



# Effectiveness of “Task Concentration Training” in Reducing the Anxiety Symptoms in Individuals with Social Anxiety Disorder

## ARTICLE INFO

### Article Type

Original Research

### Authors

Golmohammadi K.\* MSc,  
Shairi M.R.<sup>1</sup> PhD,  
Asghari Moghaddam M.A.<sup>1</sup> PhD

### How to cite this article

Golmohammadi K, Shairi M.R,  
Asghari Moghaddam M.A.  
Effectiveness of “Task  
Concentration Training” in  
Reducing the Anxiety Symptoms  
in Individuals with Social Anxiety  
Disorder. Horizon of Medical  
Sciences. 2017;23(1):21-26.

\*Clinical Psychology Department,  
Literature & Humanities Sciences  
Faculty, University of Shahed, Tehran,  
Iran

<sup>1</sup>Clinical Psychology Department,  
Literature & Humanities Sciences  
Faculty, University of Shahed, Tehran,  
Iran

### Correspondence

Address: Clinical Psychology De-  
partment, Humanities Sciences  
Faculty, Shahed University, Affront  
of Imam Khomeini Holy Shrine,  
Persian Gulf Freeway, Tehran, Iran  
Phone: +98 (21) 51212470  
Fax: +98 (21) 51212433  
karimgolpsy68@gmail.com

### Article History

Received: January 26, 2016  
Accepted: July 19, 2016  
ePublished: January 19, 2017

## ABSTRACT

**Aims** As a common disorder, the social anxiety disorder is characterized by the persistent fear of social situations and severe physical and mental reactions. Its prevalence and effect being noticed, different psychotherapy methods were raised to reduce or annihilate it. The aim of the study was to determine the effectiveness of task-concentration training technics on the social anxiety symptom reduction in persons with social anxiety.

**Materials & Methods** In the controlled pretest-posttest quasi-experimental study, 20 students with social anxiety disorder were studied in Shahed University in 2014-15 academic year. The subjects, selected via stepwise cluster sampling method, were randomly divided into two groups including control and experimental (task concentration training) groups. Data was collected using the social anxiety questionnaire and the structured clinical interview. Five one-hour task-concentration treatment sessions were conducted in experimental group. Data was analyzed by SPSS 16 software using independent T test.

**Findings** The mean scores of social anxiety and its sub-scales were not significantly different in experimental and control groups at the pretest stage ( $p>0.05$ ). Nevertheless, the pretest-posttest differences of the scores of social anxiety and its subscales including avoidance, fear, and physiologic discomfort between the groups were significant ( $p<0.05$ ).

**Conclusion** The task-concentration training techniques reduce the social anxiety symptoms in persons with social anxiety disorders.

**Keywords** Social Anxiety Disorder; Task Concentration Training; Cognitive Behavior Therapy

## CITATION LINKS

[1] Psychopathology [2] Social phobia: Overview of community surveys [3] Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry [4] Massage for low back pain: An updated systematic review within the framework of the Cultural differences in perceived social norms and social anxiety [5] Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis [6] Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis [7] Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy [8] Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs group formats [9] A randomized trial of attention training for generalized social phobia: Does attention training change social behavior? [10] A model of the development and maintenance of generalized social phobia [11] Attention training in socially anxious children: A multiple baseline design analysis [12] Attention bias modification treatment: a meta-analysis toward the establishment of novel treatment for anxiety [13] A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression [14] Attention training toward and away from threat in social phobia: Effects on subjective, behavioral, and physiological measures of anxiety [15] Exploring the function of selective attention and hypervigilance for threat in anxiety [16] Blushing and physiological arousability in social phobia [17] Research review: Attention bias modification (ABM): A novel treatment for anxiety disorders [18] Social self-reappraisal therapy for social phobia: Preliminary findings [19] Fear of blushing [20] Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating [21] The effect of mindfulness and acceptance-based group therapy on decreasing fear of negative evaluation in patients with social anxiety disorder [22] The effectiveness of video-feedback and use of video modeling in video feed-back process in the improvement of self-perception in the people with social anxiety [23] Structured clinical interview for DSM.IV.TR disorders [24] Task concentration training and fear of blushing

## اثربخشی "آموزش تمرکز بر تکلیف" بر کاهش نشانگان اضطراب در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی

کریم گل محمدی<sup>۱</sup> MSc

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

محمدرضا شعیری PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

محمدمعلی اصغری مقدم PhD

گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران

### چکیده

**اهداف:** اختلال اضطراب اجتماعی اختلال شایعی است که مشخصه آن ترس پایدار از موقعیت‌های اجتماعی و واکنش‌های جسمانی و روانی شدید است. با توجه به میزان شیوع و تأثیرات این اختلال، درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای کاهش یا از بین بردن آن پدید آمده است. هدف این پژوهش تعیین اثربخشی تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف بر کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بود.

**مواد و روش‌ها:** در این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل، ۲۰ نفر از دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه شاهد در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای مرحله‌ای انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش (آموزش تمرکز بر تکلیف) جایگزین شدند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی و مصاحبه ساختاریافته بالینی بود. پروتکل درمانی تمرکز بر تکلیف در ۵ جلسه یک‌ساعته برای گروه آزمایش برگزار شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار SPSS 16 و با استفاده از آزمون T مستقل صورت گرفت.

**یافته‌ها:** میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون در متغیر اضطراب اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن تفاوت معنی‌داری نداشت ( $p > 0.05$ )، ولی در مقایسه تفاضل نمرات پیش- پس‌آزمون در متغیر اضطراب اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیایی بین دو گروه تفاوت معنی‌دار مشاهده شد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف، بر کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موثر است. **کلیدواژه‌ها:** اختلال اضطراب اجتماعی، تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف، درمان شناختی- رفتاری

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۱/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۲۹

\*نویسنده مسئول: karimgolpsy68@gmail.com

### مقدمه

اضطراب به‌منزله بخشی از زندگی آدمی است، اما زمانی مایه نگرانی می‌شود که شدت آن به‌گونه‌ای باشد که توانایی عمل‌کردن در زندگی روزمره را مختل کند، به‌طوری که فرد دچار حالت ناسازگارانه‌ای شود که مشخصه آن واکنش‌های جسمانی و روانی شدید است [1]. یکی از انواع اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب اجتماعی است. اختلال اضطراب اجتماعی اختلالی شایع است. سن شروع این اختلال پایین و شیوع آن بین ۷ تا ۱۲٪ و گاهی بالای ۱۳٪ گزارش شده است [2-4].

با توجه به میزان شیوع و تأثیرات این اختلال، درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای کاهش یا از بین بردن آن پدید آمده است. از این بین، درمان‌های رفتاری و شناختی- رفتاری بیش از سایر درمان‌های روان‌شناختی برای کاهش نشانه‌های اختلال

اضطراب اجتماعی به‌کار برده شده و مورد بررسی قرار گرفته است [5-7]. مداخلات مورد اشاره در دو جنبه دنبال شده است؛ در گروه نخست برنامه‌های درمانی به‌صورت کلی و در گروه دوم، تکنیک‌های متداخل در برنامه‌های درمانی به‌شکل منفرد تحت مطالعه قرار گرفته‌اند.

بر این اساس باید توجه داشت که محدودیت‌های درمان شناختی- رفتاری، نیاز به انجام پژوهش‌هایی در زمینه عناصر تشکیل‌دهنده درمان را ضروری ساخته است تا الگوهای درمانی ضمن حفظ مولفه‌های کارآمد خود، به‌سوی حذف شیوه‌های غیرضروری حرکت کنند [8]. در همین راستا، عناصر شناختی اختلال اضطراب اجتماعی، اخیراً توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است [9]. به‌طور مثال، سوگیری توجه به‌سمت تهدید اجتماعی یکی از مکانیزم‌های مهمی است که تصور می‌شود باعث حفظ اضطراب اجتماعی می‌شود [10-13]. از سوی دیگر، بسیاری از افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی، به‌طور اختصاصی نگران این هستند که علائم قابل مشاهده، مثل سرخی چهره، عرق‌کردن یا لرزیدن، احساس درونی اضطراب را نشان دهند. تحقیقات نشان داده است که افراد دارای اضطراب اجتماعی خیلی بالا، تمایل به ارزیابی بیش از اندازه نشانه‌های قابل مشاهده اضطراب دارند و اعتقاد دارند که ظاهر بیرونی دقیقاً برانگیختگی فیزیولوژیک درونی را منعکس می‌کند [14]. افراد دارای اضطراب اجتماعی اعتقاد دارند که افراد دیگر به نشانه‌های اضطراب آنها توجه می‌کنند و این نشانه‌ها را به سبکی منفی تفسیر می‌نمایند [15]. گرلاچ و همکاران گزارش کردند که افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی با شکایت عمده از سرخ‌شدن، نسبت به افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی بدون این شکایت، به‌طور معنی‌داری بیشتر ادراک کرده‌اند که سرخ شده‌اند و این در حالی است که تفاوت فیزیولوژیک واقعی در رنگ چهره بین دو گروه وجود نداشت [16].

در این راستا، مطالعاتی که به بررسی "سوگیری تمرکز 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 غیره) تأکید می‌کنند و دسته دیگر، آنهایی که بر اصلاح سوگیری توجه از محرک‌های اضطراب‌آور درونی (مثل توجه به تپش قلب، لرزش دست و صدا، تپق‌زدن و سرخ‌شدن) متمرکز شده‌اند که در این مدل‌ها تلاش بر کاهش اضطراب اجتماعی در مواجهه با محرک‌های اضطراب‌آور درونی است. در حوزه رویکردهای نوع اول، تکنیک آموزش توجه (ATT) به‌عنوان تکنیکی تازه، کوشیده است هدف اساسی خود را مستقیماً متوجه بازسازی سوگیری‌های توجهی در مبتلایان به اضطراب کند [17، 18]. هدف چنین آموزشی، این است که فرد یاد بگیرد تا توجه خود را از محرک‌های مرتبط با اضطراب در محیط به‌سوی محرک‌های خنثی هدایت کند [11].

در حوزه رویکرد دوم نیز تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف (TCT) مطرح می‌شود که بر آموزش توجه به جنبه‌های موقعیت (تکلیف) به‌جای تمرکز بر احساسات، تفکرات و علائم اضطراب (توجه متمرکز بر خود) تأکید می‌کند.

چندین مطالعه نتایج مثبتی در زمینه تأثیر این تکنیک بر افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی گزارش کرده‌اند [19]. بوگنر به بررسی تأثیر دو تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف و مواجهه واقعی (EXP) روی ۳۱ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی پرداخت و به این نتیجه رسید که هر دو روش در کاهش اضطراب موثر بوده و

اجتماعی را تکمیل کردند. از این تعداد، ۷۰ نفر دارای اضطراب اجتماعی بودند. براساس این پرسش‌نامه، با توجه به نقطه معیار ۲۴، افرادی که دارای نشانگانهای اضطراب اجتماعی بودند، انتخاب شده و وارد پژوهش شدند. این نمره با توجه به پژوهش‌های قبلی انجام شده در این زمینه در نظر گرفته شد [22].

مرحله دوم (جایگزینی در گروه‌های دوگانه): در این مرحله آزمودنی‌هایی که از طریق پرسش‌نامه هراس اجتماعی (SPIN) دارای اضطراب اجتماعی بالا تشخیص داده شده بودند، براساس مصاحبه ساختاریافته بالینی (SCID-I) 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 و شرکت در جلسات برنامه TCT را داشتند، به صورت تصادفی در دو گروه آموزش تمرکز بر تکلیف و گروه کنترل قرار گرفتند. برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد:

**پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی (SPIN):** این پرسش‌نامه نخستین بار توسط کانور و همکاران و در سال ۲۰۰۰ به منظور ارزیابی هراس اجتماعی تهیه شد. این پرسش‌نامه یک مقیاس خودسنجی ۱۷ ماده‌ای است که دارای سه مقیاس فرعی یا خرده‌مقیاس ترس (۶ ماده)، اجتناب (۷ ماده) و ناراحتی فیزیولوژیک (۴ ماده) است. هر ماده یا سؤال براساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای با گزینه‌های "به هیچ وجه"، "کم"، "به شکل معمول"، "خیلی زیاد" و "بی‌نهایت" به ترتیب از صفر تا ۴ درجه‌بندی می‌شود و نمره کلی آن در دامنه صفر تا ۶۸ قرار دارد. همچنین این پرسش‌نامه قادر بوده است گروه دارای اختلال اضطراب اجتماعی را از گروهی که مبتلا به اختلال یادشده نبودند، متمایز کند. ضریب بازآزمایی آن طی ۲ هفته، بین ۰/۷۸ و ۰/۸۹ و همسانی درونی آن به وسیله آلفای کرونباخ ۰/۸۲-۰/۸۹ گزارش شده است. در ایران نیز در پژوهش حسونوند عموزاده و همکاران، 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، مقیاس درجه‌بندی حرمت خود و اضطراب فوبیک از نسخه تجدیدنظرشده چک‌لیست نشانگان ۹۰ سؤالی) به ترتیب ۰/۳۵، ۰/۵۸ و ۰/۷۰ گزارش شده است [22].

**مصاحبه ساختاریافته بالینی (SCID-I):** مصاحبه‌ای است که بر مبنای ملاک‌های تشخیصی چهارمین طبقه‌بندی آماری و تشخیصی بیماری‌های روانی (DSM-IV) و به منظور تشخیص اختلالات روانی، به صورت نیمه‌ساختاریافته طراحی شده است. ویژگی‌های روان‌سنجی این ابزار در ایران توسط امینی و همکاران 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 است. 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 تشخیص‌های افتراقی مربوط به آن از مجموعه اصلی مجزا شده و در قالب یک مصاحبه محدود تنظیم شده است. از این مصاحبه برای تایید اختلال اضطراب اجتماعی آزمودنی‌ها و موارد افتراقی در تشخیص استفاده شده است [23].

**تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف (TCT):** تکنیک TCT یا آموزش تمرکز بر تکلیف یک تکنیک درمانی ۶-۴ جلسه‌ای است که توسط بوگنر و همکاران به منظور تغییر توجه افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی از خود و عوامل محیطی نامرتب با تکلیف مانند آگاهی

همچنین تکنیک تمرکز بر تکلیف تاثیر بیشتری نسبت به مواجهه در کاهش ترس از سرخ‌شدن در این افراد داشته است. درباره علت این تاثیر می‌توان گفت که مطابق با مدل‌های شناختی اضطراب اجتماعی، تمرکز توجه به سمت بیرون باعث کاهش آگاهی از علایم بدنی و در نتیجه کاهش ترس از علایم بدنی و باورهای منفی می‌شود. در این راستا، ابزارهای اندازه‌گیری توجه نیز نشان می‌دهند که آموزش تمرکز بر تکلیف، نقش مهمی در کاهش توجه متمرکز بر خود دارد و بنابراین می‌توان علت تاثیرگذاری آن در کاهش علایم اضطراب اجتماعی را تاثیر آن بر تغییر توجه دانست [20].

با این اوصاف به نظر می‌رسد که الگوی شناختی- رفتاری مبتنی بر مواجهه برای اختلال اضطراب اجتماعی، به سان موجودیتی است که گام به گام در حال پیمایش مراحل تحول و تکامل خود در گستره بالینی است. موجودیتی که در نهایت با پیداکردن مسیر اصلی زایش خود، هویت واقعی‌اش را نمایان می‌سازد. هویتی که یا با تکیه بر ترس فرد از موقعیت اجتماعی یا بر مبنای ترس فرد از برملا شدن نواقص ویژگی‌های خویشتن، یا با دربرگرفتن هر دو جنبه هویدا می‌شود. نکته‌ای که در این میان نباید از نظر دور داشت، بستر این زایش، یعنی فرهنگی است که این اختلال در آن ظاهر می‌شود. بافت فرهنگی احتمالاً بر ادراک فردی از رفتار موفق اجتماعی و ارزیابی تهدید پیامدهای اجتماعی پیش‌بینی‌شده رفتار نابه‌جا و غیرقابل قبول، موثر است. برای مثال در فرهنگ‌های غربی، بیماران با شکایت سرخ‌شدن صورت و عرق‌کردن به متخصص مراجعه می‌کنند، در حالی که در فرهنگ‌های شرقی علایم این اختلال به عنوان ترس از اهانت به دیگران در نظر گرفته می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال می‌ترسند که برقراری تماس چشمی با دیگران، سرخ‌شدن صورت، نقایصی که در ظاهر خود تصور می‌کنند و بوی بد بدن آنها، توهین به دیگران بوده و آنها را آزار دهد [21].

با توجه به آنچه ذکر شد، از یک سو، لزوم بررسی اثربخشی تکنیک‌های مستقل و محدود درمانی به عنوان عناصری از درمان‌های وسیع‌تر و به منظور کشف مولفه‌های کارآمد درمان، و از سوی دیگر لزوم توجه به تفاوت‌های فرهنگی و تاثیر آن در اثربخشی درمان‌ها، مساله پژوهش حاضر را روشن می‌سازد. بنابراین با توجه به تمهیدات یادشده و بیان این مهم که تاکنون این تکنیک درمانی در ایران مورد مطالعه قرار نگرفته است، هدف اساسی پژوهش حاضر بررسی تاثیر برنامه آموزش تمرکز بر تکلیف (TCT) بر کاهش نشانگانهای اضطراب اجتماعی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی مبتلا به اضطراب اجتماعی بود.

## مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل است که در بین دانشجویان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی دانشگاه شاهد، شاغل به تحصیل در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ انجام شد. حجم نمونه مورد مطالعه ۲۰ نفر بود که ۱۰ نفر در گروه کنترل و ۱۰ نفر در گروه آزمایش (آموزش تمرکز بر تکلیف) جایگزین شدند.

نمونه‌گیری در دو مرحله انجام شد:

مرحله اول (سرند مقدماتی): برای انجام پژوهش ابتدا پرسش‌نامه هراس اجتماعی بین دانشجویان دختر و پسر شاغل به تحصیل در دوره کارشناسی و کارشناسی‌ارشد دانشگاه شاهد با استفاده از روش خوشه‌ای مرحله‌ای توزیع شد. در مرحله اول ۶۱۷ نفر از دانشجویان دانشگاه شاهد (دانشکده‌های انسانی، کشاورزی، فنی‌مهندسی، علوم پایه، پرستاری، پزشکی و دندان‌پزشکی) پرسش‌نامه هراس

جدول (۱) پروتکل درمانی تمرکز بر تکلیف

<b>جلسه اول</b>
توضیح منطق درمان و ایجاد آمادگی در درمان‌جو به‌منظور اجرای پروتکل درمانی.
<b>جلسه دوم</b>
انجام تمرین‌های گوش‌دادن که به‌موجب آن درمانگر شروع به نقل داستان‌هایی می‌کند که رفته‌رفته پیچیده‌تر می‌شوند 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.
<b>جلسه سوم</b>
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.
<b>جلسه چهارم</b>
موقعیت‌های بیان‌شده 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 (۱۰ موقعیت) مورد تمرین قرار می‌گیرند و به‌عنوان تکلیف خانگی درمان‌جو ملزم به انجام آنها در موقعیت طبیعی می‌شود.
<b>جلسه پنجم</b>
مجدداً درباره منطق درمان و اطمینان از پذیرش آن بحث می‌شود و درمانگر، درمان‌جو را برای به‌کارگیری 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.

تجزیه و تحلیل داده‌ها به‌وسیله نرم‌افزار SPSS 16 و با استفاده از آزمون T مستقل برای مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه براساس تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون صورت گرفت.

## یافته‌ها

میانگین سنی دو گروه آزمایش و کنترل به ترتیب  $21/30 \pm 2/94$  و  $20/55 \pm 2/96$  سال بود.

میانگین نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون در متغیر اضطراب اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن تفاوت معنی‌داری نداشت، ولی در مقایسه تفاضل نمرات پیش-پس‌آزمون در متغیر اضطراب اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های اجتناب، ترس و ناراحتی فیزیولوژیایی تفاوت معنی‌دار مشاهده شد (جدول ۲).

جدول (۲) مقایسه میانگین آماری نمرات اضطراب اجتماعی و خرده‌مقیاس‌های آن در دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تفاضل آنها

متغیرها	گروه آزمایش (۱۰ نفر)	گروه کنترل (۱۰ نفر)	معنی‌داری سطح
<b>اضطراب اجتماعی</b>			
پیش‌آزمون	$31/60 \pm 6/78$	$29/84 \pm 6/19$	۰/۵۵۲
پس‌آزمون	$17/10 \pm 6/70$	$26/20 \pm 8/31$	۰/۰۱۴
پیش-پس‌آزمون	$14/50 \pm 7/87$	$3/64 \pm 0/08$	۰/۰۰۲
<b>خرده‌مقیاس اجتناب</b>			
پیش‌آزمون	$13/40 \pm 2/50$	$13/40 \pm 3/47$	۱/۰
پس‌آزمون	$7/60 \pm 3/27$	$11/90 \pm 4/20$	۰/۰۲۰
پیش-پس‌آزمون	$0/80 \pm 2/89$	$1/50 \pm 2/27$	۰/۰۰۲
<b>خرده‌مقیاس ترس</b>			
پیش‌آزمون	$11/20 \pm 3/45$	$8/14 \pm 3/70$	۰/۰۷۲
پس‌آزمون	$6/40 \pm 3/16$	$7/40 \pm 3/09$	۰/۴۸۵
پیش-پس‌آزمون	$4/80 \pm 3/76$	$0/74 \pm 2/28$	۰/۰۰۹
<b>خرده‌مقیاس ناراحتی فیزیولوژیایی</b>			
پیش‌آزمون	$7/00 \pm 3/93$	$8/30 \pm 2/75$	۰/۴۰۵
پس‌آزمون	$3/10 \pm 1/52$	$6/90 \pm 3/84$	۰/۰۰۹
پیش-پس‌آزمون	$3/90 \pm 3/33$	$1/40 \pm 1/64$	۰/۰۴۷

دیگران از نشانه‌های اضطراب فرد به‌سمت خود تکلیف طراحی شد. تکنیک شامل سه مرحله است؛ 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 غیرتهدیدکننده تأکید می‌شود. در این بخش از درمان، به بیمار آموزش داده می‌شود تا در موقعیت‌های روزمره غیرتهدیدکننده، 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 فیزیولوژیک که فرد می‌ترسد اگر نشانه‌های فیزیولوژیک و عدم کنترل آنها را نشان دهد، پیامدهای ناخوشایندی داشته باشد طراحی می‌شود. این فهرست یک ساختار سلسله‌مراتبی دارد. اولین آیم، ویژگی است که کمترین ترس را در فرد ایجاد می‌کند. هدف آن، به‌کارگرفتن تمرکز بر تکلیف در هر موقعیت، حواس‌پرتی در نتیجه فکرکردن درباره نشانه‌های فیزیولوژیک و ناکارآمدی در کنترل آنها و سپس تمرکز مجدد سریع توجه بر تکلیف است [24].

اجرای پژوهش بدین صورت بود که؛ در مرحله نخست، پرسش‌نامه هراس اجتماعی SPIN در سطح وسیعی در دانشکده‌های مختلف دانشگاه شاهد (دانشکده انسانی، دانشکده کشاورزی، دانشکده علوم پایه، دانشکده فنی‌مهندسی، دانشکده پرستاری، دانشکده پزشکی و دانشکده دندان‌پزشکی) اجرا شد. 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 کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی مرد و زن با دانشجویان پسر و دختر دارای اضطراب اجتماعی بالا تماس گرفته شد. پس از توضیح مقدماتی درباره اجرای پژوهش از آنها برای شرکت در پژوهش دعوت به‌عمل آمد. لازم به ذکر است که در ابتدای پرسش‌نامه SPIN توضیحاتی درباره پژوهش داده شده بود و این تماس تنها برای ارایه توضیح مرحله بعد پژوهش انجام شد.

در مرحله بعد برای تأیید تشخیص اولیه و تشخیص‌های افتراقی از آزمودنی‌ها مصاحبه نیمه‌ساختاریافته SCID-I به‌عمل 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 (کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی) برای مصاحبه با خانم‌ها با پژوهشگر همکاری داشت. ابتدا اطلاعات کلی و ضروری درباره پژوهش در اختیار شرکت‌کنندگان قرار گرفت. سپس مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی SCID-I متناسب با اختلال اضطراب اجتماعی و جنبه‌های افتراقی به‌عمل آمد. در پایان آزمودنی‌هایی که تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی را بر مبنای مصاحبه SCID-I دریافت کرده بودند به‌طور تصادفی در دو گروه "آموزش تمرکز بر تکلیف" و گروه کنترل قرار گرفتند. پس از انجام مراحل فوق، زمانی برای شروع برنامه درمانی با افراد گروه "آموزش تمرکز بر تکلیف" تنظیم شد. گروه کنترل در انتظار ماندند و با آنها درباره انجام برنامه درمانی در فرصت زمانی دیگر گفت‌وگو به‌عمل آمد. پروتکل درمانی تمرکز بر تکلیف که روی گروه آزمایشی اجرا شد، شامل ۵ جلسه یک‌ساعته بود که به‌صورت هر هفته، یک جلسه برگزار می‌شد (جدول ۱). پس از پایان دوره آموزشی مجدداً پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی توسط دو گروه تکمیل شد.

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 غیره پیش رفته و لذا از این لحاظ نیز انتظار

دستیابی به نتایجی همسو با نتایج این پژوهش‌ها می‌رود. و در نهایت اینکه، شایسته است از خود پرسیم که با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در نمونه‌های ایرانی و غیرایرانی، 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 علایم و نشانگانی که در جوامع غربی مطرح می‌شود، البته شاید اشاره به این نکته ضروری باشد که ما افراد مبتلا را بر همان اساس و نشانگانی 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 علایم و نشانگان است. بنابراین در صورت رعایت دقیق دستورالعمل‌های علمی می‌توان شاهد یافته‌های مشابه در پژوهش‌ها با توجه به وجود تفاوت‌های فرهنگی بود.

پژوهش اخیر نیز همانند هر پژوهشی دارای محدودیت‌های خاص خود است که از آن جمله می‌توان به محدودیت در تعداد نمونه در دو گروه آزمایش و کنترل، عدم تعمیم یافته‌ها و عدم پیگیری تغییرات در متغیرها در اواسط جلسات درمانی اشاره کرد.

متناسب با محدودیت‌هایی که بیان شد، پیشنهاداتی نیز ارائه می‌شود تا موجب افزایش کیفیت و دقت پژوهش‌های آتی در این زمینه شود. ابتدا اینکه انجام پژوهش‌هایی مشابه با تمرکز دقیق‌تر بر متغیرهای جنسیتی، سنی، تعداد نمونه و غیره به منظور دستیابی به نتایج دقیق‌تر در این زمینه لازم است. همچنین تنظیم سازوکاری به منظور بررسی تغییرات درمانی در متغیرهای پژوهش در فواصل زمانی مناسب و نیز انجام پیگیری‌های چندگانه به منظور واریسی پایداری نتایج به دست آمده و انجام پژوهش‌های تلفیقی و مقایسه‌ای به منظور بررسی و مقایسه اثربخشی تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف در تلفیق یا در مقایسه با مداخله‌های درمانی دیگر نیز می‌باید باعث افزایش کیفیت پژوهش شود.

با این اوصاف و با توجه به پیامدهای اجتماعی و اقتصادی ناشی از اضطراب اجتماعی و همچنین اثربخشی تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف می‌توان در میان مداخلات درمانی این اختلال، جایگاهی را نیز برای این تکنیک نوین لحاظ کرد و به همین دلیل استفاده از این تکنیک در کلینیک‌های روان‌درمانی و مراکز مشاوره می‌تواند به منظور کاهش نشانگان اضطراب افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی کاربرد داشته باشد.

### نتیجه‌گیری

تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف، بر کاهش نشانگان اضطراب اجتماعی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی موثر است.

تشکر و قدردانی: پژوهشگران مراتب تشکر و قدردانی خود را از دانشجویانی که در این پژوهش شرکت کردند اعلام می‌دارند.

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف بر کاهش نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی بود. نتایج پژوهش نشان داد تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف، تکنیکی موثر در کاهش نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی است. نتایج پژوهش حاضر را می‌توان همسو با نتایج پژوهش‌های سابق در این حوزه دانست [19, 20, 24]. بوگنر و همکاران در پژوهشی با عنوان آموزش تمرکز بر تکلیف به بررسی اثربخشی این تکنیک در افراد دارای اضطراب اجتماعی پرداختند. در این پژوهش دو آزمودنی مورد واری قرار گرفتند. در آزمودنی اول ابتدا ۶ جلسه تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف انجام شد و سپس آزمودنی تحت ۶ جلسه درمان شناختی قرار گرفت. آزمودنی دوم نیز تحت ۸ جلسه آموزش تمرکز بر تکلیف قرار گرفت و سپس دوره ۸ جلسه‌ای درمان شناختی را نیز گذراند. نتایج پس‌آزمون و دوره پیگیری یک‌ساله نشان داد که تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف تکنیک موثری در کاهش ترس از ارزیابی منفی و سایر نشانگان اختلال اضطراب اجتماعی است [24].

نتایج پژوهش *مالکینتر* و همکاران نیز نشان داد که تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف اثربخشی بالاتری نسبت به تکنیک مواجهه واقعی (EXP) دارد. همچنین در دوره پیگیری ۶ هفته‌ای نیز تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف به طور معنی‌داری 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 [19]. بوگنر در تحقیقی دیگر، به بررسی تاثیر تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف (TCT) و آرمیدگی کاربردی (AR) در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی پرداخت. هر دو گروه بعد از اتمام دوره‌های خود، تحت درمان شناختی (CT) نیز قرار گرفتند. نتایج پژوهش وی نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر تکنیک آموزش تمرکز بر تکلیف در مقایسه با تکنیک آرمیدگی کاربردی بود [20].

به طور کلی می‌توان گفت که نتایج پژوهش اخیر همگام و همراستا با پژوهش‌های انجام شده در این زمینه است. البته این امر از یک جهت مناسب است که نتایج به دست آمده با آنچه در دیگر کشورها انجام شده دارای نتایج موازی و همسو است، به‌ویژه با نتایج پژوهش‌های واضع و طراح آموزش تمرکز بر تکلیف. 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 علایم بدنی و در نتیجه کاهش ترس از علایم بدنی و باورهای منفی می‌شود. همچنین گفته می‌شود که توجه متمرکز بر خود نقش عمده‌ای در آگاهی فرد نسبت به علایم اضطراب دارد. این آگاهی مفرط از علایم اضطراب نیز به نوبه خود باعث افزایش اضطراب در فرد می‌شود و بدین صورت فرد در چرخه 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 تاثیرگذاری این تکنیک در کاهش علایم اضطراب اجتماعی را تاثیر آن بر تغییر توجه و کاهش توجه متمرکز بر خود دانست.

- 12- Hakamata Y, Lissek S, Bar-Haim Y, Britton JC, Fox NA, Leibenluft E, et al. Attention bias modification treatment: a meta-analysis toward the establishment of novel treatment for anxiety. *Biol Psychiatry*. 2010;68(11):982-90.
- 13- Hallion LS, Ruscio AM. A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychol Bull*. 2011;137(6):940-51.
- 14- Heeren A, Hannah E, Reese Richard J, McNally P. Attention training toward and away from threat in social phobia: Effects on subjective, behavioral, and physiological measures of anxiety. *Behav Res Ther*. 2012;(50):30-9.
- 15- Richards HJ, Benson V, Donnelly N, Hadwin JA. Exploring the function of selective attention and hypervigilance for threat in anxiety. *Clin Psychol Rev*. 2014;34(1):1-13.
- 16- Gerlach AL, Wilhelm FH, Gruber K, Roth WT. Blushing and physiological arousability in social phobia. *J Abnorm Psychol*. 2001;110(2):247-56.
- 17- Bar-Haim Y. Research review: Attention bias modification (ABM): A novel treatment for anxiety disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(8):859-70.
- 18- Hofmann SG, Scepkowski LA. Social self-reappraisal therapy for social phobia: Preliminary findings. *J Cogn Psychother*. 2006;20(1):45-56.
- 19- Mulken S, Bögels SM, de Jong PJ, Louwers J. Fear of blushing. Effects of task concentration training versus exposure in vivo on fear and physiology. *J Anxiety Disord*. 2001;15(5):413-32.
- 20- Bogels SM. Task concentration training versus applied relaxation, in combination with cognitive therapy, for social phobia patients with fear of blushing, trembling, and sweating. *Behav Res Ther*. 2006;(44):1199-1210.
- 21- Zohrabi Sh, Shairi MR, Heydarinasab L. The effect of mindfulness and acceptance-based group therapy on decreasing fear of negative evaluation in patients with social anxiety disorder. *Razi J of Med Sciences*. 2016;22(140):1-11. [Persian]
- 22- Banopoor A. The effectiveness of video-feedback and use of video modeling in video feed-back process in the improvement of self-perception in the people with social anxiety [Dissertation]. Tehran: Shahed University; 2013. [Persian]
- 23- Frest L. Structured clinical interview for DSM-IV-TR disorders. Mohammad Khani P, Translator. Tehran: Danjeh; 2011. [Persian]
- 24- Bogels SM, Mulken S, De Jong PJ. Task concentration training and fear of blushing. *Clin Psychol Psychother*. 1997;4(4):251-8.

تاییدیه اخلاقی: پژوهشگران کلیه کدهای اخلاقی مربوط به تحقیقات روی نمونه‌های انسانی را رعایت و مجوزهای لازم را از مراجع ذیصلاح اخذ نمودند.

تعارض منافع: هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان وجود نداشته است.

سهم نویسندگان: کریم گل محمدی (نویسنده اول) پژوهشگر (۴۰٪)؛ محمدرضا شعیری (نویسنده دوم) پژوهشگر (۳۰٪)؛ محمدعلی اصغری مقدم (نویسنده سوم) پژوهشگر (۳۰٪)  
منابع مالی: پژوهش حاضر بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده است.

## منابع

- 1- Rozrnhan DL. *Psychopathology*. Seyyed Mohammadi, translator. Tehran: Arasbaran; 2011. [Persian]
- 2- Furmark T. Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(2):84-93.
- 3- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):593-602.
- 4- Heinrichs N, Rapee RM, Alden LA, Bögels S, Hofmann SG, Oh K], et al. Cultural differences in perceived social norms and social anxiety. *Behav Res Ther*. 2006;44(8):1187-97.
- 5- Feske U, Chambless DL. Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behav Ther*. 1995;26(4):695-720.
- 6- Gould RA, Buckminster S, Pollack MH, Otto MW. Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychol Scie Pract*. 1997;4(4):291-306.
- 7- Persons JB. Empiricism, mechanism, and the practice of cognitive-behavior therapy. *Behav Ther*. 2005;36(2):107-18.
- 8- Aderka IM. Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs group formats. *J Anxiety Disord*. 2009;23(1):12-7.
- 9- Bunnell BE, Beidel DC, Mesa F. A randomized trial of attention training for generalized social phobia: Does attention training change social behavior?. *Behav Ther*. 2013;44(4):662-73.
- 10- Kimbrel NA. A model of the development and maintenance of generalized social phobia. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(4):592-612.
- 11- Cowart MJ, Ollendick TH. Attention training in socially anxious children: A multiple baseline design analysis. *J Anxiety Disord*. 2011;25(7):972-7.