ref-272)
273. Kasch [↑](#footnote-ref-273)
274. Trail [↑](#footnote-ref-274)
275. Joormann [↑](#footnote-ref-275)
276. Arnow [↑](#footnote-ref-276)
277. Johnson [↑](#footnote-ref-277)
278. Heeren [↑](#footnote-ref-278)
279. Reese [↑](#footnote-ref-279)
280. Mc Nally [↑](#footnote-ref-280)
281. Philippot [↑](#footnote-ref-281)
282. De Hullu [↑](#footnote-ref-282)
283. Schreiber [↑](#footnote-ref-283)
284. Bohn [↑](#footnote-ref-284)
285. Aderka [↑](#footnote-ref-285)
286. Stangier [↑](#footnote-ref-286)
287. Steil [↑](#footnote-ref-287)
288. Arcowitz [↑](#footnote-ref-288)
289. Sarason [↑](#footnote-ref-289)
290. O’banion [↑](#footnote-ref-290)
291. Goldfried [↑](#footnote-ref-291)
292. Sobicinski [↑](#footnote-ref-292)
293. Cacioppo [↑](#footnote-ref-293)
294. Glass [↑](#footnote-ref-294)
295. Merluzzi [↑](#footnote-ref-295)
296. Bandura [↑](#footnote-ref-296)
297. Scheier [↑](#footnote-ref-297)
298. Carver [↑](#footnote-ref-298)
299. Schlenker [↑](#footnote-ref-299)
300. Leary [↑](#footnote-ref-300)
301. Kocovski [↑](#footnote-ref-301)
302. Endler [↑](#footnote-ref-302)
303. Fenigstein [↑](#footnote-ref-303)
304. Banse [↑](#footnote-ref-304)
305. Mucke [↑](#footnote-ref-305)
306. Egloff [↑](#footnote-ref-306)
307. Schmuckle [↑](#footnote-ref-307)
308. Spalding [↑](#footnote-ref-308)
309. Hardin [↑](#footnote-ref-309)
310. Roefs [↑](#footnote-ref-310)
311. Wiers [↑](#footnote-ref-311)
312. Stacey [↑](#footnote-ref-312)
313. Gamer [↑](#footnote-ref-313)
314. Luka- Krausgrill [↑](#footnote-ref-314)
315. Loan [↑](#footnote-ref-315)
316. Davies [↑](#footnote-ref-316)
317. Sonuga- Barke [↑](#footnote-ref-317)
318. Judith [↑](#footnote-ref-318)
319. Lisa [↑](#footnote-ref-319)
320. Ruth [↑](#footnote-ref-320)
321. Liebold [↑](#footnote-ref-321)
322. Mc Connell [↑](#footnote-ref-322)
323. Lepore [↑](#footnote-ref-323)
324. Kawakammi [↑](#footnote-ref-324)
325. Wittenbrink [↑](#footnote-ref-325)
326. Kilianski [↑](#footnote-ref-326)
327. Dividio [↑](#footnote-ref-327)
328. Monteith [↑](#footnote-ref-328)
329. Richter [↑](#footnote-ref-329)
330. Ridout [↑](#footnote-ref-330)
331. Sommer [↑](#footnote-ref-331)
332. Li [↑](#footnote-ref-332)
333. Lue [↑](#footnote-ref-333)
334. Yang [↑](#footnote-ref-334)
335. Zhang [↑](#footnote-ref-335)
336. Jila [↑](#footnote-ref-336)
337. Xiao [↑](#footnote-ref-337)
338. Baldwin [↑](#footnote-ref-338)
339. Murray [↑](#footnote-ref-339)
340. Rose [↑](#footnote-ref-340)
341. Bellavia [↑](#footnote-ref-341)
342. Holmes [↑](#footnote-ref-342)
343. Kusche [↑](#footnote-ref-343)
344. Kool [↑](#footnote-ref-344)
345. Van knippenberg [↑](#footnote-ref-345)
346. Terdal [↑](#footnote-ref-346)
347. Tomber [↑](#footnote-ref-347)
348. Downs [↑](#footnote-ref-348)
349. Valencia [↑](#footnote-ref-349)
350. Waugh [↑](#footnote-ref-350)
351. Krikpatrick [↑](#footnote-ref-351)
352. Trzesniewski [↑](#footnote-ref-352)
353. Donnellan [↑](#footnote-ref-353)
354. Robins [↑](#footnote-ref-354)
355. Moffitt [↑](#footnote-ref-355)
356. Casp [↑](#footnote-ref-356)
357. Packer [↑](#footnote-ref-357)
358. Balas [↑](#footnote-ref-358)
359. Sweklej [↑](#footnote-ref-359)
360. Havermans [↑](#footnote-ref-360)
361. Houben [↑](#footnote-ref-361)
362. Mitchell [↑](#footnote-ref-362)
363. Field [↑](#footnote-ref-363)
364. Jan [↑](#footnote-ref-364)
365. Band [↑](#footnote-ref-365)
366. Bolders [↑](#footnote-ref-366)
367. Stallen [↑](#footnote-ref-367)
368. Blanco [↑](#footnote-ref-368)
369. Campeas [↑](#footnote-ref-369)
370. Sanchez-lacay [↑](#footnote-ref-370)
371. Simpson [↑](#footnote-ref-371)
372. Marshall [↑](#footnote-ref-372)
373. Lin [↑](#footnote-ref-373)
374. Femandez [↑](#footnote-ref-374)
375. Mc Evoy [↑](#footnote-ref-375)
376. Nathan [↑](#footnote-ref-376)
377. Campbell [↑](#footnote-ref-377)
378. Clerkin [↑](#footnote-ref-378)