

Self-Focused Attention in Treatment of Social Anxiety: A Controlled Clinical Trial

Reyhaneh Sheykhan¹,
Shahram Mohammadkhani²,
Hamidreza Hasanabadi³

¹ MA Student in Clinical Psychology, School of Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

² MD, Assistant Professor, Department of Psychology, School of Educational Science and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

³ MD, Assistant Professor, Department of Educational Psychology, School of Educational Science and Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

(Received June 7, 2013; Accepted September 3, 2013)

Abstract

Background and purpose: Self-focused attention is a notable feature of social anxiety. The Self-Regulatory Executive Function (S-REF) model underscores the importance of both working on reducing excessive and uncontrollable self-focused attention. For this purpose, Wells (1990) developed an Attention Training Treatment (ATT) designed to modify dimensions of attention considered to be important in the maintenance of emotional vulnerability. The purpose of the current study was assessing the effect of ATT on anxiety and self-focused attention in socially anxious of adolescences.

Materials and methods: 184 participants were selected based on their score in Social Anxiety Scale for Adolescents (SAS-A), and Beck Depression Inventory. Then, after a social task, adolescent were asked to complete the Focus of Attention Questionnaire (FAQ). At last, 16 participants with high scores in FAQ were classified into experimental and control groups. Experimental group received 8 sessions of ATT. Two groups answered SAS-A and FAQ after sessions of 4 and 8 and also 1 month follow-up.

Results: Experimental group evidenced statistically reductions in social anxiety and self focused attention.

Conclusion: The results of this study suggest that anxiety can be lastingly modified through a brief attention manipulation without the use of other cognitive behavioral techniques. Future studies should to explore the mechanisms of change of attention.

Keywords: Social anxiety, self-focused attention, attention training technique, controlled clinical trial

توجه معطوف به خود در درمان اضطراب اجتماعی: یک کارآزمایی بالینی کنترل شده

ریحانه شیخان^۱
شهرام محمدخانی^۲
حمیدرضا حسن آبادی^۳

چکیده

سابقه و هدف: توجه معطوف به خود مشخصه اصلی در اضطراب اجتماعی می باشد. مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش بر اهمیت کاهش توجه معطوف به خود غیر قابل کنترل در درمان اختلالات تأکید می کند. برای این هدف، Wells درمان آموزش توجه (Attention training technique یا ATT) را به منظور تعدیل حوزه های توجه که در تداوم آسیب پذیری عاطفی مهم هستند، طراحی کرد. هدف مطالعه حاضر بررسی اثر ATT در کاهش توجه معطوف به خود و اضطراب اجتماعی نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی بود.

مواد و روش ها: تعداد ۱۸۴ شرکت کننده با توجه به نمره ای که در پرسشنامه اضطراب اجتماعی و افسردگی Beck کسب کرده بودند، غربال شدند. سپس، ۳۴ شرکت کننده خارج شده از غربال، یک متن را در مقابل دو بزرگسال غریبه خواندند و سپس به پرسشنامه کانون توجه پاسخ دادند. در نهایت ۱۶ شرکت کننده با توجه معطوف به خود بالا از غربال دوم انتخاب شدند. شرکت کننده ها به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و شاهد تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ATT دریافت کرد. بعد از جلسه چهارم، جلسه هشتم و ۱ ماه بعد از آموزش هر دو گروه به پرسشنامه های اضطراب اجتماعی و کانون توجه پاسخ دادند.

یافته ها: گروه آزمایش کاهش معنی داری در اضطراب اجتماعی و توجه معطوف به خود در طی آموزش و پیگیری ۱ ماهه نشان دادند.

استنتاج: شواهد حاکی از این است که اضطراب می تواند از طریق دست کاری توجه بدون به کارگیری تکنیک های شناختی - رفتاری به طور دیرپایی اصلاح شود. پیشنهاد می شود مطالعات بعدی به سایر مکانیسم های تغییر، توجه داشته باشند.

واژه های کلیدی: اضطراب اجتماعی، نوجوانان، توجه معطوف به خود، تکنیک آموزش توجه، کارآزمایی بالینی کنترل شده

مقدمه

درصد در طول عمر در جمعیت عمومی است (۱). اختلال اضطراب اجتماعی از رایج ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است و با آسیب در رشد کودک مرتبط می باشد (۲). با این حال، به علت ماهیت این اختلال، مبتلایان به اضطراب اجتماعی در مقایسه با مبتلایان به سایر اختلالات اضطرابی با فاصله بیشتری بعد از بروز علائم به دنبال کمک می روند (۳، ۴). برای حل این مشکل روزافزون، رویکردهای درمانی مختلفی ابداع شده است، که از آن میان، درمان های مبتنی بر

اختلال اضطراب اجتماعی (Social anxiety disorder) با ترس شدید از موقعیت های عملکردی و اجتماعی مشخص می گردد که در آن شخص ممکن است توسط دیگران مورد قضاوت یا کنجکاوی قرار گیرد و شخص هراس این را دارد که نحوه رفتار وی باعث تحقیر و شرمندگی شود. این اختلال، که به عنوان هراس اجتماعی (Social phobia) نیز شناخته می شود، سومین اختلال روان پزشکی رایج با شیوع حدود ۱۳

E-mail: reyhane.sheykhan@gmail.com

مؤلف مسئول: ریحانه شیخان - اراک: کوی علوی، خیابان رازی، کوچه انصار، کد پستی: ۴۷۷۱-۸-۳۸۱۹۷

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲. استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه روان شناسی تربیتی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۲/۳/۱۷ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۳۹۲/۵/۲۷ تاریخ تصویب: ۱۳۹۲/۶/۱۲

و محیطشان می‌کنند (۱۳، ۱۲). همچنین مطالعات تأکید دارند که تغییر توجه از بیرون به سوی اطلاعات درونی مشخصه محوری در اضطراب اجتماعی است. آن‌ها فرض می‌کنند که افراد با اضطراب اجتماعی بالا، توجه خود را از بیرون دور می‌کنند و به اطلاعات درونی توجه می‌کنند (۱۴، ۱۵).

مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش (S-REF یا Wells (Self-regulatory executive function model و Matthews، کنترل توجه را به عنوان یک عامل مهم دخیل در اختلالات عاطفی می‌داند. مدل S-REF یک الگوی بد کارکردی از پردازش شناختی موسوم به سندرم شناختی-توجهی (Cognitive attentional syndrome یا CAS) را مشخص می‌کند که شامل توجه معطوف به خود نامنعطف، افکار در جامانده (نشخوار فکری و نگرانی)، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ایی است که از عدم تأیید باورهای منفی جلوگیری می‌کنند. اثر CAS تداوم توجه معطوف به خود است که از این طریق آشفتگی‌های روانی باقی می‌مانند. به طور خاص، مواردی چون نگرانی و پایش تهدید، ظرفیت شناختی و توجهی را کاهش می‌دهند. از این رو افراد از توجه به سایر منابع اطلاعاتی که موجب تسهیل باورهای تعدیل‌کننده می‌شوند و مقابله به روش‌های سازگارانه، منع می‌شوند (۷). Wells مطرح می‌کند که «توجه معطوف به خود افراطی و نامنعطف، یک نشانگر بیرونی CAS است.» (۱۶).

بدین ترتیب بر اساس مدل Wells و Matthews در ارتباط با عادت‌های پردازشی ناسازگارانه می‌توان به نامنعطف بودن و شدت توجه معطوف به خود اشاره کرد. قابل تصور است که عادت‌های پردازشی ناکارآمد ممکن است با استفاده از تمرین‌های کنترل توجه غیر فعال شوند و برنامه‌های جدیدی برای پردازش فراهم آیند. این تمرین‌ها تمرکز بر خود را کاهش می‌دهند و کنترل منعطف پردازش را بالا می‌برند (۱۷). Hodson و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که توجه معطوف به خود یکی از پیش‌بینی‌کننده‌های اضطراب اجتماعی در سنین ۱۱ تا ۱۴ سال است. از این رو درمان کودکان و نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی باید به طور خاص، توجه

شواهد برای اختلال اضطراب اجتماعی، از رویکرد شناختی-رفتاری حاصل می‌آیند (۵). به طور کلی، درمان شناختی-رفتاری (Cognitive-behavior therapy یا CBT) سودمندی برابر با ۷۰-۵۰ درصد در کودکان و بزرگسالان مضطرب را نشان داده است (۶). با این حال نسبت معنی‌داری از بیماران با وجود بهترین مداخلات، تداوم علائم را گزارش می‌دهند (۷) و برخی از مبتلایان فعالانه به دنبال درمان‌های کمابیش بدیع می‌گردند. این موارد نیاز به تحقیقات بالینی به منظور توسعه و ارزیابی ابداعات درمانی برخاسته از نظریه‌ها را برجسته می‌کند (۸). به علاوه، در درمان‌های شناختی-رفتاری، شناخت درمانی و رفتار درمانی، بیشتر به محتوای فکر و رفتارهای اجتنابی توجه شده است، در حالی که بیشتر اختلالات اضطرابی علاوه بر موارد ذکر شده در فرآیند پردازش اطلاعات مانند راهبردهای کنترل فراشناختی و باورهای فراشناختی مثبت و منفی (۹) و سوگیری‌های توجهی نیز اختلال دارند (۶).

تحقیقات سال‌های اخیر نشان داده است که سوگیری توجه، نقش مهمی در سبب‌شناسی و تداوم اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند (۱۰، ۶). همچنین شواهد روان‌شناختی و فیزیولوژیکی مربوط به بدن، ارتباط بین اضطراب و سوگیری‌های توجه را نشان داده‌اند. بنابراین یک حوزه مرتبط با درمان‌های جدید، پردازش توجه می‌باشد (۱۱). پژوهشگرانی که بر نقش پردازش توجه در اختلال اضطراب اجتماعی تأکید دارند، بر این باور هستند که، در تعاملات اجتماعی، توجه فرد می‌تواند بر درون جنبه‌هایی از خود نظیر برانگیختگی، رفتار، افکار، عواطف یا ظاهر یا بر بیرون نظیر دیگران، حرکت دست یا محیط اطراف متمرکز شود. توجه معطوف به خود (Self-focused attention) به فرآیندی مربوط می‌شود که در آن توجه به سوی محرک‌های مربوط به خود هدایت می‌گردد (۱۲). فرض بر این است که توجه معطوف به خود، نقش مهمی در تداوم اضطراب اجتماعی ایفا می‌کند. نویسندگان متعددی بیان کرده‌اند که افراد دچار اضطراب اجتماعی در طول تعاملات اجتماعی بیشتر توجه‌شان را بر خود معطوف می‌کنند و توجه اندکی را صرف کارشان، افراد دیگر

این پژوهش شامل همه نوجوانان دارای علایمی از اضطراب اجتماعی در شهر اراک بود. از آن جا که مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که تعداد بیشتری از زنان ملاک‌های اضطراب اجتماعی را دارند (۲۱)، نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۱۶ نوجوان دختر با محدوده سنی ۱۲ تا ۱۵ سال (میانگین سن ۱۳/۲ سال) بود.

ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه

۱- مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (SAS-A یا Social anxiety scale for adolescents):

این مقیاس دارای ۱۸ گویه و سه زیر مقیاس است: ترس از ارزیابی منفی (Fear of negative evaluation یا FNE)، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید (Social anxiety disorder یا SAD-new) و اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی (SAD-general). هر گویه روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از اصلاً درست نیست (۱) تا کاملاً درست است (۵) درجه‌بندی می‌شود. استوار و رضویه ساختار سه عاملی این مقیاس را روی نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی مورد تأیید قرار دادند و پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی با فاصله زمانی از یک تا چهار هفته ۰/۸۸ گزارش کردند. افزون بر این میزان هم‌سانی درونی مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های FNE، SAD-new و SAD-general به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ گزارش نمودند. پرسش‌های این مقیاس با پاسخ‌های پنج‌گزینه‌ای پاسخ داده می‌شوند (۲۲).

۲- پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان:

این پرسشنامه شامل ۱۲ سؤال اصلی و ۹ سؤال اضافی است. روایی پرسشنامه از طریق ارجاع مواد مقیاس به ۱۰ متخصص بالینی کودک سنجیده شد و پس از تغییرات لازم بر روی ۱۵۴۶ نفر از کودکان ایرانی ۷ تا ۱۸ ساله اجرا شد. اعتبار آزمون با روش آلفای کرونباخ معادل ۰/۶۱ درصد می‌باشد. نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت از ۰ تا ۴ برای محورهای ۱ تا ۱۲ و برای سؤال‌های اضافی (۰ و ۱) بله و خیر

معطوف به خود را مورد توجه قرار دهد. بدین ترتیب بر اساس مدل S-REF راهبردهای درمانی باید برای تعدیل فراشناخت‌های مضر و راهبردهای مقابله‌ای مرتبط با آن‌ها تلاش کنند (۱۸). برای این منظور مداخلاتی چون آموزش توجه (Attention training technique یا ATT) طراحی شده‌اند (۷). Wells مطرح می‌کند که ATT می‌تواند از طریق کاهش توجه معطوف به خود، متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی، افزایش کنترل کارکردی بر توجه و پردازش و تقویت پردازش فراشناختی (در نظر گرفتن افکار به عنوان احتمال نه واقعیت) تأثیرات مثبتی داشته باشد (۱۹).

ATT به طور موفق در مورد طیفی از اختلالات اضطرابی در بزرگسالان به کار برده شده است (۶). این تکنیک از جمله در مورد بزرگسالان دارای اضطراب اجتماعی به کار گرفته شده است (۲۰، ۱۷). تنها مطالعه‌ای که ATT را در کودکان مورد بررسی قرار داده است مطالعه Cowart و Ollendick است. آن‌ها آموزش توجه را در دو کودک مبتلا به اضطراب اجتماعی به کار بردند، نتایج حاکی از کاهش اضطراب اجتماعی پس از ۱۰ جلسه ATT بود (۶)، اما در این مطالعه نیز کودکان سوگیری توجه نداشتند و گروه شاهد موجود نبود. به علاوه خانواده می‌دانستند که کودکان در حال دریافت نوعی درمان می‌باشند که این موارد تعمیم نتایج را محدود می‌کند.

بر خلاف موفقیت ATT در مدیریت اضطراب در بزرگسالان، تأثیر این تکنیک درمانی در رابطه با اضطراب کودکان و نوجوانان مورد بررسی قرار نگرفته است. با توجه به این که اضطراب اجتماعی یکی از شایع‌ترین مشکلات نوجوانان محسوب می‌شود که پیامدهای مخربی برای آن‌ها در پی دارد، برای مثال مانع رشد اجتماعی و پیشرفت تحصیلی و فردی آن‌ها می‌شود، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر آموزش توجه در کاهش اضطراب اجتماعی و توجه معطوف به خود نوجوانان طراحی شد.

مواد و روش‌ها

طرح مطالعه حاضر پس از آزمون با گروه شاهد بود. جامعه

شاهد تقسیم شدند. سپس گروه آزمایش ۸ جلسه تکنیک ATT را دریافت کرد و برای گروه شاهد هیچ مداخله‌ای انجام نشد. در این میان ۴ نفر ریزش کردند. از آن جا که نمونه مورد نظر جمعیت بالینی نبودند تحت درمان دارویی قرار نداشتند، قبل از شروع کار با هر یک از اعضا جلسه‌ای انفرادی برگزار شد تا شرح حال خلاصه‌ای دریافت شود، که در آن مشخص شد شرکت کنندگان تحت درمان روان‌شناختی قرار ندارند.

گروه آزمایش ATT را به شکل گروهی دریافت کرد. این درمان از ۳ قسمت تشکیل شد: توجه انتخابی، تغییر توجه و توجه تقسیم شده. هر جلسه ۱۲ دقیقه به طول انجامید که ۵ دقیقه برای توجه انتخابی، ۵ دقیقه برای تغییر سریع توجه و ۲ دقیقه برای توجه تقسیم شده، برنامه‌ریزی شده بود. از شرکت کنندگان خواسته شد تا بر یک نقطه ثابت تمرکز کنند و در طول تمرین بر آن نقطه متمرکز باقی بمانند. تعداد صداها می‌توانست متفاوت باشد، اما مهم این بود که تعداد صداها برای تکلیف کافی باشد. در این روش حداقل ۶ صدا در ابتدا به کار می‌رود. سطح دشواری می‌تواند به صورت‌های زیر تنظیم شود: فاصله کمتر صداها در فاز توجه انتخابی، افزایش تدریجی سرعت تغییر توجه در فاز تغییر و ارائه تعداد بیشتر صداها در طول جلسات (۱۶). طبق بسته آموزشی، این تکنیک باید دو بار در هفته و طی ۸ جلسه اجرا می‌شد (۷)، بنابراین جلسات در روزهای یک‌شنبه و پنج‌شنبه به مدت ۲۰ دقیقه برگزار گردید.

جلسه اول درمان ۴۵ دقیقه به طول انجامید. در جلسه اول منطق کار نیز مطرح شد. برای افراد مورد مطالعه گفته شد که اضطراب تجربه هیجانی ناخوشایندی است که از نوعی تهدید یا فقدان خبر می‌دهد. زمانی که افراد از طریق تغییر الگوی توجه و تفکر خود، به این تجارب هیجانی پاسخ می‌دهند، اضطراب تداوم می‌یابد و مشکل‌ساز می‌شود. هدف از این فرآیند سرکوب یا اجتناب از رویدادهای درونی نیست (برای مثال، افکار، احساسات)، بلکه هدف تمرین تمرکز توجه به طور منعطف به شیوه‌ای خاص می‌باشد. در جلسه اول تأکید شد که تجربه‌های مزاحم ناخواسته، باید به عنوان صداها

می‌باشد. مجموع نمرات مربوط به سؤال‌های اضافی تقسیم بر عدد ۹ می‌شود و سپس این نمره با نمره ۱۲ محور اصلی جمع می‌شود. کل نمره با مقیاس تراز شده مورد مقایسه قرار می‌گیرد و جایگاه فرد از نظر میزان افسردگی مشخص می‌گردد.

۳- پرسشنامه کانون توجه (FAQ) یا (Focus of attention questionnaire):

این پرسشنامه برای اندازه‌گیری کانون توجه افراد مضطرب اجتماعی در تعاملات اجتماعی ساخته شده است. از دو زیرمقیاس ۵ گویه‌ای شامل، کانون توجه متمرکز بر خود (Self-focus questionnaire) و کانون توجه بیرونی (External-focus questionnaire) تشکیل شده است. هر گویه روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از اصلاً درست نیست (۱) تا کاملاً درست است (۵) درجه‌بندی می‌شود. می‌توان نمره هر زیر مقیاس را به طور جداگانه محاسبه و استفاده کرد. ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه کانون توجه متمرکز بر خود و پرسشنامه کانون توجه بیرونی به ترتیب برابر ۰/۷۶ و ۰/۷۲ گزارش شده است. خیر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های توجه متمرکز بر خود و کانون توجه بیرونی به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند (۲۲).

روش اجرا

به منظور اجرای طرح، غربالگری در دو مرحله انجام گرفت. نخست به دو مدرسه از مدارس راهنمایی اراک مراجعه شد و در مقطع راهنمایی ۱۸۴ پرسشنامه اضطراب اجتماعی و افسردگی Beck تکمیل گردید. افراد دارای اضطراب اجتماعی بالا (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) انتخاب شدند و در نهایت ۳۴ شرکت کننده که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند. در مرحله دوم از غربالگری، موقعیتی ترتیب داده شد تا ۳۴ شرکت کننده در مقابل دو بزرگسال مطلبی را ارائه دهند. پس از ارائه مطلب، شرکت کنندگان پرسشنامه کانون توجه را پر کردند. در مرحله دوم غربالگری ۲۰ شرکت کننده انتخاب شدند. سپس این ۲۰ شرکت کننده به طور تصادفی به دو گروه ده تایی آزمایش و

اضافی قلمداد شوند (۱۶).

در پایان جلسات افراد آموزش می‌دیدند تا این تکنیک را دو بار در روز در خانه در زمانی که مضطرب نیستند به مدت ۱۵-۱۰ دقیقه تمرین کنند (۲۳). جلسات بعدی نیز شامل مرور تکلیف، بررسی مشکلات احتمالی در انجام تکلیف، تمرین توجه و تعیین تکلیف بود.

علاوه بر مرحله نخست، در پایان جلسه چهارم و هشتم، شرکت کنندگان به طور مجدد پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی و کانون توجه را تکمیل کردند. در نهایت در مرحله پیگیری، شرکت کنندگان ۱ ماه بعد نیز به این پرسشنامه‌ها پاسخ دادند.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی حاصل از گروه نمونه به تفکیک مراحل سه گانه در ابزارهای مورد پژوهش در زیر ارائه شده است. باید توجه داشت که نتایج غربال در تحلیل‌ها وارد نشده‌اند چرا که هدف از اجرای غربال همگن سازی شرکت کنندگان بود.

توجه معطوف به خود

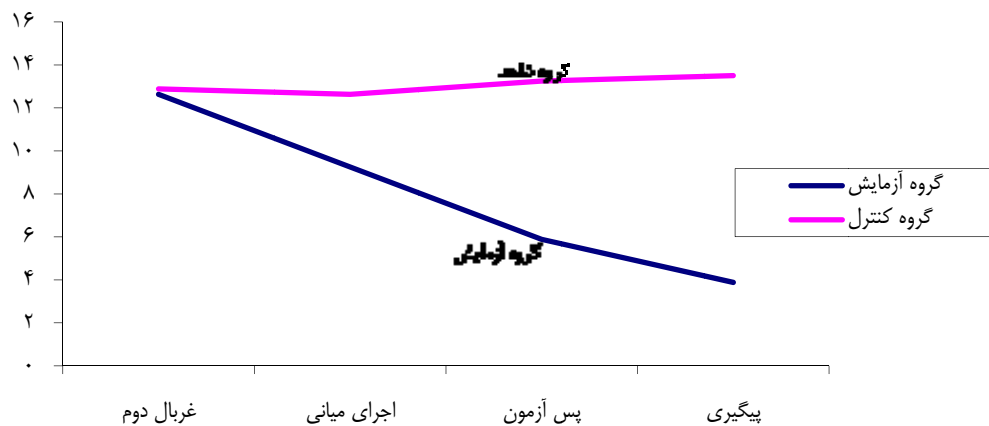
آزمون Levene نشان داد که همگنی واریانس‌ها در هر سه زمان اندازه‌گیری (اجرای میانی، پس‌آزمون و پیگیری) برقرار بود ($P > 0.05$). نتیجه تحلیل واریانس حاکی از این بود که اثر مداخله به طور کلی معنی‌دار بود ($X^2_p = 0.772$ ، $P < 0.001$ و $F_{(1, 14)} = 47.46$). حجم اثر بیانگر اهمیت و تأثیر مداخله بر روی گروه مورد مطالعه بود که حجم اثر (۰/۷۷) بسیار بالایی وجود دارد. به علاوه معنی‌داری بالینی در این مقیاس برابر با ۰/۶۹ بود، یعنی آموزش موجب کاهش توجه معطوف به خود شد.

اثر زمان: آزمون Mauchly حاکی از عدم برقراری مفروضه کرویت (Sphericity) بود ($P = 0.03$). نتایج آزمون ANOVA برای زمان و برای اثر متقابل با تصحیح درجات آزادی آن‌ها بر اساس الگوریتم Greenhouse-Geisser epsilon گزارش شد. نتیجه این آزمون برای زمان اندازه‌گیری نشان داد که اثر زمان معنی‌دار بود، یعنی گروه‌ها در طول زمان از نظر توجه معطوف به خود تغییر کرده بودند ($X^2_p = 0.47$ ، $P < 0.001$ و $F_{(1, 41, 19, 77)} = 12.18$). مقایسه میانگین‌ها (جدول شماره ۱) نشان می‌دهد که در طی سه زمان سنجش به طور کلی کاهش در نمرات توجه معطوف به خود در شرکت کنندگان دیده شد. همچنین مقایسه شهودی میانگین‌ها در طی سه زمان با میانگین غربال، حاکی از کاهش میانگین نمرات پس از اعمال کاربندی است.

اثر متقابل: در این مورد اثر زمان معنی‌دار بود (نمودار شماره ۱)، یعنی گروه مطالعه به طور کلی در طی زمان کاهش در توجه معطوف به خود داشتند اما منطقی نیست که بپذیریم گروه شاهد همراه با گروه آزمایش تغییر (کاهش در نمرات) داشتند بدین منظور آزمون اثر متقابل صورت گرفت. نتیجه آزمون ANOVA نشان داد که اثر متقابل گروه در زمان نیز معنی‌دار بود ($X^2_p = 0.63$ ، $P < 0.001$ ، $F_{(1, 41, 19, 77)} = 23.71$). حجم اثر نیز بسیار بالا بود. نمودار اثر متقابل بیانگر کاهش شدید نمرات فقط در گروه آزمایش پس از اعمال مداخله است اما در گروه شاهد نمرات کمابیش با ثبات باقی ماند و حتی اندکی افزایش نشان داشت که به زمان سنجش برمی‌گردد (نمودار شماره ۱). به علاوه تغییرات از اجرای میانی به پس‌آزمون و از پس‌آزمون به اجرای میانی معنی‌داری را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار مقیاس توجه معطوف به خود دو گروه در زمان‌های مختلف

گروه	مرحله			
	غربال	اجرای میانی	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش	۱۲/۶۳ ± ۳/۴۶	۹/۲۵ ± ۳/۲۸	۵/۸۸ ± ۲/۲۹	۳/۸۸ ± ۱/۳۶
شاهد	۱۲/۸۸ ± ۲/۱۷	۱۲/۶۳ ± ۲/۲۶	۱۳/۲۵ ± ۱/۹۹	۱۳/۵۰ ± ۱/۷۷
کل	۱۲/۷۶ ± ۲/۸۲	۱۰/۹۴ ± ۲/۷۷	۹/۵۶ ± ۲/۱۴	۸/۶۹ ± ۱/۵۷



نمودار شماره ۱: تغییرات نمره توجه معطوف به خود در زمان‌های مورد مطالعه در دو گروه با در نظر گرفتن اثر متقابل زمان و گروه

بالینی در این مقیاس برابر با ۰/۳۷ بود، یعنی آموزش موجب کاهش اضطراب اجتماعی شد.

اثر زمان: آزمون Mauchly حاکی از عدم برقراری مفروضه کرویت بود ($P = ۰/۰۲$). نتایج آزمون ANOVA برای زمان و برای اثر متقابل با تصحیح درجات آزادی آن‌ها بر اساس الگوریتم Greenhouse-Geisser epsilon گزارش شد. نتیجه آزمون ANOVA برای زمان اندازه‌گیری نشان داد که اثر زمان معنی‌دار بود، یعنی گروه‌ها در طی زمان از نظر اضطراب اجتماعی تغییر کرده بودند ($F_{(۱,۱۴)} = ۱۲/۱۸, P < ۰/۰۰۱, \eta^2_p = ۰/۵۲$). مقایسه میانگین‌ها (جدول شماره ۳) از اجرا میانی به پیگیری نشان می‌دهد که در طی سه زمان سنجش (اجرای میانی، پس آزمون و پیگیری) به طور کلی کاهش در نمرات اضطراب اجتماعی در شرکت کنندگان دیده شد. همچنین مقایسه شهودی میانگین‌ها (جدول شماره ۳) در طی سه زمان با میانگین غریبال حاکی از کاهش میانگین نمرات پس از اعمال کاربندی است. به علاوه تغییرات از اجرای میانی به پس آزمون و از پس آزمون به پیگیری کاهش معنی‌داری را نشان داد.

به طور کلی اثر مداخله، زمان و اثر متقابل مداخله و زمان بر روی توجه معطوف به خود پس از انجام مداخله در جدول شماره ۲ نشان داده شده است.

جدول شماره ۲: نتایج تحلیل واریانس در مورد توجه معطوف به خود

درجه آزادی	مقدار F	مقدار P	معنی‌داری عملی
۱	۴۷/۴۶	< ۰/۰۰۱	۰/۷۷۲
۱/۴۲	۱۲/۱۸	< ۰/۰۰۱	۰/۴۷
۱/۴۱	۲۳/۷۱	< ۰/۰۰۱	۰/۶۳

اضطراب اجتماعی

اثر مداخله: آزمون Levene نشان داد که همگنی واریانس‌ها در هر سه زمان اندازه‌گیری (اجرای میانی، پس آزمون و پیگیری) برقرار بود ($P > ۰/۰۵$). نتیجه آزمون ANOVA حاکی از این بود که اثر مداخله به طور کلی معنی‌دار بود ($F_{(۱,۱۴)} = ۷۷/۲۷, P < ۰/۰۰۱, \eta^2_p = ۰/۸۴$). حجم اثر (۰/۸۴) بیانگر اهمیت و تأثیر مداخله بر روی گروه مورد مطالعه بود که حجم اثر بسیار بالایی بود. معنی‌داری

جدول شماره ۳: میانگین و انحراف معیار پرسشنامه اضطراب اجتماعی برای دو گروه در زمان‌های مختلف

گروه	غریبال	اجرای میانی	پس آزمون	پیگیری	کل
آزمایش	۶۳ ± ۵/۰۴	۵۴/۳۸ ± ۵/۵۵	۴۵/۸۸ ± ۵/۹۲	۳۹/۶۳ ± ۷/۵۹	۴۶/۶۳ ± ۶/۳۵
شاهد	۶۴/۷۵ ± ۴/۹۵	۶۸/۳۸ ± ۶/۸۳	۶۸/۵۰ ± ۵/۶۸	۶۹/۲۵ ± ۲/۴۳	۶۹/۰۴ ± ۴/۹۵
کل	۶۳/۸۷ ± ۴/۹۹	۶۱/۳۸ ± ۶/۱۴	۵۷/۷ ± ۵/۸	۵۴/۴۴ ± ۵/۰۱	۵۷/۸۴ ± ۵/۶۵

اثر متقابل: در این مورد اثر زمان معنی دار بود یعنی گروه مطالعه به طور کلی در طی زمان کاهش در اضطراب اجتماعی داشتند اما بدون در نظر گرفتن اثر متقابل کاهش در نمرات در گروه شاهد مانند گروه آزمایش دیده شد. برای تعیین تفاوت نمرات بین دو گروه آزمون اثر متقابل صورت گرفت. نتیجه آزمون ANOVA نشان داد که اثر متقابل گروه در زمان نیز معنی دار بود ($X^2_p = 0/63$ ، $F_{(1/41, 19/77)} = 23/71$ ، $P < 0/001$ و حجم اثر نیز بسیار بالا است. نمودار اثر متقابل بیانگر کاهش شدید نمرات فقط در گروه آزمایش پس از اعمال مداخله بود اما در گروه شاهد نمرات کمابیش با ثبات باقی ماند. به علاوه تغییرات از اجرای میانی به پس آزمون و از پس آزمون به اجرای میانی کاهش معنی داری را نشان داد.

جدول شماره ۴ اثر مداخله و زمان به تنهایی و نیز اثر متقابل آن‌ها را بر تغییر اضطراب اجتماعی نشان می‌دهد.

جدول شماره ۴: نتایج تحلیل واریانس در مورد اضطراب اجتماعی				
درجه آزادی	مقدار F	مقدار P	معنی داری عملی	
۱	۷۷/۲۷	< ۰/۰۰۱	۰/۸۴	اثر مداخله
۱/۴۲	۱۲/۱۸	< ۰/۰۰۱	۰/۵۲	اثر زمان
۱/۴۱	۲۳/۷۱	< ۰/۰۰۱	۰/۶۳	اثر متقابل

بحث

مطالعه حاضر به دنبال بررسی اثر ATT بر اضطراب و توجه معطوف به خود نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی بود. ما فرض کردیم که ATT موجب کاهش اضطراب اجتماعی و توجه معطوف به خود می‌شود، که نتایج مطالعه این فرض را تأیید کرد.

مدل S-RFE فرض می‌کند که بسیاری از اطلاعاتی که افراد دچار اختلال روان‌شناختی به منظور ارزیابی و خودتنظیمی به کار می‌برند، ریشه در درون دارد و برخاسته از حافظه، احساسات و برداشت از خود می‌باشد. این اطلاعات درونی، که یک مؤلفه از توجه معطوف به خود می‌باشند، هم

بر ارزیابی از معنای رویدادها و هم بر ارزیابی از خود تأثیر می‌گذارد و هم الگویی برای قطع یا تداوم تلاش‌های مقابله‌ای فراهم می‌آورد (۲۴). بر این اساس تضعیف توجه معطوف به خود در اختلالات عاطفی مؤثر خواهد بود چرا که آن شدت پاسخ‌های عاطفی و جسمانی را کاهش خواهد داد. این روند تنها توجه را از عاطفه و حالات فیزیولوژیکی دور نمی‌کند، بلکه توجه انتخابی به افکار منفی را در حالات عاطفی کاهش می‌دهد. از طریق کاهش توجه معطوف به خود، احیای خودآگاهی منفی خاموش می‌گردد (۲۴). بدین ترتیب ATT به شرکت‌کنندگان کمک می‌کند تا توجه خود را از احساسات درونی به سوی محرک‌های بیرونی هدایت کنند. همچنین ATT در گوش به زنگی به احساسات در طول زمان تغییراتی را سبب شد و موجب شد تا توجه شرکت‌کنندگان بیشتر به سوی بیرون هدایت شود. این نتایج هم‌سو با یافته‌های مطالعه‌ای دیگر (۶) بود.

تمرکز بر خود موجب می‌شود افراد از نشانه‌های عملکرد پایین‌تر از حد مطلوب آگاه شوند، این آگاهی به اضطراب و ترس زیاد از ارزیابی منفی منجر می‌شود. به عبارتی توجه معطوف به خود تفکر خود ارزیابانه را افزایش می‌دهد. به علاوه توجه معطوف به خود می‌تواند شناخت‌های منفی را با تغییر در سوگیری‌های اسنادی در افراد دارای اضطراب اجتماعی افزایش دهد. این تمایل به خوداسنادی برای شکست اجتماعی می‌تواند کارکرد توجه معطوف به خود باشد. توجه معطوف به خود ممکن است اسنادهای درونی را برای شکست سبب شود، چرا که موجب آگاهی از عیب‌ها در فرد می‌گردد و این مسأله سبب می‌شود که فرد خود و عیب‌هایش را منبع خوبی برای اسناد علیت بداند (۲۵). از این رو کاهش افکار منفی معطوف به خود به طور بالایی با کاهش اضطراب اجتماعی هم‌بسته است که این نشان می‌دهد که مداخله منجر به تغییر ارائه بیمار از خود به شیوه‌ای مثبت همراه با کاهش فراوانی افکار منفی معطوف به خود شده است. این نتایج هم‌سو با دیگر مطالعاتی هستند که نشان دادند توجه معطوف به خود با اضطراب اجتماعی ارتباط قوی دارد (۲۸-۲۶، ۱۵).

هدف از آموزش تکنیک آموزش توجه، تغییر فرایندهای محوری کنترل، وارونه سازی سبک‌های پردازشی مضر و بهبود جریان اطلاعات انطباقی‌تر به حیطه هشیاری است که می‌تواند محتوای دانش ما را تغییر دهند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از ابزارهای خود گزارشی بود، چرا که در اجرای میانی، پس‌آزمون و پیگیری شرکت‌کنندگان تنها با تصور حضور در یک تعامل اجتماعی به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. به علاوه چون آموزش به شکل گروهی انجام شد و گروه نیز می‌توانست در کاهش اضطراب اجتماعی تأثیرگذار باشد، ما در این پژوهش اثر گروه و اثر ATT را به طور جداگانه بررسی نکردیم. در این پژوهش از شرکت‌کنندگان دارای اضطراب اجتماعی بالا استفاده شد، از این رو تعمیم نتایج به گروه بالینی دشوار می‌باشد. از این رو پژوهش‌های بعدی باید گروه‌های بالینی و نمونه گسترده‌تر را در برگیرند. پژوهش‌های بعدی باید نحوه تغییر در باورهای فراشناختی، نظارت و پایش تهدید را در نتیجه ATT بررسی کنند تا از این طریق مکانیسم‌های تغییر آشکارتر شوند.

افرادی که از موقعیت‌های بین فردی می‌ترسند و ارزیابی منفی دیگران را پیش‌بینی می‌کنند، فراشناخت‌های متمرکز بر خود بسیاری دارند. سوگیری‌های توجهی عمیق مشخصه این گروه از افراد است که با عملکرد اجتماعی رضایت‌بخش تداخل می‌کند. مراجعان پیوسته تلاش می‌کنند که برانگیختگی خود را نظارت کنند، عملکرد خود و ادراک دیگران از خود را ارزیابی کنند و ارزیابی‌های بیرونی را پیش‌بینی کنند. آن‌ها همچنین نسبت به خود حساس هستند (نسبت به این که چه می‌گویند، چطور به نظر می‌رسند و آیا خوب عمل می‌کنند). آن‌ها فکر می‌کنند که توانایی برخورد مناسب و دل‌پذیر را در تعاملات اجتماعی ندارند.

این خود ارزیابی و خود نظارتی با فرایند توجه تداخل می‌کند. بر این اساس ATT، برنامه‌های کنترل و هدایت پردازش تحت کنترل را تقویت می‌نماید و انعطاف‌پذیری در کنترل شناختی را که در اثر اختلال روان‌شناختی مختل می‌شود، افزایش می‌دهد. تغییر فرایندهای توجه، چیزی فراتر از استفاده از توجه برگردانی ساده است. در رویکرد فراشناختی،

References

- Rao PA, Beidel DC, Turner SM, Ammerman RT, Crosby LE, Sallee FR. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: descriptive psychopathology. *Behav Res Ther* 2007; 45(6): 1181-91.
- Kley H, Heinrichs N, Bender C, Tuschen-Caffier B. Predictors of outcome in a cognitive-behavioral group program for children and adolescents with social anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2012; 26(1): 79-87.
- Wagner R, Silove D, Marnane C, Rouen D. Delays in referral of patients with social phobia, panic disorder and generalized anxiety disorder attending a specialist anxiety clinic. *J Anxiety Disord* 2006; 20(3): 363-71.
- Kashdan TB, Herbert JD. Social anxiety disorder in childhood and adolescence: current status and future directions. *Clin Child Fam Psychol Rev* 2001; 4(1): 37-61.
- Bieling PJ, McCabe RE, Antony MM. *Cognitive-Behavioral Therapy in Groups*. New York, NY: Guilford Press; 2006. p. 195-6.
- Cowart MJ, Ollendick TH. Attention training in socially anxious children: a multiple baseline design analysis. *J Anxiety Disord* 2011; 25(7): 972-7.
- McEvoy PM, Perini SJ. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. *J Anxiety Disord* 2009; 23(4): 519-28.
- Amir N, Beard C, Taylor CT, Klumpp H, Elias J, Burns M, et al. Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2009; 77(5): 961-73.
- Wells A, Papageorgiou C. Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy* 1998; 29(3): 357-70.
- Eldar S, Ricon T, Bar-Haim Y. Plasticity in attention: implications for stress response in children. *Behav Res Ther* 2008; 46(4): 450-61.
- Bar-Haim Y, Lamy D, Pergamin L, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. Threat-related attentional bias in anxious and nonanxious individuals: a meta-analytic study. *Psychol Bull* 2007; 133(1): 1-24.
- Bogels SM, Mansell W. Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(7): 827-56.
- Bögels SM, Rijsemus W, De Jong PJ.

- Self-focused attention and social anxiety: The effects of experimentally heightened self-awareness on fear, blushing, cognitions, and social skills. *Cognitive Therapy and Research* 2002; 26(4): 461-72.
14. Pineles SL, Mineka S. Attentional biases to internal and external sources of potential threat in social anxiety. *J Abnorm Psychol* 2005; 114(2): 314-8.
 15. Spurr JM, Stopa L. Self-focused attention in social phobia and social anxiety. *Clin Psychol Rev* 2002; 22(7): 947-75.
 16. Wells A. The Attention Training Technique: Theory, effects, and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice* 2007; 14(2): 134-8.
 17. Wells A, White J, Carter K. Attention training: effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 1997; 4(4): 226-32.
 18. Hodson KJ, McManus FV, Clark DM, Doll H. Can Clark and Wells' (1995) cognitive model of social phobia be applied to young people? *Behavioural Cognitive Psychotherapy* 2008; 36: 449-61.
 19. Wells A. *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. New York, NY: John Wiley & Sons; 2002.
 20. Amir N, Beard C, Burns M, Bomyea J. Attention modification program in individuals with generalized anxiety disorder. *J Abnorm Psychol* 2009; 118(1): 28-33.
 21. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev* 2004; 24(7): 737-67.
 22. Khayyer M, Ostovar S, Latifian M, Taghavi MR, Samani S. The Study of Mediating Effects of Self-Focused Attention and Social Self-Efficacy on Links between Social Anxiety and Judgment Biases. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2008; 14(1): 24-32. (Persian).
 23. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Tras. Mohammadkhani M. Tehran, Iran: Varayedanesh; 2009. (Persian).
 24. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, NY: Guilford Press; 2009. p. 139-43.
 25. Woody SR. Effects of focus of attention on anxiety levels and social performance of individuals with social phobia. *J Abnorm Psychol* 1996; 105(1): 61-9.
 26. Higa CK, Daleiden EL. Social anxiety and cognitive biases in non-referred children: The interaction of self-focused attention and threat interpretation biases. *J Anxiety Disord* 2008; 22(3): 441-52.
 27. Woody SR, Chambless DL, Glass CR. Self-focused attention in the treatment of social phobia. *Behav Res Ther* 1997; 35(2): 117-29.
 28. Hofmann SG. Self-focused attention before and after treatment of social phobia. *Behav Res Ther* 2000; 38(7): 717-25.