

اثربخشی تکنیک «آموزش تمرکز بر تکلیف» بر کاهش ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی

کریم گل محمدی^{۱*}، محمدرضا شعیری^۲، محمدعلی اصغری مقدم^۳، شیما ظهراپی^۴

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۳. استاد گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.
۴. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

چکیده

مقدمه: اختلال اضطراب اجتماعی را می‌توان اختلالی دانست که با ترس از ارزیابی منفی و سطوح بالای اضطراب و اجتناب در موقعیت‌های اجتماعی و عملکردی مشخص می‌شود. هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی تکنیک «آموزش تمرکز بر تکلیف» بر کاهش ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بود.

روش: روش پژوهش از نوع شبه تجربی و شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر از دانشجویان تمامی مقاطع دانشگاه شاهد بودند که از طریق پرسشنامه هراس اجتماعی (کانور و همکاران، ۲۰۰۰)، مصاحبه نیمه ساختاریافته‌ی بالینی (فرست، ۱۹۹۶) و فرم کوتاه ترس از ارزیابی منفی (لیری، ۱۹۸۳) مورد بررسی قرار گرفتند. بعد از تأیید اختلال اضطراب اجتماعی، ۲۰ نفر از این افراد به صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش (هر گروه ۱۰ نفر) قرار گرفتند. گروه آزمایش تحت مداخله با برنامه «آموزش تمرکز بر تکلیف» قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

نتایج: یافته‌ها نشان دادند که به کارگیری تکنیک «آموزش تمرکز بر تکلیف» باعث کاهش معنادار ترس از ارزیابی منفی در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل ($p=0/013$ و $t=2/76$) شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: بنابراین نتایج به دست آمده در عین اینکه همسو با دیگر نتایج بوده، زمینه‌ای مقدماتی برای استفاده از تکنیک یادشده را در جهت کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در نمونه‌های ایرانی فراهم ساخته است. هرچند پژوهش‌های بعدی باید سودمندی بیشتر این تکنیک را در ابعاد مختلف نمایان سازند.

کلیدواژه‌ها: اختلال اضطراب اجتماعی، تکنیک «آموزش تمرکز بر تکلیف»، ترس از ارزیابی منفی.

*Email: karimgolpsy68@gmail.com

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۵، شماره ۱، پیاپی ۲۸
بهار و تابستان ۱۳۹۶
صص: ۷-۱۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۷/۰۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۱/۳۰

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 15, No. 1, Serial 28

Spring & Summer
2017

pp.: 7-15

مقدمه

سطح معینی از اضطراب نه تنها برای بقا بلکه برای انجام امور زندگی ضروری می‌باشد ولی در صورت فراتر رفتن از سطح معینی، این اضطراب، نقش انطباقی خود را از دست داده و منجر به رفتارهای غیرانطباقی می‌شود که در این صورت می‌توان آن را بیمارگونه تلقی نمود [۱].

اختلال اضطراب اجتماعی را می‌توان یکی از انواع اختلالات اضطرابی دانست که با ترسی مشخص و ثابت از شرم‌منده شدن یا مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی، یا در زمان انجام فعالیتی در حضور دیگران است [۲]. افراد مبتلا به این اختلال از ارزیابی منفی دیگران در موقعیت‌های کارکردی مانند صحبت کردن در جلوی دیگران، امتحان دادن و یا نوشتن و موقعیت‌های اجتماعی مانند رفتن به مهمانی‌ها می‌ترسند و در نتیجه اغلب سعی می‌کنند که از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و یا با ناراحتی قابل توجهی این شرایط را تحمل می‌کنند [۳]. در دو دهه‌ی گذشته، پژوهش‌های بالینی قابل توجهی در زمینه‌ی اختلال اضطراب اجتماعی صورت گرفته است. یک عبارت کلیدی برای الگوهای شناختی رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی این است که اضطراب اجتماعی، به‌طور جزئی پاسخی به ارزیابی منفی ادراک شده از سمت و سوی دیگران است. ساختار ترس از ارزیابی منفی شامل احساس دلهره و نگرانی در مورد ارزیابی‌های دیگران، نگرانی ناشی از این ارزیابی‌های منفی و انتظار و توقعی است که دیگران در مورد یک نفر فقط به‌طور منفی قضاوت خواهند کرد، می‌باشد. مدل‌های مختلف اضطراب اجتماعی بیان می‌کنند که در اضطراب اجتماعی، توجه به سمت محرک‌های تهدیدکننده‌ای معطوف می‌شود که به‌طور خاص به ترس از ارزیابی منفی مربوط است. برای مثال بیان می‌کنند که وقتی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌ترسند که دیگران آن‌ها را مورد ارزیابی منفی قرار دهند، توجهشان را به سوی محرک‌های تهدیدکننده‌ی درونی مثل واکنش‌های اضطراب سوق می‌دهند. این مسئله شانس ارزیابی مجدد موقعیت را از بین می‌برد و با عملکرد اجتماعی در تعارض قرار می‌گیرد و باعث می‌شود شخص به این نتیجه برسد که ممکن است همان‌گونه که خود احساس می‌کند، از نظر دیگران نیز مضطرب به نظر برسد [۴]. همسو با این یافته‌ها، پژوهش‌های دیگر نیز نشان داده‌اند که سوگیری توجه به عملکرد افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی آسیب می‌رساند [۵، ۶، ۷، ۸]. برای مثال کارترز^۱ و همکاران وی در پژوهش خود بر روی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی به این نتیجه رسیدند

که این افراد در مقایسه با افراد گروه کنترل، سوءگیری توجه بیشتری دارند [۹]. این سوگیری توجه دلالت بر این دارد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، به‌طور منظم، یا توجه تسهیل شده به سمت تهدید اجتماعی یا مشکلاتی در رهایی از تهدید را نشان می‌دهند [۱۰]. تحقیقات نشان داده است که افراد دارای اضطراب اجتماعی توجه متمرکز بر خود افزایش یافته‌ای دارند و تمایل به ارزیابی بیش از اندازه قابلیت مشاهده نشانه‌های اضطراب دارند [۳].

در این راستا، مطالعاتی که به بررسی "سوگیری توجه" در اختلال اضطراب اجتماعی و تأثیر اصلاح آن در کاهش اضطراب اجتماعی پرداخته‌اند، به دو دسته تقسیم می‌شوند: یک دسته آن‌ها که بر اصلاح سوگیری توجه از محرک‌های اضطراب‌آور بیرونی (مثل واکنش‌های منفی یا مبهم مشاهده‌گران و ...) تأکید می‌کنند و دسته‌ی دیگر، آن‌هایی که بر اصلاح سوگیری توجه از محرک‌های اضطراب‌آور درونی (مثل توجه به تپش قلب، لرزش دست و صدا، تپش زدن و سرخ شدن) متمرکز شده‌اند که در این مدل‌ها تلاش بر کاهش اضطراب اجتماعی در مواجهه با محرک‌های اضطراب‌آور درونی است.

در حوزه‌ی رویکردهای نوع اول، تکنیک «آموزش توجه»^۲ مطرح می‌شود. هدف چنین آموزشی، این است که فرد یاد بگیرد تا توجه خود را از محرک‌های مرتبط با اضطراب در محیط به سوی محرک‌های خنثی هدایت کند [۱۱].

در حوزه‌ی رویکرد دوم نیز تکنیک «آموزش تمرکز بر تکلیف»^۳ مطرح می‌شود که بر آموزش توجه به جنبه‌های موقعیت (تکلیف) به جای تمرکز بر احساسات، تفکرات و علائم اضطراب تأکید می‌کند [۱۲]. چندین مطالعه نتایج مثبتی در زمینه‌ی تأثیر این تکنیک بر روی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی گزارش کرده‌اند. بوگلز و همکاران وی به بررسی تأثیر دو تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف و مواجهه واقعی^۴ ر روی ۳۱ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که هر دو روش در کاهش اضطراب مؤثر بوده و همچنین تکنیک تمرکز بر تکلیف تأثیر بیشتری نسبت به مواجهه در کاهش ترس از شرمندگی (سرخ شدن) در این افراد داشته است [۱۲، ۱۳].

² Attention Training Technique(ATT)

³Task Concentration Training(TCT)

⁴ Exposure Therapy(EXP)

¹ Kuckertz

که ۱۰ نفر در گروه کنترل و ۱۰ نفر در گروه آموزش تمرکز بر تکلیف جایگزین شدند. نمونه‌گیری پژوهش حاضر در دو مرحله انجام شده است:

مرحله اول (سرند مقدماتی): برای انجام پژوهش ابتدا «پرسشنامه هراس اجتماعی» بر روی دانشجویان دختر و پسر شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد دانشگاه شاهد با استفاده از روش خوشه‌ای مرحله‌ای توزیع گردید. در مرحله اول ۶۱۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شاهد (دانشکده‌های انسانی، کشاورزی، فنی‌مهندسی، علوم پایه، پرستاری، پزشکی و دندان‌پزشکی) پرسشنامه هراس اجتماعی را تکمیل کردند. از این تعداد، ۷۰ نفر دارای اضطراب اجتماعی بودند. بر اساس این پرسشنامه، با توجه به نقطه معیار ۲۴، افرادی که دارای نشانه‌های اضطراب اجتماعی بودند، انتخاب شده و وارد پژوهش شدند. این نمره با توجه به میانگین و انحراف معیار پژوهش ملیانی ($N=205$, $\bar{X}=18/17$ و $S=12/55$)، پژوهش عموزاده ($N=335$, $\bar{X}=15/11$ و $S=9/77$)، بابانویور ($N=15$) و عطرری فردرد ($N=7$, $\bar{X}=13/81$) و ($S=10$) در نظر گرفته شد [۱].

مرحله دوم (جایگزینی در گروه‌های دوگانه): در این مرحله از بین آزمودنی‌هایی که از طریق پرسشنامه هراس اجتماعی دارای اضطراب اجتماعی بالا تشخیص داده شده بودند، بر اساس مصاحبه ساختاریافته بالینی مبتنی بر چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی^۱ مورد ارزیابی قرار گرفتند. افرادی که تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را دریافت کردند ۴۰ نفر بودند که از این میان تعداد ۲۰ نفر که آمادگی همکاری با تحقیق حاضر و شرکت در جلسات آموزش تمرکز بر تکلیف را داشتند، به صورت تصادفی در دو گروه (آموزش تمرکز بر تکلیف و گروه کنترل) قرار گرفتند. برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده گردید.

ابزارهای پژوهش

(۱) پرسشنامه اضطراب اجتماعی^۲: این پرسشنامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی یا خرده‌مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیکی (۴ ماده) می‌باشد. هر ماده یا سؤال بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای، (۰) به هیچ وجه، (۱) کم، (۲) به شکل معمول، (۳) خیلی زیاد و (۴) بی‌نهایت، درجه‌بندی می‌شود و نمره کلی آن در دامنه‌ی ۰

در زمینه‌ی پژوهش‌های مربوط به ترس از ارزیابی منفی نیز پژوهش‌ها حاکی از همبسته بودن اساسی این مؤلفه با اضطراب اجتماعی است. در پژوهشی، نیکویی به بررسی نقش ترس از ارزیابی منفی و کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌پردازد. وی ۸۶۴ دانشجوی دانشگاه‌های شهرستان محلات را به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب می‌کند و ۳۱ نفر از دانشجویانی که نمره آن‌ها در مقیاس اضطراب اجتماعی بالاتر و ۳۱ نفر از دانشجویانی که نمره آنان پایین‌تر از نقطه برش بود انتخاب و به ترتیب به‌عنوان گروه مبتلا به اضطراب و گروه بهنجار مورد بررسی قرار می‌دهد. نتایج پژوهش حاکی از این امر بود که گروه مبتلا به اضطراب اجتماعی، ترس از ارزیابی منفی و کمال‌گرایی منفی بیشتر و کمال‌گرایی مثبت پایین‌تری نسبت به گروه بهنجار دارد [۱۴]. در پژوهش لطفی نیز، ۶۰ زن دارای اضطراب اجتماعی و ۶۰ زن عادی شهر گرگان مورد واریسی قرار گرفتند و نتایج بیانگر این مسئله بود که زنان دارای اضطراب اجتماعی در مقایسه با زنان سالم، ترس از ارزیابی منفی بیشتری داشتند [۱۵].

با توجه به ضرورت و پیامدهای اختلال اضطراب اجتماعی به‌ویژه ترس از ارزیابی منفی به‌عنوان محور این اختلال و از آنجایی که این تکنیک تاکنون در ایران مورد مطالعه واقع نشده است و اهمیت جامعه‌ی دانشجویی به‌عنوان جامعه‌ای که پویایی و رشد هر کشوری مرهون به تعالی و رشد این جامعه می‌باشد، لذا هدف پژوهش حاضر این می‌باشد که به تعیین تأثیر این تکنیک در نمونه‌ای از مبتلایان ایرانی بپردازد؛ بنابراین با توجه به تمهیدات یاد شده، مسئله اساسی پژوهش حاضر این است که آیا به‌کارگیری برنامه «آموزشی تمرکز بر تکلیف» می‌تواند میزان ترس از ارزیابی منفی مبتلایان به اضطراب اجتماعی را کاهش دهد؟

روش

نوع پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بوده است.

آزمودنی

(الف) جامعه آماری: جامعه آماری پژوهش حاضر دربرگیرنده‌ی تمامی دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه شاهد، شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۱۳۹۳-۱۳۹۴ بوده است.

(ب) نمونه آماری: حجم نمونه مورد مطالعه ۲۰ نفر بوده

¹ Structural Clinical Interview for DSM-IV(SCID-IV)

² social phobia inventory (SPIN)

تا ۶۸ قرار دارد.

همچنین این پرسشنامه قادر بوده است گروه دارای اختلال اضطراب اجتماعی را از گروهی که مبتلا به اختلال یاد شده نبودند، متمایز کند. ضریب بازآزمایی آن طی ۲ هفته، بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ و همسانی درونی آن به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۸۲-۰/۹۴ گزارش شده است. در ایران نیز، در پژوهشی آلفای کرونباخ این پرسشنامه بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی آن، ۰/۶۸ و اعتبار هم‌زمان آن در همبستگی با مقیاس‌های مورد استفاده (پرسشنامه خطای شناختی^۱، مقیاس درجه‌بندی حرمت خود^۲ و اضطراب فوبیک از نسخه تجدید نظر شده چک لیست نشانگان ۹۰ سؤالی^۳) به ترتیب ۰/۳۵، ۰/۵۸ و ۰/۷۰ (P<۰/۰۰۱)، گزارش شده است [۱۶].

۲) فرم کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی^۴: یک پرسشنامه ۱۲ ماده‌ای است که ترس افراد را از مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن توسط دیگران (که ویژگی اساسی افراد دارای اضطراب اجتماعی است) می‌سنجد. نمره‌های بالا نشان می‌دهند که فرد سطوح بالای اضطراب و ترس را تجربه می‌کند. این ابزار، انسجام درونی (آلفای کرونباخ) بالا (۰/۹۰) و پایایی بازآزمایی مناسبی را (r=۰/۷۵) در نمونه‌ای از دانشجویان نشان داده است و با نسخه اصلی این مقیاس همبستگی بالایی دارد (r=۰/۹۶). در ایران نیز نتایج یک پژوهش پایایی این آزمون را به روش بازآزمایی و بافاصله زمانی دو هفته بر روی ۱۵ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی برابر با ۰/۹۸؛ و همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ و بر روی ۲۴ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی برابر با ۰/۸۳، بیان می‌کند [۱۷].

۳) مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی: مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی «چهارمین طبقه‌بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی و به‌منظور تشخیص اختلالات روانی، به‌صورت نیمه-ساختاریافته طراحی شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در ایران توسط امینی و همکاران به شرح زیر گزارش شده است. در این پژوهش کاپا برای تمام تشخیص‌ها جز کل اختلالات اضطرابی بالاتر از ۰/۴ گزارش شد. همچنین، در اکثر تشخیص‌ها ویژگی، بالاتر از ۰/۸۵ و در نیمی از این تعداد بالاتر از ۰/۹ بوده که نشان‌دهنده ویژگی مطلوب این

مصاحبه ساختاریافته می‌باشد. در این پژوهش از ترجمه این مصاحبه توسط محمدخانی و همکاران استفاده شده است که در واقع مجموعه سؤالات مرتبط با اختلال اضطراب اجتماعی و تشخیص‌هایی افتراقی مربوط به آن از مجموعه-ی اصلی مجزا گردیده و در قالب یک مصاحبه‌ی محدود تنظیم شده است. از این مصاحبه برای تأیید اختلال اضطراب اجتماعی آزمودنی‌ها و موارد افتراقی در تشخیص استفاده شده است [۱۸].

۴) تکلیف آموزش تمرکز بر تکلیف^۵: تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف یک تکنیک درمانی ۶-۴ جلسه‌ای می‌باشد که توسط بوگلز و به‌منظور تغییر توجه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از خود و عوامل محیطی نامرتبط با تکلیف مانند آگاهی دیگران از نشانه‌های اضطراب فرد به سمت خود تکلیف طراحی شد. تکنیک شامل سه مرحله می‌باشد. در مرحله اول، فرد نسبت به فرآیندهای توجه و تأثیرات توجه معطوف به خود بینش پیدا می‌کند. در مرحله دوم بر تمرکز توجه به تکلیف در موقعیت‌های غیر تهدیدکننده تأکید می‌شود. در این بخش از درمان، به بیمار آموزش داده می‌شود تا در موقعیت‌های روزمره غیر تهدیدکننده، بر تکلیف متمرکز شود. مثلاً در جنگلی ساکت (انبوهی درخت یا پارک ساکت) قدم بزند و در حالی که دارد قدم می‌زند، به تمام جنبه‌های آن جنگل (بینایی، شنیداری، بویایی، لامسه)، علاوه بر بدن خود، توجه کند. نهایتاً در مرحله سوم تمرکز توجه به تکلیف در موقعیت‌های تهدیدکننده به فرد آموزش داده می‌شود. در این مرحله به‌منظور تمرین تمرکز توجه در موقعیت‌های تهدیدکننده، فهرستی از ویژگی‌های فرد در حوزه فیزیولوژیکی که فرد می‌ترسد اگر نشانه‌های فیزیولوژیکی و عدم کنترل آن‌ها را نشان دهد، پیامدهای ناخوشایندی دارد، طراحی می‌شود. این فهرست یک ساختار سلسله مراتبی دارد. اولین آیتم، ویژگی است که کمترین ترس را در فرد ایجاد می‌کند. هدف آن، به کار گرفتن تمرکز بر تکلیف در هر موقعیت، حواس‌پرتی در نتیجه فکر کردن درباره نشانه‌های فیزیولوژیکی و ناکارآمدی در کنترل آن‌ها و سپس تمرکز مجدد سریع توجه بر تکلیف می‌باشد [۱۲].

ساختار جلسات تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف:

جلسه اول: توضیح منطق درمان و ایجاد آمادگی در درمانجو به‌منظور اجرای پروتکل درمانی

جلسه دوم: انجام تمرین‌های گوش دادن که به‌موجب آن درمانگر شروع به نقل داستان‌هایی که رفته‌رفته پیچیده-

^۱ Cognitive Error Questionnaire(CEQ)

^۲ Self-Steem Rating Scale(SERS)

^۳ Symptom Check List-90-Revised(SCL-90)

^۴Brief Fear of Negative Evaluation scale(BFNE)

^۵ Task Concentration Training(TCT)

های افتراقی از آزمودنی‌ها مصاحبه بالینی ساختاریافته مبتنی بر چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری بیماری‌های روانی به عمل آمد. روال کار به این صورت بود که پس از تعیین وقت، شرکت‌کنندگان برای دریافت اطلاعات تکمیلی و انجام مصاحبه مراجعه کردند که در این قسمت یک دستیار خانم (کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی) برای مصاحبه با خانم‌ها با پژوهشگر همکاری داشت. ابتدا اطلاعات کلی و ضروری درباره‌ی پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت، سپس مصاحبه‌ی بالینی ساختاریافته متناسب با اختلال اضطراب اجتماعی و جنبه‌های افتراقی به عمل آمد. از آزمودنی‌هایی که تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را دریافت می‌کردند، خواسته می‌شد تا پرسشنامه اضطراب اجتماعی لیبوویتز را نیز پر کنند. در پایان آزمودنی‌هایی که تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را بر مبنای مصاحبه بالینی ساختاریافته دریافت کرده بودند به‌طور تصادفی در دو گروه «آموزش تمرکز بر تکلیف» و گروه کنترل قرار گرفتند. پس از انجام مراحل فوق، زمانی به‌منظور شروع برنامه‌ی درمانی با افراد گروه «آموزش تمرکز بر تکلیف» تنظیم شد. گروه کنترل در انتظار ماندند و به آن‌ها درباره‌ی انجام برنامه‌ی درمانی در فرصت زمانی دیگر گفتگو انجام شد.

شیوه تحلیل داده‌ها

برای تحلیل نتایج پژوهش نیز علاوه بر استفاده از آمار توصیفی برای به دست آوردن شاخص‌های توصیفی از آزمون t مستقل برای مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه بر اساس تفاضل نمرات پیش - پس آزمون دو گروه کنترل و آزمایش استفاده شد.

نتایج

میانگین و انحراف معیار سنی گروه آزمایش $21/30$ ($2/94$) و گروه کنترل $20/55$ ($2/96$) می‌باشد. مقایسه میانگین‌های سنی دو گروه بر اساس آزمون t (549)، $t=$ ، $P=0/000$ نشانگر تشابه دو گروه در ویژگی سنی است.

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی ترس از ارزیابی منفی در دو گروه آزمایش و کنترل بیان شده است.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که t مشاهده شده ناشی از مقایسه نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری نداشته است ولی t مشاهده شده ناشی از مقایسه تفاضل نمرات پیش - پس‌آزمون در متغیر ترس از ارزیابی منفی ($2/76$ و $p=0/013$) با یکدیگر تفاوت معنادار داشته است.

تر می‌شوند، می‌کند و درمانجو بایستی بعد از اتمام آن به بیان خلاصه آن پرداخته و میزان توجهش به تکلیف، خود و محیط را مشخص کند و به‌عنوان تکلیف خانگی، تمرین‌های تمرکز بر تکلیف را در منزل و در موقعیت‌های معمولی مانند جنگل و پارک انجام دهد.

جلسه سوم: در این جلسه به بررسی تکلیف خانگی جلسه قبل، بررسی موانع و مشکلات و نحوه حل آن‌ها پرداخته می‌شود و درمانجو با همکاری درمانگر اقدام به تهیه لیستی از موقعیت‌هایی که در آن‌ها دچار اضطراب می‌شود، می‌کند.

جلسه چهارم: موقعیت‌های بیان شده در لیست از موقعیتی که کمترین اضطراب را پدید می‌آورد، مورد تمرین قرار می‌گیرند و در صورتی که درمانگر آن را برای درمانجو می‌خواند، درمانجو شروع به تجسم آن‌ها و تلاش برای تمرکز توجه خود بر موقعیت و نه خود و دیگران می‌کند. تمامی موقعیت‌های مطرح در لیست (ده موقعیت) مورد تمرین قرار می‌گیرند و به‌عنوان تکلیف خانگی درمانجو ملزم به انجام آن‌ها در موقعیت طبیعی می‌شود.

جلسه پنجم: مجدد درباره‌ی منطق درمان و اطمینان از پذیرش آن بحث می‌شود و درمانگر، درمانجو را برای کارگیری این تکنیک در زندگی طبیعی و موانعی که ممکن است پدید آید و نحوه حل آن‌ها آماده می‌کند و نهایتاً یک بازه زمانی به‌منظور ارزیابی مجدد نشانه‌ها و تداوم تأثیرات پروتکل درمانی تنظیم می‌شود [۱۲].

شیوه انجام پژوهش

در مرحله نخست، پرسشنامه هراس اجتماعی در سطح وسیعی در دانشکده‌های مختلف دانشگاه شاهد (دانشکده انسانی، دانشکده کشاورزی، دانشکده علوم پایه، دانشکده فنی مهندسی، دانشکده پرستاری، دانشکده پزشکی و دانشکده دندان‌پزشکی) اجرا گردید. بعد از اجرای پرسشنامه نمره دانشجویان بررسی و نمرات ۲۴ و بالاتر از آن به‌عنوان نمرات دارای اضطراب اجتماعی بالا انتخاب شدند. پس از آن توسط دو دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی مرد و زن با دانشجویان پسر و دختر دارای اضطراب اجتماعی بالا تماس گرفته شد.

پس از توضیح مقدماتی درباره‌ی اجرای پژوهش از آن‌ها برای شرکت در پژوهش دعوت به عمل آمد. لازم به ذکر است که در ابتدای پرسشنامه هراس اجتماعی توضیحاتی درباره‌ی پژوهش داده شده بود و این تماس تنها برای ارائه توضیح مرحله بعد پژوهش انجام شد.

در مرحله بعد جهت تأیید تشخیص اولیه و تشخیص-

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به ترس از ارزیابی منفی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش و پس‌آزمون

| شاخص | | میانگین | | انحراف معیار | |
|---------------------|--------|----------|-----------|--------------|-----------|
| متغیر گروه | | پس‌آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | پیش‌آزمون |
| ترس از ارزیابی منفی | آزمایش | ۳۸/۶۰ | ۳۱/۸۰ | ۹/۱۱ | ۶/۴۶ |
| | کنترل | ۳۸/۷۰ | ۳۷/۲ | ۵/۹۲ | ۵/۶۱ |
| | کل | ۳۸/۶۵ | ۳۴/۵۰ | ۷/۴۸ | ۶/۵۰ |

جدول ۲. مقایسه متغیر ترس از ارزیابی منفی در دو گروه در مرحله پیش، پس و پیش-پس‌آزمون

| سطح معناداری | T مشاهده شده | درجه آزادی | انحراف معیار | میانگین | فراوانی | شاخص متغیر آزمون گروه | |
|--------------|--------------|------------|--------------|---------|---------|-----------------------|----------------------------|
| | | | | | | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
| ۰/۹۷۷ | ۰/۰۲۹ | ۱۸ | ۹/۱۱ | ۳۸/۶۰ | ۱۰ | آزمایش | پیش‌آزمون |
| | | | | | | کنترل | پس‌آزمون |
| ۰/۰۶۱ | -۱/۹۹ | ۱۸ | ۶/۴۶ | ۳۱/۸۰ | ۱۰ | آزمایش | ترس از ارزیابی منفی دیگران |
| | | | | | | کنترل | پس‌آزمون |
| ۰/۰۱۳ | ۲/۷۶ | ۱۸ | ۴/۰۷ | ۶/۸۰ | ۱۰ | آزمایش | پیش - پس‌آزمون |
| | | | | | | کنترل | پس‌آزمون |

بحث و نتیجه‌گیری

تکنیک مؤثری در کاهش ترس از ارزیابی منفی و سایر نشانه‌های اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد.

مالکینز و همکاران نیز ۳۱ آزمودنی را به‌طور تصادفی در دو گروه مواجهه واقعی و گروه آموزش تمرکز بر تکلیف قرار دادند. نتایج نشان داد که در پس‌آزمون، تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف اثربخشی بالاتری نسبت به تکنیک مواجهه دارد. همچنین در دوره پیگیری ۶ هفته‌ای نیز تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف به‌طور معناداری باعث تغییرات شناختی بیشتر در مقایسه با تکنیک مواجهه شده بود. در دوره یک‌ساله پیگیری آزمودنی‌ها بهبود بیشتری یافته بودند ولی تفاوتی بین دو گروه مواجهه و آموزش تمرکز بر تکلیف از نظر میزان بهبودی دیده نشد.

بوگلز در تحقیق دیگر به تأثیر تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی می‌پردازد. وی ۶۵ آزمودنی پژوهش را به‌صورتی تصادفی به دو گروه آموزش تمرکز بر تکلیف و آرمیدگی کاربردی تقسیم می‌کند. هر دو گروه بعد از اتمام دوره‌های خود، تحت درمان

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی تکنیک «آموزش تمرکز بر تکلیف» بر کاهش ترس از ارزیابی منفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج پژوهش نشان داد که تکنیک «آموزش تمرکز بر تکلیف»، تکنیکی مؤثر در کاهش ترس از ارزیابی منفی می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر را می‌توان همسو با نتایج پژوهش‌های سابق در این زمینه [۱۲، ۱۳، ۱۹] دانست. بوگلز و مالکینز در پژوهشی با عنوان «آموزش تمرکز بر تکلیف» به بررسی اثربخشی این تکنیک در افراد دارای اضطراب اجتماعی می‌پردازند. در این پژوهش دو آزمودنی مورد واری قرار می‌گیرند. در آزمودنی اول ابتدا ۶ جلسه تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف انجام می‌شود و سپس آزمودنی تحت ۶ جلسه درمان شناختی قرار می‌گیرد. آزمودنی دوم نیز تحت ۸ جلسه آموزش تمرکز بر تکلیف قرار می‌گیرد و سپس دوره‌ی ۸ جلسه‌ای درمان شناختی را نیز می‌گذارند. نتایج پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ساله نشان داد که تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف

که آن‌ها مطرح کرده‌اند، انتخاب می‌کنیم؛ یعنی در فرهنگ ما نیز همانند فرهنگ جوامع غربی از این نشانگان به منظور انتخاب فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی استفاده می‌شود. از طرف دیگر لازم است بیان کنیم که در فرهنگ جوامع غربی نیز همانند جامعه ما درمان متمرکز بر همین علائم و نشانگان است؛ بنابراین در صورت رعایت دقیق دستورالعمل‌های علمی می‌توان شاهد یافته‌های مشابه در پژوهش‌ها با توجه به وجود تفاوت‌های فرهنگی بود.

همچنین باید اشاره کرد که پژوهش‌های فوق‌الذکر شباهت‌ها و تفاوت‌هایی با پژوهش اخیر دارند که از آن جمله می‌توان به موارد زیر اشاره کرد. در پژوهش اخیر همان ابزارهایی مورد استفاده قرار گرفته است که در پژوهش‌های پیشین استفاده گردیده است. روند کار در این پژوهش مطابق با روند کار در پژوهش‌های پیشین بوده است. در زمینه تفاوت‌ها نیز می‌توان مواردی را ذکر کرد. برای مثال در برخی پژوهش‌های پیشین تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف با تکنیک‌های درمانی متفاوت مورد مقایسه قرار گرفته‌اند، در حالی که در این پژوهش تنها اثربخشی این تکنیک مورد نظر بوده است. در برخی پژوهش‌ها در این زمینه تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف با روش‌های دیگر مانند درمان شناختی تلفیق شده‌اند ولی در این پژوهش تنها به بررسی اثربخشی تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف بسنده شده است و بررسی اثرات تلفیقی مدنظر نبوده است؛ بنابراین فقط در سایه پژوهش‌های مستمر در این زمینه است که می‌توان به نتایج دقیق‌تر نزدیک شد. پژوهش اخیر نیز همانند هر پژوهشی دارای محدودیت‌های خاص خود می‌باشد که از آن جمله می‌توان به محدودیت در تعداد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل و عدم تعمیم یافته‌ها و عدم پیگیری تغییرات در متغیرها در اواسط جلسات درمانی اشاره کرد. به دلیل رضایت خود آزمودنی‌ها و داوطلبانه بودن و محدود بودن تعداد جلسات پژوهش بالینی، افت خاصی مشاهده نشد، اما انجام پیش‌آزمون (آزمودنی‌ها با گذراندن پیش‌آزمون تجربه‌ی بیشتری کسب می‌کنند و در آزمون نهایی ممکن است پاسخ تحت تأثیر پاسخ اولیه قرار گیرد)، رگرسیون آماری، سوگیری پژوهشگر و اثرات نو بودن محیط آزمایشی (اثر هاوتورن) و اثر انتظارات آزمایشگر (اثر روزنتال) مواردی است که در پرتو آن‌ها باید به نتایج نگریسته شود.

متناسب با محدودیت‌هایی که بیان گردید، پیشنهاداتی نیز ارائه می‌گردد تا موجب افزایش کیفیت و دقت پژوهش‌های آتی در این زمینه گردد که از آن جمله می‌توان انجام پژوهش‌هایی مشابه با تمرکز دقیق‌تر بر روی متغیرهای

شناختی نیز قرار می‌گیرند. نتایج پژوهش وی نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف در مقایسه با تکنیک آرمیدگی کاربردی بود.

البته این همسویی و همگامی نتایج به دست آمده با نتایج پژوهش‌های مشابه در دیگر کشورها به‌ویژه با نتایج پژوهش‌های واضع و طراح آموزش تمرکز بر تکلیف امری مناسب است اما از جهت دیگر بلافاصله باید اشاره کرد که اکنون بر چه اساسی می‌توان چنین یافته‌هایی را تبیین کرد؟

تبیین چنین امری را در آغاز می‌باید به پایه‌های نظری همچون سوگیری‌های توجهی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی متکی نمود که تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف از آن ناشی شده است. مطابق با مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی، تمرکز توجه به سمت بیرون باعث کاهش آگاهی از علائم بدنی و در نتیجه کاهش ترس از علائم بدنی و باورهای منفی می‌شود. همچنین گفته می‌شود که توجه متمرکز بر خود نقش عمده‌ای در آگاهی فرد نسبت به علائم اضطراب دارد. این آگاهی مفرط از علائم اضطراب نیز به نوبه‌ی خود باعث افزایش اضطراب در فرد می‌شود و بدین صورت فرد در چرخه‌ی معیوبی قرار می‌گیرد. در این راستا، ابزارهای اندازه‌گیری توجه نشان می‌دهند که آموزش تمرکز بر تکلیف باعث کاهش آگاهی فرد از توجه متمرکز بر خود می‌شود و بدین ترتیب باعث اختلال در چرخه مذکور شده و میزان اضطراب را کاهش می‌دهد؛ بنابراین، می‌توان علت تأثیرگذاری این تکنیک در کاهش علائم اضطراب اجتماعی را تأثیر آن بر تغییر توجه و کاهش توجه متمرکز بر خود دانست.

علاوه بر این تبیین باید به نکته دیگری هم توجه نمود و آن اینکه به لحاظ عملی نیز پژوهش اخیر از همان آغاز کار مطابق با پژوهش‌های پیشین در این زمینه از لحاظ روند پژوهش، ابزارهای مورد استفاده و ... پیش رفته و لذا از این لحاظ نیز انتظار دستیابی به نتایجی همسو با نتایج این پژوهش‌ها می‌رود.

از طرف دیگر شایسته است از خود پرسیم که با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در نمونه‌های ایرانی و غیر ایرانی، نتایج به دست آمده چگونه تبیین می‌شود؟ شاید بتوان با رعایت احتیاط‌های لازم علت را چنین بیان کرد که علیرغم تفاوت‌های فرهنگی در جامعه پژوهش حاضر و جوامع غربی، در زمینه اختلال اضطراب اجتماعی، همان علائم و نشانگانی که در جوامع غربی مطرح می‌شود، در فرهنگ ما نیز همان علائم و نشانگان دیده می‌شود. البته شاید اشاره به این نکته ضروری باشد که ما افراد مبتلا را بر همان اساس و نشانگانی

6- Cret, N. (2013). Attention Bias or the Attention Control Ability: Measuring the Role of Attention Bias as a Cause for Anxiety Vulnerability. *J. Procedia - Social and Behavioral Sciences*. Vol78: PP. 240 – 244.

7- Amir, N. Taylor, Ch. (2012). Combining Computerized Home-Based Treatments for Generalized Anxiety Disorder: An Attention Modification Program and Cognitive Behavioral Therapy. *J. Behavior Therapy*. Vol43: PP. 546–559.

۸- شفیعی، حسن. شقاقی، فرهاد (۱۳۹۰). تأثیر پردازش کلی چهره‌ای بر سوگیری توجه نسبت به چهره‌های هیجانی در کودکان مضطرب. *مجله روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، سال ۳، شماره ۵، صص ۱۲-۱.

9- Kuckertz, J. Gildebrant, E. Liliequist, B. Karlström, P. (2014). Moderation and mediation of the effect of attention training in social anxiety disorder. *J. Behavior Research and Therapy*. Vol 53: PP.30-40.

10- Stevens, S. Rist, F. Gerlach, AL. (2009). Influence of alcohol on the processing of emotional facial expressions in individuals with social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*. Vol 48(2):PP.125-140.

11- Maria, JW. Cowart, H. (201۲). Attention training in socially anxious children: A multiple baseline design analysis. *J. Anxiety Disorders*. Vol25:PP. 972 – 977.

12- Bogels, S. Mulkens, S. Jong, P. Jong, D. (1997). Task Concentration Training and Fear of Blushing. *J. Clinical Psychology and Psychotherapy*. Vol4 (4):PP. 251-258.

13- Mulkens S. Jong, P. (2001). Fear of blushing: Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *J. Anxiety Disorders*. Vol15:PP.413-432.

۱۴- نیکوئی، فاطمه (۱۳۹۰). بررسی رابطه ترس از ارزیابی منفی، ارزیابی مثبت و کمال‌گرایی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی و گروه کنترل. *مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی*، دوره ۷، شماره ۱۲، صص ۱۱۲-۹۳.

۱۵- لطفی، صدیقه؛ ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۲). مقایسه پردازش هیجانی و ترس از ارزیابی‌های مثبت و منفی در زنان دارای فوبی اجتماعی و زنان عادی. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. سال ۱۴، شماره ۳ (پیاپی ۵۳). صص ۱۱۱-۱۰۱.

جنسیتی، سنی، تعداد نمونه و ... به‌منظور دستیابی به نتایج دقیق‌تر در این زمینه، تنظیم سازوکاری به‌منظور بررسی تغییرات درمانی در متغیرهای پژوهش در فواصل زمانی مناسب، انجام پیگیری‌های چندگانه به‌منظور واریاسی پایداری نتایج به دست آمده و نیز انجام پژوهش‌های تلفیقی و مقایسه‌ای به‌منظور بررسی و مقایسه اثربخشی تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف در تلفیق یا در مقایسه با مداخله‌های درمانی دیگر اشاره کرد. در پایان نیز باید ذکر گردد که نتایج پژوهش کنونی حاکی از این امر می‌باشد که تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف تکنیکی مؤثر در کاهش ترس از ارزیابی منفی می‌باشد. لذا از این تکنیک می‌توان در صورت رعایت احتیاط‌های بالینی و رعایت ضوابط مربوط به آن در کاهش نشانه‌های اضطراب اجتماعی در مؤسسات، کلینیک‌ها، دانشگاه‌ها و سایر مراکز مرتبط با مشاوره و درمان اختلالات روان‌شناختی نمود.

منابع

۱- فلاح، طاهره. سهرابی، فرامرز. محمدی، علی زاده (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی موسیقی‌درمانی با تصور هدایت شده و راهبردهای شناختی بر کاهش میزان اضطراب دانش‌آموزان. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. سال سوم، شماره ۴، صص ۱۶-۹.

۲- رضیان، شیما؛ حیدری‌نسب، لیلا؛ شعیری، محمدرضا؛ ظهراپی، شیما. (۱۳۹۴) بررسی اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشانه‌های افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. سال ۲۲، شماره ۱۲، صص ۵۰-۳۷.

۳- ظهراپی، شیما. شعیری، محمدرضا. حیدری‌نسب، لیلا. رضیان، شیما (۱۳۹۴) اثربخشی برنامه گروه‌درمانی مبتنی بر پذیرش و ذهن‌آگاهی (MAGT) بر میزان ذهن‌آگاهی و انعطاف‌پذیری روانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی*. سال ۵، شماره ۱۷، صص ۸۰-۶۵.

4- Clark. D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.

5- Kerri, N. Jennie, M. Carlson, J. Amir, N. (2014). A pilot study evaluating a one-session attention modification training to decrease overeating in obese children. *J. Appetite*. Vol 76:PP. 180–185.

۱۶- بانوپور، ابوالفضل. شعیری محمدرضا. اصغری مقدم، محمدعلی (۱۳۹۳). اثربخشی ویدئوفیدبک در بهبود خودادراکی افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی. هفتمین سمینار بهداشت روانی دانشجویان، دانشگاه صنعتی اصفهان. صص ۶۵-۸۰.

۱۷- داداش زاده، حسین و همکاران (۱۳۸۹). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی و مواجهه درمانی بر میزان سوگیری تعبیر و ترس از ارزیابی منفی در اختلال اضطراب اجتماعی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی، سال ۱۸، شماره ۱. صص ۵۱ - ۴۰.

۱۸- فرست، مایکل بی و اسپیتزر، رابرت ال، گی بن، ماریام و ویلیامز، جانن بی. دابلو (۱۳۸۰). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال های DSM.IV.TR، ترجمه پروانه محمدخانی و همکاران. تهران: نشر دانش.

19- Bogels, S. (2006). Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. J. Behavior Research and Therapy. Vol44:PP. 1199-1210.

