



دانشگاه خوارزمی
دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی
پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد در روان شناسی بالینی

عنوان

اثر آموزش توجه بر اضطراب، توجه معطوف به خود و فراشناخت‌های نوجوانان دارای اضطراب
اجتماعی

استاد راهنما

دکتر شهرام محمدخانی

استاد مشاور

دکتر حمیدرضا حسن آبادی

ارایه دهنده

ریحانه شیخان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

چکیده

مدل کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش (S-RFE) فرض می‌کند که خیلی از اطلاعاتی را که افراد دچار اختلال روان‌شناختی به منظور ارزیابی و خود تنظیمی 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. از این‌رو در سال‌های اخیر طراحی درمان‌هایی معطوف به پردازش توجه را هدف قرار داده‌اند که از جمله این درمان‌ها، آموزش توجه (ATT) می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر ATT بر اضطراب، توجه معطوف به خود و فراشناخت‌ها در نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی انجام شد. از بین ۱۹۰ شرکت کننده، ۳۴ شرکت کننده با توجه به نمره‌ایی که در پرسشنامه اضطراب اجتماعی، افسردگی بک و مصاحبه ساختاریافته بر اساس DSM_IV_TR غربال شده و در نهایت ۱۶ شرکت کننده با نمره بالا در مقیاس توجه معطوف به خود، پرسشنامه فراشناخت و مقیاس سندرم شناختی - توجهی پس از ارایه مطلبی در مقابل دو بزرگسال (غربال دوم) انتخاب شده، شرکت کننده‌ها به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ATT دریافت کرد. بعد از جلسه چهارم، جلسه هشتم و ۱ ماه بعد از آموزش هر دو گروه به مقیاس توجه معطوف به خود، پرسشنامه فراشناخت، مقیاس سندرم شناختی - توجهی و پرسشنامه اضطراب اجتماعی پاسخ دادند. گروه آزمایش کاهش معناداری در توجه معطوف به خود، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، نظارت شناختی، سندرم شناختی - توجهی و اضطراب اجتماعی را نشان دادند. بنابراین شواهد حاکی از این است که اضطراب می‌تواند از طریق دستکاری توجه بدون به کار-گیری تکنیک‌های شناختی - رفتاری به طور دیرپایی اصلاح شود.

کلیدواژه‌ها: تکنیک آموزش توجه؛ اضطراب اجتماعی؛ توجه معطوف به خود؛ فراشناخت؛ نوجوان

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
۱	فصل اول: طرح مسئله.....
۲	بیان مسیله.....
۶	ضرورت پژوهش.....
۸	اهداف پژوهش.....
۸	فرضیه‌های پژوهش.....
۹	تعاریف مفهومی و تعاریف عملیاتی متغیرها.....
۱۱	فصل دوم: مبانی نظری پژوهش.....
۱۲	۱. اختلال اضطراب اجتماعی.....
۱۲	۱.۱. ویژگی‌های شناختی.....
۱۴	۱.۲. ویژگی‌های رفتاری.....
۱۴	۱.۳. انواع اضطراب اجتماعی.....
۱۶	۱.۴. شیوع.....
۱۶	۱.۵. سن شروع.....
۱۸	۱.۶. همبودی.....
۱۹	۱.۷. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی.....
۲۰	۲. مدل‌های شناختی رفتاری اختلال اضطراب اجتماعی.....
۲۰	۲.۱. مدل کلارک و ولز (۱۹۹۵).....
۲۴	۲.۲. مدل رابی و همیبرگ (۱۹۹۷).....
۲۸	۳. مدل فراشناختی.....
۳۱	۳.۱. سندرم شناختی - توجهی.....
۳۳	۳.۲. باورهای فراشناختی مثبت و منفی.....
۳۴	۳.۳. نظارت شناختی.....

۳۴	.....	۳.۴. تکنیک آموزش توجه
۳۹	.....	۴. توجه انتخابی چیست؟
۴۰	.....	۵. توجه معطوف به خود
۴۶	.....	۵.۱. اثرات توجه معطوف به خود در جمعیت غیربالینی
۴۷	.....	۵.۲. شواهدی برای اثرات درمانی تغییر در توجه معطوف به خود
۴۸	.....	نتیجه‌گیری
۴۹	.....	فصل سوم: روش پژوهش
۵۰	.....	شرکت‌کنندگان
۵۰	.....	طرح پژوهش
۵۱	.....	ابزارهای اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش
۵۱	.....	مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان
۵۱	.....	مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I
۵۱	.....	پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان
۵۲	.....	پرسشنامه کانون توجه
۵۲	.....	پرسشنامه فراشناخت
۵۳	.....	مقیاس سندرم شناختی توجهی
۵۳	.....	شیوه اجرای پژوهش
۵۴	.....	راهنمای جلسات
۵۶	.....	روش آماری
۵۸	.....	فصل چهارم: نتایج
۵۹	.....	توصیف آماری متغیرهای پژوهش
۷۲	.....	فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری
۷۳	.....	بحث و تبیین نتایج پژوهش
۷۳	.....	۱. نقش آموزش توجه
۷۵	.....	۲. نقش مکانیسم‌های تغییر

۷۹	محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش
۸۰	پیشنهاد‌های بالینی
۸۱	منابع
۸۶	پیوست
۸۷	مقیاس درجه‌بندی توجه معطوف به خود
۸۸	برگه خلاصه فنون آموزش توجه
۸۹	پرسشنامه کانون توجه
۹۰	پرسشنامه اضطراب اجتماعی
۹۱	مقیاس سندرم شناختی - توجهی
۹۲	پرسشنامه فراشناخت
۹۳	چکیده لاتین
۹۴	عنوان لاتین

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۲ مدل شناختی اختلال اضطراب اجتماعی (کلارک و ولز، ۱۹۹۵)..... ۲۱
- شکل ۲-۲ مدل شناختی اختلال اضطراب اجتماعی (راپی و هیمبرگ، ۱۹۹۷)..... ۲۷
- شکل ۲-۳ مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش اختلال روان‌شناختی (ولز و متیوز، ۱۹۹۴)..... ۳۰
- نمودار ۱-۴ تغییرات نمرات گروه آزمایش و کنترل در مقیاس توجه معطوف به خود..... ۶۱
- نمودار ۲-۴ تغییرات نمرات گروه آزمایش و کنترل در مقیاس فرانگرانی مثبت..... ۶۳
- نمودار ۳-۴ تغییرات نمرات گروه آزمایش و کنترل در مقیاس فرانگرانی منفی..... ۶۵
- نمودار ۴-۴ تغییرات نمرات گروه آزمایش و کنترل در مقیاس نظارت..... ۶۷
- نمودار ۵-۴ تغییرات نمرات گروه آزمایش و کنترل در مقیاس سندرم شناختی توجهی..... ۶۹
- نمودار ۶-۴ تغییرات نمرات گروه آزمایش و کنترل در پرسشنامه اضطراب اجتماعی..... ۷۱

فهرست جدول‌ها

- جدول ۱-۴: میانگین و انحراف استاندارد مقیاس توجه معطوف به خود برای دو گروه در اجراهای مختلف..... ۶۰
- جدول ۲-۴: میانگین و انحراف استاندارد مقیاس فرانگرانی مثبت برای دو گروه در اجراهای مختلف..... ۶۲
- جدول ۳-۴: میانگین و انحراف استاندارد مقیاس فرانگرانی منفی برای دو گروه در اجراهای مختلف..... ۶۴
- جدول ۴-۴: میانگین و انحراف استاندارد مقیاس نظارت برای دو گروه در اجراهای مختلف..... ۶۶
- جدول ۵-۴: میانگین و انحراف استاندارد مقیاس سندرم شناختی- توجهی برای دو گروه در اجراهای مختلف..... ۶۸
- جدول ۶-۴: میانگین و انحراف استاندارد پرسشنامه اضطراب اجتماعی برای دو گروه در اجراهای مختلف..... ۷

فهرست پیوست‌ها

- پیوست ۱: مقیاس درجه بندی توجه معطوف به خود..... ۸۵
- پیوست ۲: برگه خلاصه فنون آموزش توجه..... ۸۶
- پیوست ۳: پرسشنامه کانون توجه..... ۸۷

پیوست ۴: پرسشنامه اضطراب اجتماعی..... ۸۸

پیوست ۵: مقیاس سندرم شناختی- توجهی ۸۹

پیوست ۶: پرسشنامه فراشناخت ۹۰

تقدیم به:

والدینی که بودنشان تاج افتخاری است بر سرم و نامشان دلیلی است بر بودنم چرا که این دو
وجود پس از پروردگار مایه هستی ام بوده اند، دستم را گرفتند و راه رفتن را در این وادی زندگی پر
از فراز و نشیب آموختند.

فصل ۱

طرح مسئله

بیان مسئله

اختلال اضطراب اجتماعی^۱، با ترس شدید از موقعیت‌های عملکردی و اجتماعی مشخص می‌گردد که در آن شخص ممکن است توسط دیگران مورد قضاوت یا کنجکاوی قرار گیرد و شخص می‌ترسد طوری رفتار کند که باعث تحقیر و شرمندگی شود. این اختلال (که به عنوان فوبی اجتماعی نیز شناخته می‌شود) سومین اختلال روان‌پزشکی رایج با شیوع طول عمر تقریباً ۱۳ درصد در جمعیت عمومی است (راوو^۲، بیدل^۳، تورنر^۴، آمرمن^۵، کروسبی^۶ و سالی^۷، ۲۰۰۷). اختلال اضطراب اجتماعی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است و با آسیب در رشد کودک مرتبط می‌باشد (کاستلو^۸، اگر^۹ و انگولد^{۱۰}، ۲۰۰۵؛ به نقل از کلی، هینریچز^{۱۱}، بندر^{۱۲} و تاسچن- کافی^{۱۳}، ۲۰۱۱). متوسط شیوع آن در اواسط نوجوانی است، اما اختلال در کودکان در سنین ۸ سالگی نیز رخ می‌دهد (بیدل، تورنر و موریس^{۱۴}، ۱۹۹۹؛ به نقل از راوو و همکاران، ۲۰۰۷). 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 می‌روند (واگنر^{۱۵}، سیلاو^{۱۶}، مارنان^{۱۷} و روئن^{۱۸}، ۲۰۰۶). از طرفی کودک و نوجوان مبتلا در ارجاع به درمان وابسته به والدینش می‌باشد، پس عجیب نیست که در مورد اضطراب اجتماعی شناسایی، پژوهش و درمان اندک می‌باشد (کاشدان^{۱۹} و هربرت^{۲۰}، ۲۰۰۱).

برای حل این مشکل روزافزون، رویکردهای درمانی مختلفی ابداع شده است، که از آن میان درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلال اضطراب اجتماعی، اصولاً از رویکرد شناختی - رفتاری می‌آیند (بیلینگ،

1. Social anxiety disorder

2. Rao

3. Beidel

4. Turner

5. Ammerman

6. Crosby

7. Sallee

8. Costello

9. Egger

10. Angold

11. Heinrichs

12. Bender

13. Tuschen-Caffier

14. Morris

15. Wagner

16. Silove

17. Marnane

18. Rouen

19. Kashdan

20. Herbert

مککاب و آنتوتی، ۲۰۰۶)، به طور کلی، درمان شناختی - رفتاری^{۲۱} (CBT) درمان انتخابی برای اختلالات اضطرابی هم در کودکان و هم در بزرگسالان است. درمان شناختی- رفتاری سودمندی برابر با ۷۰ - ۵۰ درصد در کودکان و بزرگسالان مضطرب را نشان داده است (بارلو^{۲۲}، ۲۰۰۱؛ اوتو^{۲۳}، بهار^{۲۴}، جاسپر^{۲۵} و هافمن^{۲۶}، ۲۰۰۹؛ به نقل از کوآرت^{۲۷} و الندیک^{۲۸}، ۲۰۱۱). با این حال نسبت معناداری از بیماران به دنبال بهترین مداخلات، تداوم علائم را گزارش می‌دهند (مک اوی^{۲۹} و پرینی^{۳۰}، ۲۰۰۹) و برخی از مبتلایان فعالانه به دنبال درمان‌های تقریباً بدیع می‌گردند (برای مثال، ۱۵٪ از مراجعان به کلینیک)، این موارد نیاز به تحقیقات بالینی به منظور توسعه و ارزیابی ابداعات درمانی برخاسته از نظریه‌ها را برجسته می‌کند (کولز^{۳۱}، تورک^{۳۲}، جیندرا^{۳۳} و هیمبرگ^{۳۴}، ۲۰۰۴؛ به نقل از امیر^{۳۵}، بیرد^{۳۶}، تایلر^{۳۷} و همکاران، ۲۰۰۹). 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 (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۰) و سوگیری‌های توجهی نیز اختلال دارند (کوآرت و الندیک، ۲۰۱۱).

تحقیقات سال‌های اخیر نشان داده است که سوگیری توجه، نقش مهمی در سبب شناسی و تداوم اختلالات اضطرابی ایفا می‌کند (الدار^{۳۸}، ریکون^{۳۹} و بار- هیم، ۲۰۰۴؛ ایسنک^{۴۰}، ۱۹۹۷؛ لونیگان^{۴۱}، واسی^{۴۲}، فیلیپس^{۴۳} و هازن^{۴۴}، ۲۰۰۴؛ ویلیامز^{۴۵}، واتس^{۴۶}، مکلود^{۴۷} و متیوز^{۴۸}، ۱۹۹۷؛ به نقل از کوآرت و الندیک،

21. Cognitive- behavior therapy

22. Barlow

23. Otto

24. Behar

25. Jasper

26. Hofman

27. Cowart

28. Ollendick

29. McEvoy

30. Perini

31. Coles

32. Turk

33. Jindra

34. Heimberg

35. Amir

36. Beard

37. Taylor

38. Eldar

39. Ricon

40. Eysenck

41. Lonigan

42. Vasey

43. Phillips

44. Hazen

45. Williams

46. Watts

47. MacLeod

۲۰۱۱). 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 (بار-هییم^{۴۹}، لامی^{۵۰}، پرگامین^{۵۱}، بیکرمن^{۵۲}، کرننبرگ^{۵۳} و وان ایجنزندوم^{۵۴}، ۲۰۰۷).

پژوهشگرانی که بر نقش پردازش توجه در اختلال اضطراب اجتماعی تاکید دارند، بر این باورند 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^{۵۵} به فرآیندی مربوط می‌شود که در آن توجه به سوی محرک‌های مربوط به خود هدایت می‌گردد (بوگلز^{۵۶} و مانسل^{۵۷}، ۲۰۰۴). فرض بر این است که توجه معطوف به خود بالا، 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 و محیطشان می‌کنند (کلارک^{۵۸} و ولز^{۵۹}، ۱۹۹۵؛ هارتمن^{۶۰}؛ ۱۹۸۳، ۱۹۹۴؛ هوپ^{۶۱}، گانسلر^{۶۲} و هیمبرگ، ۱۹۸۹؛ رایپی^{۶۳} و هیمبرگ، ۱۹۹۷؛ به نقل از بوگلز و مانسل، ۲۰۰۴؛ بوگلز، ریجسموس^{۶۴} و دی جونگ^{۶۵}، ۲۰۰۲). همچنین کلارک و ولز تاکید 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 کرده و به اطلاعات درونی توجه می‌کنند (پینلز^{۶۶} و مینکا^{۶۷}، ۲۰۰۵). به عبارتی کلارک و ولز (۱۹۹۵) مطرح می‌کنند، وقتی فرد به موقعیت اجتماعی ترسناک وارد می‌شود، تغییری در پردازش توجه به سوی خود رخ می‌دهد که نظارت بر خود و توجه بر جزئیات را به منظور مدیریت نمایش خود در موقعیت ترسناک دربرمی‌گیرد (اسپور و اسپوتا، ۲۰۰۲).

48. Matthews

49. Bar-Haim

50. Lamy

51. Pergamin

52. Bakermans

53. Kranenburg

54. van Ijzendoorn

55. Self-focused attention

56. Bogels

57. Mansell

58. Clark

59. Wells

60. Hartman

61. Hope

62. Gansler

63. Rapee

64. Rijsemus

65. De Jong

66. Pineles

67. Mineka

مدل کارکرد اجرایی خود نظم بخش^{۶۸} (S-REF) (ولز و متیوز، ۱۹۹۴، ۱۹۹۶)، کنترل توجه را به عنوان یک عامل دخیل مهم در اختلالات عاطفی می‌داند. مدل S-REF یک الگوی بدکارکردی از پردازش شناختی موسوم به سندرم شناختی _ توجهی^{۶۹} (CAS)، را مشخص می‌کند که شامل توجه معطوف به خود نامنعطف، افکار درجامانده (نشخوار فکری و نگرانی)، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ایی است که از عدم تایید 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 تعدیل کننده شده و مقابله به روش های سازگارانه منع می‌شوند (مک اوی و پرینی، ۲۰۰۹). ولز (۲۰۰۷) مطرح می‌کند که «توجه معطوف به خود افراطی و نامنعطف یک نشانگر بیرونی CAS است.» (ص. ۱۳۵).

بدین ترتیب بر اساس مدل ولز و متیوز (۱۹۹۴) 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 غیرفعال شده و برنامه‌های جدیدی برای پردازش فراهم آیند، این تمرین‌ها تمرکز بر خود را کاهش داده و کنترل منعطف پردازش را بالا می‌برد (ولز، وایت^{۷۰} و کارتر^{۷۱}، ۱۹۹۷). هادسون^{۷۲}، مک‌مانوس، کلارک و دال (۲۰۰۸) 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 می‌بایست به طور خاص توجه معطوف به خود را مورد توجه قرار دهد. بدین ترتیب بر اساس مدل S-REF راهبردهای درمانی می‌بایست برای تعدیل فراشناخت-های مضر و راهبردهای مقابله‌ایی مرتبط با آن‌ها تلاش کنند. برای این منظور مداخلاتی چون آموزش توجه (ATT، ولز، ۱۹۹۰، ۲۰۰۰) طراحی شده‌اند (مک اوی و پرینی، ۲۰۰۹). ولز (۲۰۰۰) مطرح می‌کند که ATT می‌تواند از طریق کاهش توجه معطوف به خود، متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی و افزایش کنترل کارکردی بر توجه و پردازش و تقویت پردازش فراشناختی - در نظر گرفتن افکار به عنوان احتمال نه واقعیت - تاثیرات مثبتی داشته باشد. به عبارتی ATT نه تنها توجه را از حالات عاطفی و فیزیولوژیکی دور می‌کند، بلکه توجه انتخابی به افکار منفی را نیز کاهش می‌دهد و با رفع سوگیری‌های توجهی، ظرفیت شناختی لازم برای پردازش اطلاعات جدید را فراهم می‌آورد (ولز، ۲۰۰۰).

⁶⁸. Self-regulatory executive function model

⁶⁹. Cognitive attentional syndrome

⁷⁰. White

⁷¹. Carter

⁷². Hodson

تکنیک آموزش توجه (ATT) به طور موفق در مورد طیفی از اختلالات اضطرابی در بزرگسالان به کار برده شده است (کوآرت و الندیک، ۲۰۱۱)، از جمله ATT در مورد بزرگسالان دارای اضطراب اجتماعی به کارگرفته شده است (برای مثال، امیر، بیرد، بورنز، بومی^{۷۳}، ۲۰۰۹؛ کلامپ^{۷۴} و امیر، ۲۰۱۰؛ ولز، وایت و کارتر، ۱۹۹۷). ولز و همکاران (۱۹۹۷) آموزش توجه را در مورد دو بیمار مبتلا به اختلال وحشت-زدگی و یک بیمار مبتلا به اضطراب اجتماعی با پیگیری ۳ ماه به کار بردند. به دنبال درمان در دو فرد مبتلا به اختلال وحشتزدگی حملات وحشتزدگی، باورهای منفی و اضطراب کاهش یافت و در فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی پس از آموزش توجه میزان اضطراب و باورهای منفی کاهش معناداری را نشان دادند. با این حال در این مورد توجه معطوف به خود مورد بررسی قرار نگرفته بود و گروه کنترل وجود نداشت. تنها مطالعه‌ایی که ATT را در کودکان مورد بررسی قرار داده مطالعه کوآرت و الندیک (۲۰۱۱) 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، اما در این مطالعه نیز کودکان سوگیری توجه نداشتند، گروه کنترل موجود نبود، به علاوه خانواده می دانست که کودکان در حال دریافت نوعی درمان می باشد که این موارد تعمیم نتایج را محدود می کند.

برخلاف موفقیت ATT در مدیریت اضطراب در بزرگسالان، تاثیر 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 نوجوانان در پی دارد، برای مثال مانع رشد اجتماعی و پیشرفت تحصیلی و فردی نوجوانان می‌باشد، پژوهش حاضر با هدف بررسی کارآمدی آموزش توجه در کاهش اضطراب اجتماعی، توجه معطوف به خود و باورهای فراشناختی نوجوانان طراحی شده است.

ضرورت پژوهش

اختلال اضطراب اجتماعی از رایج‌ترین اختلالات دوران کودکی و نوجوانی است (کاستلو^{۷۵}، اگر^{۷۶} و انگولد^{۷۷}، ۲۰۰۵؛ به نقل از کلی، هینریچز^{۷۸}، بندر^{۷۹} و تاسچن-کافی^{۸۰}، ۲۰۱۱). کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلالات

1. Bomyea
74. Klump
75. Costello
76. Egger
77. Angold
78. Heinrichs
79. Bender
80. Tuschen-Caffier

اضطرابی با اثرات منفی قابل ملاحظه‌ایی بر عملکرد روانی - اجتماعی خود مواجه هستند. برای مثال مطالعات اخیر ارتباط منفی بین اختلالات اضطرابی و کفایت اجتماعی، عزت نفس و پیشرفت تحصیلی کودکان و نوجوانان را گزارش می‌دهند (مک لود، هادسون و راپی، ۲۰۰۶؛ راپی، کندی^{۸۱}، اینگرام^{۸۲}، ادواردز^{۸۳} و سوینی^{۸۴}، ۲۰۰۵؛ به نقل از توبرت^{۸۵} و پینکوآرت^{۸۶}، ۲۰۱۱). به‌علاوه پژوهش‌ها حاکی از شیوع سوءمصرف الکل و دارو در نوجوانان دارای اضطراب اجتماعی می‌باشد (باکن^{۸۷}، لندهیم^{۸۸} و وگلوم^{۸۹}، ۲۰۰۵؛ به نقل از توماسون^{۹۰} و پوسینی^{۹۱}، ۲۰۱۰). اثرات اضطراب تنها معطوف به کارکرد روانی اجتماعی کودکان و نوجوانان نیست. آن همچنین پیامدهای منفی برای جامعه دارد.

اختلالات اضطرابی و شکایات جسمانی و روانی همبود با آن‌ها با افزایش نرخ بیکاری، کاهش تولید و استفاده افراطی از سیستم‌های سلامت در ارتباط می‌باشند (ریک^{۹۲} و میلر^{۹۳}، ۱۹۹۸؛ پوزل^{۹۴}، اشنايدر^{۹۵} و سیمن^{۹۶}، ۲۰۰۶؛ به نقل از توبرت^{۹۷} و پینکوآرت^{۹۸}، ۲۰۱۱). بنابراین، پیشگیری، تشخیص به موقع و هم‌چنین درمان این بیماری به عنوان رایج‌ترین اختلال در دنیای امروز می‌تواند به منزله پیشگیری اولیه از بسیاری از آسیب‌های دیگر بوده و به ارتقای سلامت و رفاه اجتماعی کمک کند. رایج‌ترین درمان برای اضطراب اجتماعی CBT است، اما شواهد نشان می‌دهد که ۴۰ تا ۵۰ درصد از مبتلایان به اضطراب اجتماعی که تحت CBT قرار گرفته‌اند، بهبودی اندک یا هیچ بهبودی را نشان نداده‌اند (هافمن و بوگلز، ۲۰۰۶). یک راه‌حل می‌تواند هدف قرار دادن دیگر مشخصه‌های این اختلال باشد. تکنیک آموزش توجه بر اساس رویکرد فراشناختی با تعدیل پردازش‌های مربوط به خود شاید بتواند در این زمینه موثر باشد.

از طرف دیگر، با توجه به اینکه تا به حال به قدر کافی به این اختلال در بین جامعه نوجوانان ایرانی توجه نشده است و از سوی دیگر به دلیل آنکه ترکیب سنی جمعیت ایران، ترکیب جمعیتی جوان است، توجه به این اختلال و راه‌های تشخیص، کنترل و مداوای آن از اهمیت دوچندانی برخوردار است. به علاوه

81. Kennedy
82. Ingram
83. Edwards
84. Sweeney
85. Teubert
86. Pinquart
87. Bakken
88. Landheim
89. Vaglum
90. Thomasson
91. Psouni
92. Rice
93. Miller
94. Pössel
95. Schneider
96. Seemann
97. Teubert
98. Pinquart

تاکنون پژوهشی در مورد اثر این تکنیک بر اضطراب اجتماعی در جمعیت ایرانی انجام نشده است، انجام این پژوهش ضروری به نظر می‌رسد.

اهداف پژوهش

- تعمیم پذیری نتایج این پژوهش به جمعیت نوجوانان
- کاهش دادن نشانگان اضطراب اجتماعی (شامل توجه معطوف به خود و میزان اضطراب) با استفاده از تکنیک آموزش توجه
- تعدیل فراشناخت‌های مضر با استفاده از تکنیک آموزش توجه

فرضیه های پژوهش

۱. آموزش توجه، توجه معطوف به خود را کاهش می‌دهد.
۲. آموزش توجه موجب تغییر باورهای مثبت در مورد نگرانی را می‌شود.
۳. آموزش توجه موجب تغییر باورهای منفی در مورد خطرناک بودن و کنترل ناپذیری افکار و نیاز به کنترل افکار می‌شود.
۴. آموزش توجه موجب کاهش نظارت شناختی می‌شود.
۵. آموزش توجه موجب کاهش سندرم شناختی- توجهی می‌شود.
۶. آموزش توجه، موجب کاهش اضطراب اجتماعی نوجوانان می‌شود.

تعاریف مفهومی و تعاریف عملیاتی متغیرها

اضطراب اجتماعی

تعریف مفهومی: اضطراب اجتماعی یک اختلال اضطرابی مزمن است که با ترس از شرمندگی در زمینه‌ایی اجتماعی یا عملکردی با تلاش برای اجتناب مشخص می‌شود (پاردون^{۹۹}، آنتونی^{۱۰۰}، مونتیرو^{۱۰۱} و سویسون^{۱۰۲}، ۲۰۰۱؛ ویتچن^{۱۰۳} و فهم^{۱۰۴}، ۲۰۰۱)

تعریف عملیاتی: مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (SAS-A)^{۱۰۵}: نمره‌ایی که فرد در مقیاس اضطراب اجتماعی برای نوجوانان می‌گیرد. این مقیاس شامل ۱۸ گویه است و از سه زیر مقیاس تشکیل شده است: ترس از ارزیابی منفی، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی.

توجه معطوف به خود

تعریف مفهومی: توجه معطوف به خود به فرآیندی مربوط می‌شود که در آن توجه به سوی محرک‌های مربوط به خود هدایت می‌گردد (بوگلز و مانسل، ۲۰۰۴).

تعریف عملیاتی: نمره‌ایی که فرد در پرسشنامه کانون توجه (FAQ)^{۱۰۶} توجه می‌گیرد. این پرسشنامه دارای دو زیر مقیاس پنج گویه ای است: ۱- مقیاس کانون توجه متمرکز بر خود و ۲- مقیاس کانون توجه بیرونی.

فراشناخت

تعریف مفهومی: فراشناخت‌ها به عنوان «ساختارها، دانش، رویدادها و فرآیندهای روان‌شناختی که در کنترل، تعدیل و تفسیر افکار در مورد خودشان دخیل هستند» تعریف می‌شوند (ص. ۳۸۶، ولز و کارت رایت – هاتون، ۲۰۰۴؛ به نقل از مک اوی و پرینی، ۲۰۰۹).

⁹⁹ Purdon

¹⁰⁰ Antony

¹⁰¹ Monteiro

¹⁰² Swinson

¹⁰³ Wittchen

¹⁰⁴ Fehm

¹⁰⁵ Social Anxiety Scale for Adolescents

¹⁰⁶ Focus of Attention Questionnaire

تعریف عملیاتی: نمره ایی که فرد در پرسشنامه فراشناخت (MCQ^{۱۰۷}) می‌گیرد. این پرسشنامه ۴ حوزه از باورهای فراشناختی مثبت و منفی را اندازه می‌گیرد. این ۴ خرده مقیاس عبارتند از: فرانگرانی مثبت، نظارت شناختی، فرانگرانی منفی و باورهای منفی در ارتباط با مسئولیت، تنبیه و خرافات.

سندرم شناختی - توجهی

تعریف مفهومی: سبک ناسازگارانه‌ای که در همه اختلال‌ها مشاهده می‌شود، سندرم شناختی - توجهی نامیده می‌شود و شامل نگرانی، نشخوار فکری، پایش تهدید، راهبردهای ناسازگارانه کنترل افکار و سایر رفتارهایی (مانند اجتناب) می‌شود که مانع یادگیری انطباقی هستند (ولز، ۲۰۰۹؛ ترجمه محمدخانی، ۱۳۹۰).

تعریف عملیاتی: نمره‌ای که فرد در مقیاس سندرم شناختی - توجهی (CAS-1) می‌گیرد. این مقیاس ۱۶ گویه‌ای بوده و وسیله‌ای برای ارزیابی تغییرات ایجاد شده در نگرانی، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است.

فصل ۲

مبانی نظری پژوهش